

FR_GERICHTE 605 2016 29 vom 25. April 2017

FR Kantonsgericht, 2017-04-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_29

FR: FR_GERICHTE 605 2016 29 du 25 avril 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 29 del 25 aprile 2017

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. a) Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a et les références). Ainsi, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). b) Le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de retrouver du travail. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs et peut se voir attribuer une rente. La

question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Dans une nouvelle jurisprudence (TF 9C_492/2014), le Tribunal fédéral a décidé d'abandonner la présomption qui valait jusqu'alors, selon laquelle les syndromes douloureux somatoformes et autres affections somatiques assimilées pouvaient en principe être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il a en effet estimé que cette présomption construite sur le modèle règle/exception, également consacré par l'ATF 130 V 352 susmentionné, conduisait dans les faits à un refus quasi systématique des rentes aux personnes atteintes de tels troubles. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit ainsi être bien plutôt évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurés, sur la base d'une vision d'ensemble et d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux problématiques de nature psychosomatique, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat défini, la personne assurée continuant toutefois à supporter le fardeau de la preuve. Il conviendra notamment de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose cette dernière, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (TF 9C_492/2014). Cela étant, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294).

E. 3

a) D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. b) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

E. 4

Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin (éventuellement aussi d'autres spécialistes) est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 310 et 105 V 156).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 b) Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 5

a) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, applicable par analogie aux nouvelles demandes après un refus de prestations en vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La question de savoir si l'on se trouve en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). b) En cas de recouvrement d'une capacité de travail médico-théorique observée à l'issue d'une procédure en révision ou en reconsidération, il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires. A savoir lorsque la personne assurée est âgée de 55 ans révolus ou lorsqu'elle a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêts TF 9C_283/2016 du 5 décembre 2016 consid. 6.2 et les références; TF 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références). Le moment déterminant, au sens de ce qui précède, est celui de la décision de la suppression de rente ou celui précisément retenu dans cette décision (ATF 141 V 5).

E. 6

Est litigieuse, en l'espèce, la suppression de la rente entière. Le recourant soutient à cet égard en substance que son état de santé, psychique comme physique, ne s'est pas amélioré, bien au contraire. Qu'en est-il ? Il sied d'emblée de rappeler que l'assuré a bénéficié d'une rente entière de l'assurance invalidité, portant sur une longue période, en raison de lombalgies, de cervico-brachialgies chroniques, un syndrome extrapyramidal et un état dépressif. Les révisions successives de la rente ont démontré tantôt une aggravation de la situation de santé, tantôt une stabilisation de celle-ci, jusqu'en 2012 où une amélioration a été mentionnée par les médecins au plan psychique. L'expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychique menée à cette époque a conclu à l'absence de pathologies invalidantes dans les deux domaines, ce qui a conduit l'OAI à supprimer la rente entière.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 Réalisée le 15 août 2015, par le Dr E. _____, la nouvelle expertise psychiatrique ordonnée par l'OAI a retenu les diagnostics de « dsyphorie/dysthymie (F34.1), syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, utilisation continue sous prescription médicale (F19.25) » (dossier OAI, pièce 495). L'expert a considéré que ces troubles ne sont toutefois pas de nature invalidante: « En conclusion, il n'existe de ce fait pour l'assuré en question pas d'incapacité de travail d'un point de vue médico- théorique. Dans une large mesure, nos conclusions rejoignent celles de l'expert précédent. Il y a donc le constat d'une amélioration de la situation psychique dans le temps. Il est impossible pour l'expert de déterminer rétroactivement avec précision le déroulement de cette amélioration ». Pour lui, les critères (nouvellement) retenus par la jurisprudence du Tribunal fédéral à l'appui d'une atteinte invalidante des troubles somatoformes douloureux n'étaient pas remplis en l'état. Dans une correspondance datée du 4 novembre 2015, le médecin généraliste traitant de l'assuré, la Dresse G. _____ estime, au contraire, qu'il n'y a aucune amélioration de la situation, que l'évolution des diagnostics n'est guère favorable et même que les douleurs ont progressé depuis deux ans au moins. Par ailleurs, elle indique que depuis février 2014, le recourant présente en outre un syndrome extrapyramidal avec akinésie et rigidité, lequel, à lui seul, suffit à justifier une invalidité (bordereau du recours, pièce 4). De son côté, le médecin psychiatre traitant, le Dr H. _____, a émis une série de critiques sur le rapport d'expertise, notamment parce que l'expert n'a pas tenu compte des observations des proches de l'assuré, voire ne les a pas interrogés, alors que les dires des proches sont très parlants concernant le comportement du recourant et contredisent les constatations retenues, notamment au plan de la vie sociale et familiale (cf. rapport du 13 novembre 2015, dossier OAI, pièce 517). Il s'agit de confronter plus en détail ces deux points de vue médicaux qui mènent à des thèses diamétralement opposées.

