

FR_GERICHTE 608 2014 133 vom 7. Juli 2016

FR Kantonsgericht, 2016-07-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_133

FR: FR_GERICHTE 608 2014 133 du 7 juillet 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2014 133 del 7 luglio 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 22

janvier 2015, elle conclut au rejet du recours. Elle relève que le fait que le trouble somatoforme douloureux n'est pas invalidant n'est pas contesté et que le rapport du Dr D._____ a pleine valeur probante selon les critères jurisprudentiels. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. Tout d'abord, la recourante se plaint d'un défaut de motivation de la décision querellée et, partant, d'une violation de son droit d'être entendu. Selon elle, la décision ne discute pas plusieurs de ses arguments essentiels, en particulier des lacunes des rapports du médecin du SMR et de l'absence de force probante des expertises psychiatrique et neurologique. Elle reproche également à l'OAI de ne pas avoir expliqué pourquoi il prend en compte les rapports des experts et du SMR alors qu'ils sont contredits par d'autres rapports ultérieurs qu'il écarte à son sens sans justification. a) Selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst; RS 101) et l'art. 42, 1ère phrase de la loi 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 du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), les parties ont le droit d'être entendues. En outre, à teneur de l'art. 49 al. 3, 2ème phrase LPGA, les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation est également déduite de la jurisprudence sur le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'instance de recours, si elle est saisie, soit en mesure d'exercer pleinement son contrôle (ATF 129 I 232 consid. 3.2, 126 I 97 consid. 2b, 122 IV 8 consid. 2c). En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu leur nombre important que les autorités compétentes sont

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 appelées à rendre. La motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés. Il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114). Ainsi, si la motivation doit révéler les réflexions de l'autorité sur les éléments – de fait et de droit – essentiels qui ont influencé sa décision, l'autorité n'est cependant pas tenue de prendre position sur tous les faits, griefs et

moyens de preuve invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui apparaissent décisifs pour la solution de la cause (ATF 126 I 97 consid. 2b, 112 Ia 107 consid. 2b). b) En l'espèce, pour motiver sa décision, l'autorité intimée s'est basée sur les pièces du dossier et sur les rapports médicaux demandés suite aux objections du 14 février 2013 de la recourante. Elle a également soumis ces derniers rapports à l'expert-psychiatre qui s'est déterminé à leur sujet. L'expert ayant pris position sur chaque nouveau document, l'OAI a retenu que son appréciation emportait conviction. Bien qu'elle n'ait pas développé davantage les raisons de son choix, il est cependant aisé de suivre le raisonnement de l'autorité intimée. En effet, dans son rapport d'expertise du 6 novembre 2012, complétée par ses prises de position du 7 mars 2014 et du 4 avril 2014, l'expert-psychiatre expose de manière détaillée les raisons l'ayant conduit à son appréciation et à se distancier de l'avis de ses confrères. Dans la mesure où l'autorité intimée fait siennes les conclusions dudit expert, elle énonce par là même les motifs pertinents qui l'ont guidée et sur lesquels repose sa décision. Par conséquent, quand bien même sa motivation ne fait pas un état détaillé des différents avis médicaux en présence, ses explications sont suffisantes pour permettre à la recourante de saisir la portée de la décision entreprise. Preuve en est que celle-ci n'a d'ailleurs pas été empêchée de recourir en connaissance de cause. Par ailleurs, l'OAI n'est pas tenu de se déterminer sur tous les arguments de la recourante. Partant, mal fondé, ce grief doit être rejeté. 3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles

somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, 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 la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est 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; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). c) D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. 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 (cf. art. 28 LAI). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin 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

(ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Par définition, les expertises psychiatriques en matière de troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables réalisées avant l'ATF 141 V 281 ont été rendues à la lumière de la présomption – abandonnée désormais – posée à l'ATF 130 V 352, selon laquelle ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effet de volonté raisonnablement exigible et par des critères établis en la matière pour apprécier le caractère invalidant de ces syndromes. Toutefois, ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé, il convient plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8). e) Selon l'art. 17 LPG, 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. Tout changement important des

circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêt TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 4. En l'espèce, le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assurée, particulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail. Partant, il sied de vérifier si son état de santé s'est ou non modifié depuis la dernière décision entrée en force le 28 avril 2009 au point de devoir entraîner une modification de sa perte de gain. a) Le résumé du Service médical régional (SMR) des problèmes de santé qui ont conduit au maintien de la rente le 28 avril 2009 ne figure pas au dossier. Il ressort cependant des pièces du dossier que la situation était la suivante. Sur le plan physique, la recourante souffrait de fibromyalgie, de carence en fer, d'hypothyroïdie, de parodontose sévère avec extraction de toutes les dents et de mobilité diminuée. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues: position assise au maximum 3h par jour, debout au plus 12h par jour, maintien de la même position entre 15 et 30 minutes au maximum, l'alternance de positions est difficile, la position à genoux n'est pas possible tout comme l'inclinaison du buste et la position accroupie, le périmètre de marche est limité à 500m, le port des charges est de 2 kg maximum, se baisser n'est pas possible, de même que les horaires doivent être réguliers, pas de travail de nuit ou le matin, ni en hauteur ou sur une échelle, les déplacements sur un sol irrégulier

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 ou en pente ne sont pas possibles et le froid et l'humidité sont à éviter (Dresse G. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, dossier OAI p. 191). Un goitre multinodulaire et euthyroïdien dès avril 2008 a également été diagnostiqué mais n'avait pas d'influence sur l'exigibilité de l'activité exercée (Dr H. _____, spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie et médecine interne générale, dossier OAI p. 181). Du point de vue psychique, l'état thymique était fluctuant avec une alternance de périodes subdépressives jusqu'à dépressives avec des périodes d'amélioration relative, mais l'assurée restait fragile avec peu de défenses efficaces. Le psychiatre-traitant ne s'est pas prononcé sur la répercussion des troubles psychiques sur l'activité car "ces questions tombent, vu qu'il s'agit de troubles physiques handicapants accompagnants des troubles somatiques chroniques" (Dr I. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dossier OAI p. 186). b) Après la décision du 28 avril 2009, la recourante se plaint toujours tant de troubles physiques que de troubles psychiques. aa) Sur le plan physique, la caisse de pension de l'assurée a confié une expertise neurologique à la Dresse

E. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie. Le 26 octobre 2012, l'experte retient les diagnostics suivants: - Nacken/Schulter/Thoraxschmerzen links betont mit rezidivierenden Parästhesien linke Hand und Schwindel m./b. o neurologisch ■ verminderte Beweglichkeit HWS ■ sensible Hemisyndrom links ■ keine radikuläre Störung ■ kein Nystagmus o radiologisch/neuroradiologisch: ■ leichte Fehlhaltung HWS und BWS ■ degenerative Veränderungen HWS und BWS multietager ohne Neurokompression (MRI 12.10.12). - Lumbo-ischialgiforme Schmerzen links rezidivierend auftretend m./b. o neurologisch ■ sensible Hemisyndrom links ■ keine radikuläre Störung o radiologisch/neuroradiologisch ■ minime Fehlhaltung LWS ■ degenerative Veränderungen leichten Grades untere LWS ■ keine Neurokompression (MRI 12.10.12) - Benigne Schilddrüsenknoten links betont bei o Stabilisiertem Zustand unter Euthyrox. - Allfälliges psychisches Leiden: wird im psychiatrischen Gutachten dargelegt. Elle atteste également de l'existence d'une fibromyalgie mais précise qu'elle est très légère et n'affecte pas la capacité de travail. Par ailleurs, l'assurée doit avoir la possibilité de changer de position et l'experte indique que les douleurs ressenties avant tout au niveau des vertèbres cervicales avec rayonnement dans la région thoracique ne sont pas explicables objectivement, tout comme le syndrome hémisphérique gauche. Les examens et radios ne montrent aucun changement justifiant une incapacité de travail. Enfin, les activités de service, d'aide de cuisine, de

