

FR_GERICHTE 608 2014 204 vom 30. Mai 2016

FR Kantonsgericht, 2016-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_204

FR: FR_GERICHTE 608 2014 204 du 30 mai 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2014 204 del 30 maggio 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 16

février 2005, une rente entière d'invalidité à partir du 1er mars 2003, puis une demi-rente, respectivement un trois-quarts de rente dès le 1er août 2003 et respectivement le 1er janvier 2004, retenant une perte de gain de 61% (introduction du trois-quarts de rente au 1er janvier 2004). B. Au terme de trois procédures de révision d'office, l'OAI a confirmé, par communications des 26 octobre 2005, 29 avril 2008 et 28 janvier 2011, le droit au trois-quarts de rente de l'assurée. C. Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision d'office initiée en mai 2013, l'OAI a mis en place une expertise bi-disciplinaire. Le volet rhumatologique a été réalisé par le spécialiste Dr E. _____ lequel, dans son rapport du 14 janvier 2014, a conclu à la présence d'un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent n'entraînant aucune incapacité de travail ni rendement réduit. Le volet psychiatrique a été assuré par le spécialiste Dr F. _____, qui, dans son rapport du 31 juillet 2014, a diagnostiqué un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale ou trouble somatoforme indifférencié ainsi qu'un épisode dépressif majeur en rémission; le psychiatre a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière, l'état de santé s'étant amélioré en 2013. S'appuyant sur ces constatations d'experts et les objections du 25 septembre 2014 contre le projet de décision, l'OAI a supprimé, le 15 octobre 2014, la rente de l'assurée avec effet au premier jour du deuxième mois qui suit la notification de sa décision. Le revenu que l'assurée pourrait obtenir dans une activité adaptée (par exemple comme vendeuse), comparé à celui de son ancien travail comme ouvrière, laisserait apparaître une perte de gain de 6,8%, ce qui exclut le droit à la rente. D. Le 14 novembre 2014, l'assurée, représentée par Me Theo Studer, avocat, interjette recours auprès du Tribunal cantonal contre cette décision. Elle conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision entreprise et, principalement, au renvoi pour instruction complémentaire, subsidiairement, au maintien de la rente d'invalidité. Elle fait tout d'abord valoir que l'existence de troubles psychiques, notamment d'un trouble dépressif majeur, a été communément admise par l'expert psychiatre et le médecin traitant, lequel attestait en outre une fibromyalgie. Elle estime que cet état de santé est resté inchangé et qu'il s'est même aggravé. Selon la recourante, l'expert- psychiatre mandaté en procédure de révision n'explique pas pour quelles raisons il atteste une amélioration de l'état de santé, ce qui s'avère par ailleurs être en contradiction avec les constatations de son médecin traitant. Elle relève en outre que le fait d'accomplir quelques heures de travail ne signifie pas qu'elle est en mesure de travailler. Elle souligne en effet que cette activité est limitée à trois heures hebdomadaires et restreinte à des travaux très légers. Elle ajoute que, selon son état de

santé, ses filles la remplacent.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 E. Suite au rejet, le 5 mars 2015, de la requête tendant à l'octroi de l'assistance judiciaire totale (608 2014 205), une avance de frais de CHF 800.- a été versée par la recourante. F. Dans ses observations du 14 juillet 2015, l'OAI propose le rejet du recours. Il considère que les expertises diligentées par ses soins sont probantes et qu'aucun élément ne vient contredire leurs conclusions, soit l'amélioration de l'état de santé. Se référant à la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes, l'OAI confirme sa position dans son courrier du 26 janvier 2016. Selon lui, une diminution accrue de la capacité de travail ne peut en l'espèce pas être imputée à l'assurance-invalidité. Par courrier du 24 février 2016, la recourante maintient ses conclusions. Elle souligne que, selon son médecin traitant, son état de santé ne s'est aucunement amélioré. Elle ajoute qu'à 56 ans, une réintégration sur le marché du travail est illusoire. Selon elle, l'intensité de ses douleurs serait telle qu'elle préférerait parfois mourir que de continuer à devoir les supporter. L'autorité intimée, interpellée, renonce à se déterminer plus avant et déclare maintenir ses conclusions par écriture du 1er avril 2016. G. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné. H. Il sera fait état des arguments des parties, 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. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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), 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 lege artis sur les critères d'un système

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 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 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 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). 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). 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 probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 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 LPGA, 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).