E. 7

L'expert E. _____ retient, s'agissant des douleurs éprouvées par le recourant que: « (...) il y a subjectivement la notion de douleurs centrées sur le haut de son corps, les épaules, le bas du dos, les jambes, en somme assez comparable à ce qui a été retenu dans l'expertise rhumatologique de 2013. On peut ici retenir aussi pour aujourd'hui qu'il y a une partie de ces douleurs circonscrites, définies sous forme de: syndrome lombo-vertébral sur discopathie transitionnelle L5, gonalgie bilatérale, cervico-brachialgie sur troubles dégénératifs. Une autre partie concerne la plainte élargie, globale, que le spécialiste a résumée sous forme de: syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent (équivalent de fibromyalgie). [Le recourant] a une vision très dramatisée de cette partie souffrante de son

corps, il nous a évoqué par exemple la conviction d'être tellement atteint et malade que ses médecins auraient pris distance à une opération car trop dangereux. Il y a donc un assez grand décalage entre la vision négative de l'assuré du dysfonctionnement de son corps et la réalité objective ». Au plan psychique, il relève que « Du côté psychique, les plaintes étaient très diffuses et dans un mélange assez personnel de ressenti et d'éléments entendus.

L'assuré a parlé le plus souvent d' « angoisse », terme qu'il a aussi utilisé en portugais et qui voulait dire pour lui un état de mal-être, de panique, d'irritabilité, de mécontentement, d'insatisfaction, de révolte, d'absence d'envies, d'agressivité réactive et de morosité. Il a parlé de pensées passagères de suicide, de pensées de tuer quelqu'un, mais cela demeurant passager et non concrétisé. Son hétéro-agressivité était en particulier centrée sur l'AI contre laquelle il est en forte colère pour cause de suppression de la

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 rente ». L'expert poursuit: « Au fond, sur une base très faible, on a déclaré à un moment donné que [le recourant] souffrait de symptômes psychotiques. Nous ne partageons pas cet avis. Des idées exprimées de ruine (ne plus disposer d'argent) n'est pas identique à un délire de ruine ». Dans son appréciation de la médication prescrite au recourant, il remet en cause la substance administrée: « Le médicament Solian/Amisulprid a une indication (Compendium des médecins suisses) uniquement pour des traitements de troubles schizophréniques, aigus ou chroniques. Or, [le recourant] n'appartient pas à cette catégorie de patients. Nous savons bien que cette substance est utilisée par un certain nombre de confrères pour des troubles anxieux et pour éviter la prescription de benzodiazépine lorsqu'elle est problématique. Mais là aussi, il y a de nombreuses alternatives, et même avec une psycho-éducation simple (par exemple prescription de benzodiazépine uniquement ponctuellement), des résultats probants peuvent être obtenus dans beaucoup d'états d'anxiété. Chez [le recourant], il n'y a même pas lieu d'aller si loin car l'anxiété est quelque chose de très personnellement défini (sic), en fort lien avec le mal-être global décrit et il ne nous a pas véritablement fait la description de crises de panique ou de situations d'anxiété spécifiques ». Il poursuit par surabondance: « L'argument le plus fort contre la prescription (de plus continue) de cette substance est le potentiel considérable d'effets secondaires négatifs. Il y a ici à mentionner en première ligne la somnolence, mais aussi (Compendium) insomnies, anxiété, augmentation du poids et dépression. Force est de constater que ces éléments se trouvent dans les descriptions de l'assuré, dans son mode de vie et aussi dans le dossier. Il ne s'agit pas de ce fait de faire une critique du prescripteur, mais seulement d'inviter à une réflexion critique des prescriptions. Il résulte de nos réflexions qu'il y a au moins une forte probabilité qu'une partie des symptômes évoqués par l'assuré est attribuable à cette problématique ». Pour enfin conclure: « Nous ne sommes donc avec nos observations, analyses et conclusions, pas très loin des constats de 2013 ». L'on peut à ce stade considérer que l'expertise réalisée sur proposition et mandat de l'OAI obéit en tous points aux exigences formelles de la jurisprudence. En effet, l'expert a tenu compte de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, qu'il a commentées et dont il a expliqué, de manière circonstanciée, les raisons des divergences d'appréciation. L'expertise émane en outre d'un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi que d'une pleine connaissance du dossier.