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 caissière et de collaboratrice dans un kiosque sont exigibles à 100 %, de même que toutes activités adaptées ne nécessitant pas de lever de poids de plus de 15 kg (dossier OAI p. 267). Ces constats ne sont pas remis en cause par les rapports de la Dresse G. _____. En effet, même si les limitations fonctionnelles qu'atteste cette dernière sont presque les mêmes que lors de la dernière décision entrée en force, on ignore sur quels examens et sur quels symptômes le médecin traitant s'est basée pour établir ses rapports, de sorte que ceux-ci doivent être mis en doute. De plus, en diagnostiquant des douleurs somatiques généralisées, des troubles psychotiques aigus délirants, ainsi qu'une personnalité anankastique, elle se prononce également sur des diagnostics psychiatriques, alors qu'elle n'est pas spécialisée dans ce domaine, sans qu'il soit dès lors possible de déterminer quels troubles influencent la capacité de travail et dans quelle mesure ils le font. Elle atteste également que l'hypothyroïdie est substituée, ne retient enfin plus le diagnostic de fibromyalgie et maintient qu'aucune activité n'est exigible en raison notamment de douleurs généralisées (rapports du 24 mars 2013 et du 13 novembre 2013, dossier OAI p. 332 et p. 364). Par ailleurs, le Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin du SMR, relève le 3 décembre 2012 que l'expertise de la Dresse E. _____ démontre clairement l'absence de pathologies d'origine somatique car elle associe la symptomatologie algique et neurologique présentés par l'assurée au syndrome fibromyalgique présent depuis 2000, alors encore sans comorbidité psychiatrique (dossier OAI p. 292). De plus, il ressort du dossier que les diagnostics de carence en fer et de parodontose sévère ne sont plus repris (Dresse E. _____, expertise du 26 octobre 2012, dossier OAI p. 267; Dresse G. _____, rapports du 24 mars 2013 et du 13 novembre 2013, dossier OAI p. 332 et 364). Le Dr H. _____ s'est également prononcé sur l'état de santé de la recourante le 23 novembre 2011 (dossier OAI p. 206). Il indique que celui-ci est resté stationnaire, reprend les limitations fonctionnelles retenues précédemment par la Dresse G. _____ et estime qu'aucune activité n'est exigible. Force est toutefois de constater que les mêmes diagnostics (à savoir goitre multinodulaire et euthyroïdies) n'avaient cependant aucune influence sur la capacité de travail dans son rapport du 9 août 2008 (dossier OAI p. 181), de sorte qu'il apprécie de manière différente un même état de

fait. On peut donc retenir qu'au niveau somatique, les limitations fonctionnelles constatées lors de la décision précédente ne sont plus présentes ou ont considérablement diminué, de sorte qu'il en résulte un changement de la capacité de travail résiduelle qui est exigible. bb) Une expertise psychiatrique a été confiée au Dr D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, par la caisse de pension de la recourante. Dans son rapport du 6 novembre 2012, l'expert pose les diagnostics de troubles somatoformes douloureux persistants (F45.4), épisode dépressif léger à moyen (F32.0/32.1), décès de son mari (Z63.4) et d'abus de Lexotanil (F13.1). Il constate que la dépression a évolué de grave après la mort de son mari à moyenne depuis 2005 à légère à moyenne depuis 2010 et relève que l'assurée se déplace régulièrement en voiture, part chaque année en vacances ou en cure en Serbie et peut manifestement avoir à nouveau des relations avec les personnes puisqu'elle a plusieurs bonnes connaissances et n'est pas isolée socialement. Son activité quotidienne est régulière, ce qui n'est pas en adéquation avec une dépression sévère. L'expert constate que l'assurée ne prend pas suffisamment l'antidépresseur prescrit, alors que cela améliorerait l'épisode dépressif, et trop de Lexotanil, ce qui influence négativement ses états d'âme. Il existe également des facteurs étrangers défavorables: longue période d'inactivité professionnelle, manque de motivation à reprendre une activité et situation familiale atypique, qui conduisent à ce que l'assurée ne valorise