3. Dans la présente occurrence, l'autorité intimée a, par décision du 15 octobre 2014, procédé à la révision de la décision initiale du 16 février 2005. a) Le dossier ne contient pas le résumé du Service médical régional (SMR) des problèmes de santé qui ont conduit à l'octroi de la rente en 2005. Partant, il se justifie de brièvement rappeler les pièces médicales versées au dossier dans le cadre de la requête initiale: - Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, certificats des 27 février et 18 novembre 2000: syndrome douloureux chronique généralisé d'origine psychologique accompagné d'importants problèmes conjugaux et familiaux, développement d'une humeur dépressive secondaire et d'une symptomatologie neurovégétative (tendance aux syncopes, maux de tête et problèmes gastro-intestinaux, trouble somatoforme douloureux sans atteinte inflammatoire); - Dr H._____, spécialisé en neurologie, rapport du 23 juillet 2002: fibromyalgie et céphalées mixtes dans un contexte anxio-dépressif, fatigue chronique et état dépressif; - Dr I._____, spécialisé en médecine interne, certificat du 5 août 2002: fibromyalgie depuis des années, dépression – chondrocalcinose, migraines. Il atteste différentes phases d'incapacité de travail et estime la capacité résiduelle de travail à 2 heures par jour avec rendement de 50% dans l'activité habituelle d'ouvrière; - Dr J._____, spécialisée en psychiatrie, rapport du 24 février 2003: fibromyalgie avec trouble somatoforme, chronique; problèmes liés au conflit conjugal; personnalité anxieuse, dépressive et évitant. La capacité de travail serait de 4 à 6 heures par jour;

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 - Dr D._____, expert-psychiatre mandaté par l'autorité, rapport du 20 juin 2003: épisode dépressif majeur, épisode isolé en rémission partielle, gravité actuelle mineure, trouble panique sans agoraphobie, trouble douloureux ainsi que trouble de conversion avec déficit moteur. Il estime qu'une incapacité de travail totale d'un point de vue psychiatrique peut être reconnue depuis le début de l'incapacité de travail établie par le médecin traitant, à savoir, du 22 février 2002. Depuis novembre 2002, une capacité de travail d'au moins 25% a été recouvrée; dès août 2003, une capacité de 50% serait exigible. Faisant siennes les conclusions du Dr D._____ – retenant notamment une capacité de travail de 50% à partir du mois d'août 2003 – l'OAI a, par décision du 16 février 2005, reconnu à l'assurée le droit à une rente entière à partir du 1er mars 2003 et d'une demi-rente, respectivement, d'un trois-quarts de rente à partir du 1er août 2003 et, respectivement, du 1er janvier 2004. b) Pour prendre la décision litigieuse, l'assurance a diligenté une expertise bi-disciplinaire: Le volet rhumatologique a été réalisé par le Dr E._____, spécialisé en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport du 14 janvier 2014, cet expert a retenu, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent – diminution du seuil de déclenchement à la douleur – et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou

déficitaire, des gonalgies bilatérales sans signes méniscaux (possible chondrocalcinose), des cervicobrachialgies récurrentes (absence de troubles dégénératifs et statiques significatifs), des omalgies sans signe de conflit ou de tendinopathie, des migraines à répétitions depuis 2000, un status post-cure de varices en 1991, un status post-hystérectomie en 2004 et un status post- fracture malléolaire D en 2013. Il explique que, lors de son examen, il a pu constater un syndrome cervicobrachial et lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, sans signe de synovite ou de ténosynovite et absence d'atteinte inflammatoire. L'examen frappe cependant par la présence de douleurs péri-articulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Il confirme la présence d'un bilan radiographique rassurant, sans troubles dégénératifs significatifs tant au niveau rachidien qu'articulaire. Hormis le vécu douloureux chronique qui s'est étendu en taches d'huile, pouvant permettre d'expliquer l'ampleur de l'impotence fonctionnelle que l'assurée décrit dans ses activités de la vie quotidienne et surtout professionnelle, il a relevé qu'il n'y avait que peu d'arguments du point de vue rhumatologique et il a conclu à une capacité de travail de l'assurée de 75% dans l'activité de femme de ménage et de 100% dans une activité de substitution adaptée (évitant les mouvements en porte-à-faux, évitant les ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier), sans diminution de rendement. Le volet psychiatrique a été assuré par le Dr F. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, dans son rapport du 31 juillet 2014, retient notamment l'absence d'un trouble de la personnalité majeur assimilable à une atteinte à la santé mentale, de dépression, de syndrome posttraumatique, de signes florides de la lignée psychotique et de gros troubles de l'attention et de la concentration pour parvenir au constat qu'aucune maladie n'entrave la capacité de travail. Sans influence sur celle-ci, il relève un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale ou trouble somatoforme indifférencié, un épisode dépressif majeur en rémission et une personnalité avec un fonctionnement co-dépendant. Le psychiatre a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 c) Les conclusions des deux experts se fondent sur l'étude du dossier asséculo-logique, les clichés radiologiques (notamment l'IRM du genou gauche du 29 octobre 2010 et les radiographies de la cheville du 8 janvier 2014, de la colonne vertébrale et cervicale, des mains, du genou gauche, toutes du 10 janvier 2014), l'anamnèse, les plaintes subjectives et constatations objectives lors de deux examens cliniques du 10 janvier 2014 (rhumatologique) et du 12 mars 2014 (psychiatrique), ainsi que sur une discussion interdisciplinaire. Lors des entretiens et examens cliniques, les experts ont été en mesure d'examiner personnellement l'assurée ainsi que de relever ses plaintes subjectives et d'observer son comportement. Force est de constater que ces expertises se fondent sur des examens complets et une bonne connaissance de l'anamnèse. En outre, les experts présentent de manière motivée leurs conclusions et le résultat de la discussion bi-disciplinaire. Le Tribunal peut confirmer que ces expertises satisfont pleinement aux critères de la jurisprudence pour leur accorder valeur probante. Quant à l'aspect de l'amélioration de l'état de santé, l'expert-psychiatre explique que, dans un contexte familial difficile, l'assurée "a probablement présenté une évolution anxio-dépressive, comme relevé par le Dr H. _____ dès 1991, qui s'est aggravée progressivement, surtout depuis la perte de son emploi en 2002. L'assurée n'a jamais été véritablement demandeuse d'une prise en charge psychiatrique, mais elle a bénéficié d'un soutien bienveillant auprès du Dr I. _____ qui a mis en route un traitement de Fluoxétine 20 mg/j. Depuis 2005, la