E. 8

a) Le Dr H. _____ conteste pour sa part ces conclusions. Il indique, entre autres, avoir procédé à l'analyse sur la base de constatations émanant non seulement des dires de

l'assuré, mais aussi de ses proches (épouse, fils) et qu'en ce qui concerne la médication, elle correspond aux tests de validation de ces substances par les autorités compétentes. Il ajoute: « D'autre part, l'insistance de l'expert à faire de la dépression une maladie constatable objectivement, de l'extérieur, et non vécue intérieurement, ne correspond par (sic) à la réalité. Il y a des gens qui ont le réflexe de maintenir une façade et une apparence souriante, et qui sont gravement dépressifs, même suicidaires. On admet aussi que plus de 90% des dépressions peuvent être diagnostiquées sur la base d'une tristesse (éprouvée) et d'une perte de plaisir (idem), quand ils l'expriment verbalement. La dépression constatable est pour l'instant une fiction ». Puis il étaye ses constatations au moyen d'exemples constatés par son analyse et explicités par des éléments qu'il considère comme probants. En réponse à ces critiques, l'expert affirme que la valeur des entretiens avec les proches n'a qu'une importante relative, dans la mesure où ces derniers sont concernés par la perte de la rente.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Il dissèque ensuite les reproches du médecin traitant en faisant remarquer, à tout le moins, aux yeux d'un non spécialiste, qu'ils résultent d'une appréciation différente de la situation, voire d'une méthode d'évaluation divergente. Il conclut en disant que le médecin traitant n'entre pas en matière sur ses diagnostics, mais se contente d'y opposer les siens propres, qu'il considère en soi comme erronés: « Le [médecin psychiatre traitant] n'entre pas du tout en matière sur le comportement particulier de son patient. Rappelons ici que [le recourant] nous a montré physiquement comment il est à la maison, étant donc capable de contrôler ses mouvements et expliquant ainsi indirectement qu'il se met souvent à domicile dans cette attitude de repli. Le [médecin psychiatre traitant] n'entre pas du tout dans la différenciation, pourtant amenée de manière assez détaillée, entre les facteurs médicaux et extra-médicaux ». L'expert maintient donc ses conclusions (cf. rapport complémentaire du 30 novembre 2015, dossier OAI, pièce 530). Quant au SMR, dans sa prise de position du 15 décembre 2015, signée par un médecin expert spécialiste en anesthésiologie, conformément à la demande de l'OAI, il ne s'est prononcé que sur le syndrome extrapyramidal, qu'il l'attribue clairement à la prise du médicament neuroleptique prescrit et il considère qu'il est certainement améliorable par la correction des taux plasmatiques, voire, s'il persiste, à la prescription d'un antiparkinsonien anticholinergique. Ce dernier service n'a pas émis d'avis sur les divergences d'interprétation entre les deux psychiatres. Dans le droit sens de sa parfaite conformité aux exigences jurisprudentielles formelles, l'expertise du Dr E. _____, réalisée par un spécialiste dont la partialité ne saurait au demeurant gratuitement être remise en cause, peut en l'espèce être jugée plus convaincante que celle de son confrère et médecin traitant le Dr H. _____, si l'on se réfère notamment aux critiques essentiellement formulées par ce dernier. b) Celles-ci concernent notamment l'approche du suivi médicamenteux du recourant. Le Dr H. _____ fait grief à l'expert de penser qu'une modification du traitement, à tout le moins de ses doses, serait de nature à améliorer les choses, certains des symptômes observés pouvant s'apparenter à des effets secondaires. Il existe certes une divergence notable d'appréciation de l'opportunité des prescriptions. A cet égard, l'expert considère que non seulement il s'agit d'une substance inappropriée pour la pathologie du recourant, mais encore est-elle administrée à des doses bien supérieures à celles préconisées par les experts. Quant au psychiatre traitant, il affirme, au contraire, que cette médication correspond en tous points au prescrit des autorités sanitaires pour ce type de diagnostic. Pour autant, cette querelle de spécialistes ne saurait suffire à invalider les conclusions de l'expert, celui-ci n'ayant fait au fond que tenter de trouver une explication rationnelle aux plaintes du recourant après avoir exclu la présence d'une atteinte psychiatrique invalidante.