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 pas sa capacité résiduelle de travail. S'agissant du trouble somatoforme persistant, il se justifie par le fait que la recourante est fixée sur ses douleurs, ressent des peurs hypocondriaques et indique une extension des douleurs. L'expert retient qu'il y a une comorbidité psychique (dépression) légère à moyenne, que la Dresse E. _____ n'a pas constaté de troubles qui diminuent de manière appréciable la capacité de travail, que l'intégration sociale n'a pas été perdue, que la structure de la personnalité prémorbide n'était pas particulière et que l'évolution de la douleur est progressive et chronicisée. De plus, ces critères ne sont pas d'une ampleur telle que la capacité de travail est réduite de plus de 30 % et le pronostic est bon. Il précise que la recourante présentait jusqu'en 2010 une phase dépressive moyenne, et depuis lors légère à moyenne puisqu'il y a une amélioration et que la tristesse a disparu. Il indique également qu'une thérapie médicamenteuse adéquate conduirait à une stabilisation de la capacité de travail à 70 %. Il relève encore que la recourante entreprend peu de chose pour améliorer sa santé et n'essaie en particulier pas de surmonter son déconditionnement. Sa capacité résiduelle de travail est de 70 %, notamment dans les emplois de service, d'aide de cuisine, de caissière ou de collaboratrice dans un kiosque. Enfin, il estime que la recourante vit au jour le jour dans son rôle de malade et qu'elle a de la difficulté à en sortir et que la dysthymie diagnostiquée depuis juin 2006 par le Dr I. _____ ne justifie pas une réduction de la capacité de travail de plus de 30 %. Dans ses différents rapports médicaux, le Dr I. _____ diagnostique tout d'abord une dysthymie (F 34.1), la disparition et le décès d'un membre de la famille (Z 63.4), divers troubles somatiques, une probable poly-insertionite et quelques signes d'arthrose débutante, une luxation méniscale antéromédiane réductible en ouverture des deux côtés de la mâchoire et des signes d'arthrose débutant à droite (rapport du 28 décembre 2011, dossier OAI p. 210, qui renvoie implicitement au rapport du 20 juin 2005, dossier OAI p. 134), puis un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique, et status après deux hospitalisations à l'hôpital psychiatrique (rapport du 10 juillet 2013, dossier OAI p. 348; rapport du 15 novembre 2013, dossier OAI p. 366). Il estime dans tous ses rapports que la recourante est totalement incapable de travailler, que ce soit dans son activité actuelle ou dans une activité adaptée. Ces rapports ne sont cependant