situation s'est progressivement apaisée au sein de son environnement familial. Sa fille aînée et sa petite-fille vivent maintenant avec l'assurée et son époux. Ce dernier serait maintenant beaucoup plus «gentil» et les relations de couple seraient harmonieuses". L'assurée se serait totalement identifiée à son rôle de grand-mère. Outre ses activités ménagères, elle s'occupe de sa petite-fille et conserve aussi des rapports très proches avec sa seconde fille qui vit maintenant à proximité. En ce qui concerne les diagnostics, le psychiatre affirme que, si tant est qu'il y ait eu une problématique anxieuse en 2005, depuis l'expertise du Dr D. _____, celle-ci a évolué spontanément sous traitement médical bien conduit et par le cours naturel des choses. Selon lui, l'amélioration est nette. Cette analyse n'est contredite par aucun élément du dossier. Au contraire, il ressort des pièces médicales versées au dossier dans le cadre de la demande initiale que la situation familiale ainsi que le vécu de son licenciement ont influencé l'état psychique de la recourante. Or, à ce jour, ces problèmes conjugaux et familiaux semblent avoir disparu et la fin des relations de travail auprès de l'ancien employeur date d'il y a plus de 10 ans. Il est absolument plausible que, dans ces conditions, malgré le fait qu'un syndrome douloureux soit toujours présent, ce dernier ait perdu en intensité et que l'état psychique se soit amélioré. Partant, la recourante tombe à faux si elle pense que l'expert-psychiatre n'explique pas pour quelles raisons il évalue différemment les effets du trouble somatoforme. Au contraire, il le fait d'une manière convaincante, en s'appuyant sur les pièces du dossier ainsi que sur l'anamnèse et l'examen de l'assurée. Il ne suffit pas que la recourante se réfère à son médecin traitant, non spécialiste dans le domaine de la psychiatrie, qui mentionne un état stationnaire (cf. rapport du 8 mai 2013). On note d'ailleurs que, dans ce rapport, le médecin traitant n'indique pas clairement l'étendue de l'incapacité de travail dès lors qu'il a mis un point d'interrogation en lien avec les heures de travail par jour. Il s'agissait précisément dans ce contexte – ainsi que l'a proposé à juste titre le médecin du SMR, le Dr K. _____ – d'éclaircir l'état de santé de l'assurée par un avis de spécialistes. Ceux-ci ont d'ailleurs contacté le médecin traitant afin d'obtenir des informations de sa part (cf. résumé de la prise en charge du 28 novembre 2013). Suite à l'envoi de l'expertise, le médecin traitant n'a d'ailleurs pas formulé de véritable contestation des résultats des experts. Il a cependant examiné la patiente pour exclure la présence

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 d'une démence, tout en affirmant que les résultats de ses propres tests sont étonnants et éventuellement en lien avec la perte de la rente (cf. lettre de transmission du 12 septembre 2014). C'est le lieu de noter, s'agissant du syndrome susmentionné de fibromyalgie ou trouble somatoforme, que 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 sied de constater, à la lecture des deux rapports en cause, que les experts ont fait état d'éléments en suffisance pour permettre une appréciation circonstanciée du trouble somatoforme douloureux indifférencié présenté par la recourante. Ces spécialistes se sont en effet fondés sur un examen médical approfondi et des indices très concrets, tels que l'attitude et les plaintes de la recourante lors de son examen. Sous l'angle de la cohérence, il est relevé une certaine discordance entre les plaintes et les constatations objectives ainsi que le comportement lors de l'examen clinique. Les experts ont indiqué que la recourante était également capable de maintenir un certain rythme et programme journalier, qu'elle était en mesure de s'occuper de son ménage et de garder sa petite-fille. Le tissu familial et social est actuellement manifestement intact, ce qui permet à la recourante de se ressourcer. On souligne dans ce contexte que, selon les inscriptions au compte individuel, même l'intégration dans la vie professionnelle a été