Il est par ailleurs manifeste que les critiques formulées par le Dr H. _____ se fondent avant tout sur d'autres considérations qui ne sauraient être suivies et à l'aune desquelles cette première querelle ne paraît pas réellement déterminante en l'espèce. c) Ce dernier reproche surtout à son confrère de n'avoir pas tenu compte dans son diagnostic du témoignage des membres de la famille du recourant, ce qu'il qualifie d' « hétéroanamnèse ».

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Or, cette exploration de la sphère psychique du recourant à travers des déclarations de sa femme et de son fils ne saurait, comme il le prétend, permettre de dresser un constat objectif de la situation. Bien au contraire, les explications du Dr H. _____ ne font finalement qu'attester de la très grande dépendance du recourant vis-à-vis de sa femme et de son fils et tendent ainsi à démontrer que la famille est entièrement tournée vers lui et sa maladie. Les conclusions du Dr H. _____ sont ainsi probablement biaisées dès le départ pour cette raison même. L'on doit au contraire retenir que le tableau plaintif est désormais devenu prépondérant. Ce tableau est probablement alimenté par des facteurs extra-médicaux, signalés par le Dr E. _____: « des facteurs extra-médicaux jouent un rôle assez important, on peut mentionner ici les éléments suivants: situation familiale, raisons financières et dettes, notions personnelles d'usure et d'incapacité corporelle, passivité et identification avec rôle de malade, comportement de malade, revendication ». On peut particulièrement croire que la situation familiale n'est pas idéale, dans la mesure où le recourant a même indiqué à l'expert avoir battu sa femme, ce que le psychiatre traitant ne relève pas. Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que la première expertise bi-disciplinaire ordonnée par l'OAI avait pour sa part relevé « une forte discordance entre les plaintes de l'assuré, l'impotence fonctionnelle qu'il décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour » et était également parvenue à l'absence de toute incapacité de travail pour raisons psychiques (expertise bi-disciplinaire du 8 juillet 2013, dossier OAI, pièce 332). Il n'y a pas lieu, dans ces conditions, de faire réaliser une troisième expertise psychiatrique. d) A côté de tout cela, les plaintes situées au niveau physique ne semblent pas non plus entraîner d'incapacité de travail, à tout le moins pas dans une activité adaptée. Il s'agit de relever à cet égard que la première expertise bi-disciplinaire réalisée par l'OAI, et sur laquelle la Cour n'avait pas été amenée à se prononcer compte tenu de la proposition spontanée de ce dernier office d'ordonner une nouvelle expertise, laissait apparaître qu'il n'existait plus non plus d'incapacité sur un plan physique, notamment au niveau des cervicales et des lombaires. C'est ce qu'indiquait le Dr C. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, précisant au passage s'écarter de l'avis de la Dresse G. _____ et relevant la longue stabilité de l'état physique entre 1998 et 2013: « A notre avis, le bilan radiologique reste rassurant. Il n'y a pas de signes de conflit ou de souffrance radiculaire. Il ne s'est pas péjoré de manière significative par rapport à 1998. Seules les douleurs, facteur subjectif et propre à chaque individu, à insérer dans un contexte d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, se sont cristallisées autour d'un vécu d'invalidité chronique. Cette appréciation se différencie de celle de la Dresse G. _____, qui estime une incapacité de travail totale. A notre avis, l'ampleur de la symptomatologie psychiatrique s'est améliorée, il n'y a pas d'impotence fonctionnelle qui en découle. Le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse ». C'est essentiellement dans son volet psychiatrique que cette première expertise bi-disciplinaire avait été contestée, dès lors, l'on peut tout à fait se référer aux conclusions rhumatologiques formulées en 2013 qui gardent toute leur pertinence et qui renaient une pleine capacité de