pas de nature à remettre en cause l'expertise psychiatrique. Ils sont en effet peu détaillés, ne décrivent pas les symptômes retenus et ne mentionnent pas sur quels examens le médecin s'est basé. En particulier, son rapport du 28 novembre 2011 ne précise pas quels sont les stress qui sont difficiles à gérer (dossier OAI p. 210), celui du 10 juillet 2013 n'indique pas quelle est la symptomatologie en faveur d'une dépression moyenne à sévère (dossier OIA p. 348) et celui du 15 novembre 2013 renvoie simplement au précédent (dossier OAI p. 366). De plus, ce dernier rapport s'oppose à celui du 24 novembre 2013 de K. _____, médecin spécialiste en neuropsychiatrie, à B. _____: pour la même période, le premier maintient un épisode sévère sans amélioration alors que le second atteste d'une amélioration suffisamment importante pour permettre l'arrêt de l'antidépresseur. L'expert psychiatre s'est prononcé sur les rapports du Dr I. _____ le 4 avril 2014. Il a relevé l'absence de description des symptômes retenus, qu'il n'est pas clair pourquoi le Dr I. _____ n'a pas tenu compte de l'amélioration de l'état psychique de la recourante lors de ses séjours à l'hôpital psychiatrique, et a relevé que l'assurée se rend toutes les trois à quatre semaines chez lui, ce qui ne parle pas en faveur d'un trouble sévère (dossier OAI p. 397). L'assurée a séjourné à deux reprises en hôpital psychiatrique, séjours qui ont fait l'objet de rapports circonstanciés se fondant sur des examens complets et sur les plaintes de la recourante. Lors du premier séjour, du 26 octobre 2012 au 9 novembre 2012, un épisode dépressif léger (F32.0), une suspicion de personnalité anankastique (F60.5) et une suspicion de trouble somatoforme sans précision (F45.9) ont été diagnostiqués, avec la présence d'un goitre

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 multinodulaire substitué comme comorbidité somatique. La Dresse L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM), précise que la décompensation dépressive et anxieuse avait probablement été favorisée par un examen médical demandé par l'OAI, que l'angoisse ressentie par l'assurée s'est progressivement réduite et que l'assurée désire renoncer progressivement aux traitements antidouleurs (rapport du

E. 26

novembre 2012, dossier OAI p. 360). Le deuxième séjour a eu lieu du 3 mars 2013 au 12 avril 2013. La Dresse M. _____, médecin assistante auprès du RFSM, diagnostique un autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant (F23.3) et un trouble somatoforme, sans précision (F45.9). Elle indique, parmi les facteurs déclencheurs possibles, notamment la nouvelle de la réévaluation de sa rente AI et que la recourante refusait le traitement à son entrée à l'hôpital. Toutefois, après la mise en place d'un traitement approprié, la situation a rapidement évolué de manière favorable. Un séjour intermédiaire à la Clinique de jour a été proposé à la recourante, qui l'a dans un premier temps catégoriquement refusé avant de ne plus exclure complètement cette possibilité (rapport du 15 avril 2013, dossier OAI p. 356). L'expert psychiatre s'est également déterminé sur ces deux rapports du RFSM le 4 avril 2014. Il est d'avis que le fait que la crise soit apparue immédiatement après l'examen de la recourante par les experts parle en faveur d'une problématique provoquée par la situation et non d'une maladie psychique à part entière. Il relève également que le diagnostic de suspicion de personnalité anankastique ne s'est pas confirmé par la suite. Enfin, la psychose survenue en mars 2013 a pu rapidement être diminuée au point qu'une nette amélioration a été constatée au moment de sa sortie de l'hôpital. La recourante a consulté le Dr K. _____ à B. _____. Dans son rapport du 30 octobre 2013, ce médecin indique qu'elle a été violée par son compagnon et diagnostique des réactions paranoïaques. Le 24 novembre 2013, il pose le diagnostic de réactions psychotiques paranoïaques et relève que