possible dans le cadre d'une petite activité de femme de ménage. 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 explorées; notamment, il a été renoncé à un traitement psychiatrique. Si l'expert-psychiatre propose de continuer la médication et pense qu'on ne peut pas imposer une psychothérapie à l'assurée, cela s'explique par son constat qu'il n'y a actuellement pas d'incapacité de travail en raison d'un problème psychique et l'absence d'une telle demande de traitement. Cela dit, il ressort également du dossier que la recourante a abandonné certaines thérapies qui lui avaient été proposées. Partant, on ne saurait critiquer les experts qui ont conclu à une atteinte psychique devenue mineure et au fait que la recourante disposait, malgré certains facteurs négatifs tels que son âge, une motivation manquante et des craintes face à une reprise de travail, de suffisamment de ressources pour surmonter ses troubles psychiques. Le certificat de l'ostéopathe L. _____ du 6 octobre 2014 fournit en partie une appréciation différenciée, mais celle-ci est par trop succincte et émane d'un praticien qui n'est pas spécialisé en psychiatrie ou en rhumatologie (cf. à cet égard les arrêts TF 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 et 8C_83/2010 du 22 mars 2010 et les références citées) et d'un médecin traitant (cf. supra consid. 2). Celle-ci ne se prononce de plus pas sur la capacité de travail. On ne saurait de toute évidence tirer d'enseignements quant à la capacité de travail de l'analyse minérale de l'état de tissu du 6 mai 2014 de M. _____ AG figurant au dossier. En grande partie, les pièces médicales sont en outre antérieures à l'expertise et, plus précisément, antérieures à la nette amélioration de l'état de santé intervenue fin 2013 (par ex. rapports du Dr I. _____ des 5 mars 2008 et 3 janvier 2011 attestant d'une aggravation de l'état de santé, certificats de N. _____ des 9 et 13 janvier 2008, 9 mai et 10 novembre 2008, 9 février 2009 [neurologie] et 24 septembre 2008 [rhumatologie], de l'Hôpital O. _____ du 13 août 2008, du Dr P. _____ du 13 décembre 2010). Ces pièces n'ont donc pas vocation à remettre en cause l'appréciation des experts. 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 entreprise une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité légère.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 4. Selon la recourante, il serait, au vu de son âge, illusoire de penser qu'elle puisse retrouver une activité lucrative sur le marché de travail. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (arrêts TF 9C_761/2012 du 7 juin 2013; I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). Le moment déterminant pour juger de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail en cas d'âge avancé est celui de la fixation de l'exigibilité médicale de celle-ci et non pas le moment de la naissance du droit à la rente ou encore la date de la décision attaquée. Il en va ainsi aussitôt que les rapports médicaux à disposition permettent d'en tirer à cet égard des constatations de fait convaincantes (ATF 138 V 457). En cas de révision, est déterminante l'année au cours de laquelle le changement de circonstances entraîne une révision du droit à la rente (arrêt TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de préciser qu'à 57 ans, on avait encore une durée

d'activité suffisante pour intéresser un employeur (arrêt TF 9C_805/2012 du 15 mai 2012).

b) En l'occurrence, le grief relatif à l'âge de la recourante, née en 1960, n'est manifestement pas pertinent. On peut également affirmer que le marché de travail équilibré offre un éventail large d'activités dont l'exercice lui est possible. On terminera par relever que la comparaison des revenus à laquelle a procédé l'OAI met en lumière que la perte de gain est loin de la limite qui permettrait à la recourante de continuer à bénéficier des prestations AI. En effet, selon l'autorité, dans les activités des services (tableau TA 1 totaux, cat. 4), le salaire mensuel brut s'élève à CHF 4'206.- pour les activités dans la vente (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 année (CHF 4'384.75 x 12). Indexé à 2.70% selon l'indice des salaires nominaux de la branche, le revenu annuel à prendre en considération est de CHF 54'037.65. Sans atteinte à la santé, la recourante pourrait réaliser actuellement un revenu de CHF 57'986.05 (CHF 51'727.10 en 2003 + indexation) dans l'activité d'ouvrière d'usine qu'elle exerçait auprès de son ancien employeur, C._____ . La comparaison de ces deux montants aboutit à un degré d'invalidité de 6,8%. Sur son principe, ce calcul – qui n'est pas contesté – peut être confirmé. Il met en évidence que les conditions pour l'octroi d'une rente ne sont plus satisfaites. 5. Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par l'avance de frais. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et compensés avec l'avance du même montant. 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 30 mai 2016/JFR/vth Président
Greffière-rapporteure

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