travail dans toute activité adaptée le préservant d'un port de charge répétitif ou de plus de 10 kilos.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 La simple présence, évoquée par la Dresse G. _____, d'un syndrome extrapyramidal (= atteinte neurologique parkinsonienne) à partir de 2014 - que le recourant n'a toutefois pas même signalé à l'expert E. _____, contrairement aux autres atteintes physiques - ne saurait par ailleurs valablement remettre en cause tout ce qui précède, d'autant moins qu'elle indique que celui-ci serait en lien avec les traitements psychiatriques suivis par ce dernier, soit en relation même avec une sphère ne générant plus d'incapacité de travail à dire d'expert. Cette dernière explication ne fait au demeurant qu'accréditer la thèse de ce dernier spécialiste lorsqu'il laisse entendre que la médication est inadaptée, ce que les spécialistes du SMR confirment dans une mesure certaine. Une seule augmentation de la sensation de douleurs ne saurait enfin valoir péjoration objective de l'état de santé physique vu l'existence du syndrome douloureux (non invalidant) et la longue stabilité de l'état physique entre 1998 et 2013, rien ne permettant de conclure par la suite à une péjoration qu'il s'agirait en un tel cas de qualifier de soudaine.

E. 9

a) Dans toutes ces conditions, l'amélioration de l'état de santé doit être constatée, tant sur un plan psychique, comme démontré par l'expert E. _____, que sur un plan physique, comme il ressort globalement du dossier médical, ce qui donne bien lieu à la suppression de la rente, qui paraît au demeurant, comme le spécialiste le signale, n'avoir été accordée à l'époque que sur la seule base des déclarations du psychiatre traitant. Les rapports des médecins traitants - dont on peut partir du principe, avec la jurisprudence, qu'ils s'expriment avec moins de recul que les experts - contestant toute amélioration ne semblent tout au plus constituer qu'un relai des plaintes douloureuses, lesquelles ne sauraient encore être assimilées ici à une atteinte médicale invalidante au sens de la loi. b) En dépit de son âge (il est né en 1960), mais compte tenu du fait que le recourant se situe à la limite inférieure des 15 ans d'octroi de rente, il n'est enfin pas absolument nécessaire de renvoyer la cause à l'OAI pour examen du droit aux mesures de réadaptation professionnelle ou au maintien exceptionnel de sa rente, les éléments susceptibles de péjorer son retour sur le marché du travail se situant globalement dans un champ extra-médical ne paraissant pas non plus devoir entraîner la responsabilité de l'assurance-invalidité sur ce dernier point. A ce sujet, le Dr E. _____ suggère en effet qu'une telle mesure serait illusoire: « l'assuré a été pendant plus de dix ans confirmé dans sa vision personnelle des choses, l'attribution de la rente et le soutien de ses médecins étaient pour lui personnellement une preuve irréfutable et il se voit depuis 2013 bousculé dans ses croyances et son sentiment de sécurité. Ceci l'a déstabilisé et a mobilisé de nombreuses défenses (personnelles et extérieures), les visions des choses n'ont cessé de se cliver. Il est dès lors peu probable qu'il puisse entrer dans une vision de réadaptation ». Les précédents experts pensaient la même chose (cf. expertise médicale bi-disciplinaire du 8 juillet 2013, dossier OAI, pièce 332, p. 12).

E. 10

S'agissant, pour terminer, de la nouvelle péjoration de l'état de santé retenue par les médecins traitant dans leurs rapports datant de 2016, elle ne peut faire l'objet d'un examen en procédure de recours. En effet, ces nouvelles aggravations étant survenues

postérieurement à la décision de l'OAI, il n'appartient pas au Tribunal cantonal d'entrer en matière sur des éléments dont la survenance est ultérieure à l'état des faits au moment du rendu de la décision. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le juge des assurances sociales apprécie en effet la légalité des

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et modifiant cette situation, devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (arrêt TF 9C_803/2009 du 25 mars 2010; ATF 131 V 242 consid. 2.1, 121 V 362 consid. 1b, 116 V 246 consid. 1a et les références). Cela étant, si d'aventure l'état de santé du recourant devait réellement avoir conséquemment empiré depuis la décision de suppression de la rente - sur un plan strictement médical et dans le cadre d'un changement notable du contexte psycho-social - rien ne l'empêcherait de déposer une nouvelle demande auprès de l'OAI, certificats médicaux circonstanciés à l'appui.

E. 11

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de rejeter recours et confirmer la suppression de rente, qui s'avère bien fondée. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance versée le 19 février 2016. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 25 avril 2017/esc/mbo Président Greffier

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.