le sommeil est meilleur et que la recourante se sent globalement mieux. L'amélioration ressort également du fait que l'antidépresseur prescrit le 30 octobre 2013 ne l'est plus le 24 novembre 2013 sans qu'il soit remplacé (dossier OAI p. 375 et 372). L'expert psychiatre a également donné son avis sur ces rapports. Il note que les symptômes de la "réaction paranoïaque" (F43.2) ne durent normalement pas plus de six mois et que ce diagnostic ne peut pas entraîner une augmentation de l'incapacité de travail car il s'agit d'un trouble psychique moyen qui peut régresser. La composante dépressive a disparu un mois plus tard et l'antidépresseur n'est plus prescrit (rapport du 7 mars 2014, dossier OAI p. 384). Le 3 décembre 2012, le Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin du service médical régional, constate que l'expertise neurologique démontre clairement l'absence de pathologie d'origine somatique et que les observations de l'expert psychiatre concordent avec la présence d'un épisode dépressif de degré léger à moyen avec reprise d'une vie sociale, de voyages et d'une compliance insuffisante aux antidépresseurs prescrits. L'état de santé de la recourante s'est clairement amélioré depuis 2010, le diagnostic d'épisode dépressif sévère ayant évolué depuis 2002 à moyen en 2005 et à léger depuis 2010, ne constituant dès lors plus une comorbidité psychiatrique invalidante au trouble somatoforme douloureux. Il note que la recourante peut travailler à 70 % dans une activité dans le domaine du service sans port de charges lourdes ou d'activité physique lourde, à condition que sa compliance à l'antidépresseur s'améliore (dossier OAI p. 292). Enfin, la Dresse G. _____ a également pris position sur l'aspect psychiatrique. Elle n'est cependant pas spécialisée en la matière, de sorte que ses rapports ne sont pas déterminants en tant qu'ils se prononcent sur des éléments ressortant à cette spécialité. Il n'y a ainsi pas lieu de reprocher à l'expert psychiatre de ne pas s'être prononcé sur ses rapports.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 c) Il ressort de ce qui précède que, sur le plan somatique, la fibromyalgie n'est plus invalidante et que les autres diagnostics n'ont pas d'influence sur la capacité de travail. De ce fait, l'état de santé physique de la recourante s'est amélioré et elle dispose d'une capacité de travail entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. De plus, la recourante se contente de dire que l'expertise neurologique n'a pas de valeur probante, sans argumenter à ce sujet. S'agissant de la fibromyalgie ou trouble somatoforme, les experts ne se sont pas contentés d'apprécier le trouble somatoforme douloureux abstraitement, de considérer que les douleurs n'ont pas de substrat organique et de conclure d'une manière abstraite que la recourante doit ainsi pouvoir les surmonter. Au contraire, il convient de constater, à la lecture des deux rapports d'expertises, que les experts ont fait état d'éléments en suffisance pour permettre une appréciation circonstanciée du trouble somatoforme douloureux présenté par la recourante. Ces spécialistes se sont en effet fondés sur un examen médical approfondi et des indices très concrets, tels que les plaintes de la recourante. Sous l'angle de la cohérence, il existe une certaine discordance entre les plaintes et les constatations objectives, les douleurs et le syndrome hémisphérique n'ayant objectivement pas de cause organique. L'expert psychiatre a en outre indiqué que la structure de sa personnalité prémorbide est normale, que la recourante est capable de maintenir une organisation journalière régulière et qu'elle est en mesure de s'occuper de son ménage. Elle n'est pas isolée socialement et a plusieurs bonnes amies. De plus, le Tribunal note que d'autres options thérapeutiques que le suivi ambulatoire par son médecin traitant et une médication n'ont jamais été véritablement explorés. L'expert psychiatre a également constaté que la recourante entreprend peu de choses pour améliorer sa santé et qu'elle n'essaie en particulier pas de surmonter son déconditionnement. Il est aussi relevé qu'elle ne prend pas correctement ses médicaments,

alors que les séjours à l'hôpital psychiatrique, où la prise des médicaments est surveillée, ont montré une rapide amélioration suite au traitement médicamenteux. Par ailleurs, les aggravations ayant mené aux hospitalisations et à la consultation du Dr K. _____ se sont avérées être transitoires puisqu'elles se sont résorbées avec le traitement. Partant, on ne saurait critiquer l'expert qui a conclu à une atteinte psychique devenue légère à moyenne et au fait que la recourante disposait, malgré certains facteurs négatifs tels que la longue période d'inactivité, le manque de motivation et une situation familiale atypique, de suffisamment de ressources pour surmonter ses troubles psychiques. Les reproches formulés par la recourante à l'encontre de l'expertise psychiatrique et des rapports du médecin SMR sont par ailleurs infondés. En effet, les conclusions de l'expert psychiatre se fondent sur l'étude du dossier asséculogique, l'anamnèse, les plaintes subjectives et constatations objectives lors de l'examen clinique du 25 octobre 2012 et sur tous les rapports subséquents émanant de ses confrères psychiatres, les rapports de la Dresse G. _____, qui n'est pas psychiatre ou psychologue, n'ayant pas valeur probante sur ce sujet. Son rapport du 4 avril 2014 est un complément à l'expertise et répond à la question posée par l'OAI, à savoir l'influence des rapports médicaux cités sur son avis, de sorte qu'il n'était pas nécessaire qu'il revoie la recourante. Celle-ci se méprend ensuite en estimant que l'expert admettrait ne pas savoir si le dosage de certains médicaments prescrits serait ou non justifié. En effet, celui-ci se pose uniquement la question de savoir si le Dr I. _____ contrôle la compliance de sa patiente, ce qui ne lui permet pas d'envisager d'autres options thérapeutiques. A noter encore qu'il appartient au médecin traitant de déterminer les médicaments à prendre et leur posologie. Quant aux rapports du 21 août 2012 et du 3 décembre 2012 du SMR, le premier ne fait que proposer la réalisation d'une expertise psychiatrique et le second résume celle-ci, de sorte le médecin du SMR fait

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 siennes les conclusions de l'expert psychiatre. Enfin, aucun élément du dossier ne permet de dire que l'aggravation de l'état de santé serait due au non respect de la posologie. Quoi qu'il en soit, le respect de la compliance aux médicaments est de la responsabilité de l'assurée, en vertu de son obligation de collaborer. Il ressort d'ailleurs des rapports médicaux du RFSM que l'état de santé de celle-ci s'est rapidement amélioré lors de ses séjours à l'hôpital psychiatrique une fois le traitement mis en place, preuve s'il en est que la prise correcte des médicaments permet une amélioration de son état de santé. Quant au fait que celui-ci pourrait se détériorer malgré une bonne compliance, il s'agit d'une pure hypothèse. Eu égard à ce qui précède, il faut conclure que l'état de santé de la recourante s'est notablement amélioré et qu'elle présente, au jour de la décision attaquée, une capacité de travail résiduelle de 70 % dans une activité adaptée. Les reproches de la recourante sont dès lors mal fondés et il n'y a pas lieu de s'écarter des rapports médicaux figurant au dossier. Dans de telles circonstances, on ne voit pas ce qu'une instruction complémentaire apporterait de plus, de sorte qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire. Par ailleurs, la recourante ne conteste pas le calcul du degré d'invalidité, qui a au demeurant été correctement établi par l'autorité intimée. En effet, selon l'autorité intimée, dans les activités de services (tableau TA1 totaux, cat. 4), le salaire mensuel brut s'élève à CHF 4'206.- (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010). Ce montant est calculé sur la base d'une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle est de 41,7 heures. Dès lors, le revenu mensuel à prendre en considération est de CHF 4'384,75, soit CHF 52'617.- par an (CHF 4'384,75 x 12). Indexé à 1 % selon l'indice des salaires nominaux de la branche, le revenu annuel à prendre en considération est de CHF 53'143,15. Compte tenu d'une capacité de travail de 70 %, le revenu annuel est de CHF 37'200,20. Sans

atteinte à la santé, la recourante pourrait réaliser actuellement un revenu de CHF 54'822.90 (CHF 49'568.65 en 2003 + indexation) dans son ancienne activité de sommelière. La comparaison de ces deux montants aboutit à un degré d'invalidité de 32 %. C'est dès lors à juste titre qu'il a été constaté que les conditions d'octroi de la rente ne sont plus satisfaites. 5. Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le

E. 29

août 2014. Succombant, la recourante n'a pas droit à des dépens.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 29 août 2014. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 7 juillet 2016/cso Le Président La Greffière-rapporteure

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