

FR_GERICHTE 608 2014 212 vom 30. Juni 2016

FR Kantonsgericht, 2016-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_212

FR: FR_GERICHTE 608 2014 212 du 30 juin 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2014 212 del 30 giugno 2016

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2014 212 Arrêt du 30 juin 2016 IIe Cour des assurances sociales Composition Président: Johannes Frölicher Juges: Christian Pfammatter, Yann Hofmann Greffière-stagiaire: Aline Burnand Parties A. _____, requérante, représentée par Me Charles Guerry, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité, reconsidération, révision Recours du 24 novembre 2014 contre la décision du 11 novembre 2014 Tribunal cantonal TC Page 2 de 13 considérant en fait A. A. _____, née en 1973, domiciliée à B. _____, a exercé l'activité de caissière- vendeuse à partir d'août 1989. Après plusieurs périodes d'incapacité en raison de dorsalgies, l'intéressée a réduit son temps de travail à 50% à compter de mai 1997. Elle a déposé une demande de prestations AI le 19 août 1997. Par décision du 6 février 2002, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : OAI) lui a accordé une demi-rente d'invalidité du 1er avril 1997 au 31 mai 2000 (taux d'invalidité de 50%) et nié le droit à une rente à compter du 1er juin 2000 (taux d'invalidité de 32%). L'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal contre cette décision par acte du 11 mars 2002. L'OAI ayant proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, la cause a été rayée du rôle (dossier AI pce p. 254 à 256). Se fondant sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr C. _____, l'OAI, par décision du 14 mai 2003, lui a derechef octroyé une demi-rente d'invalidité à l'assurée du 1er avril 1997 au 31 mai 2000 et nié le droit à une rente à compter du 1er juin 2000. L'assurée a recouru à l'encontre de cette décision le 13 juin 2003. L'OAI ayant proposé de diligenter une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, la cause a été rayée du rôle (dossier AI pce p. 378 à 381). Dans son rapport d'expertise du 6 juillet 2004, le Dr D. _____, psychiatre, a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, évoluant de manière défavorable ; il a estimé que la capacité de travail résiduelle de l'assurée était de 30%. Dans son rapport du 31 juillet 2004, le Dr E. _____, rhumatologue, a pour sa part constaté des dorsalgies, des cervico-brachialgies droites chroniques non spécifiques et un status après cure de tunnel carpien droit ; il a conclu à une capacité de travail de 70% dans son activité professionnelle habituelle. Faisant siennes les conclusions des experts sollicités, l'OAI, par décision du 9 décembre 2004, a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente du 1er juin 2000 au 31 mars 2003 et à une rente entière d'invalidité à partir du 1er avril 2003 en raison des affections psychiatriques retenues. Au terme d'une première procédure de révision d'office, l'OAI, par communication du 23 mai 2007, a maintenu le droit à une rente entière de l'assurée. Dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée en juillet 2011, l'OAI a fait

diligenter une expertise bi-disciplinaire : le volet rhumatologique a été réalisé par le Dr F. _____ le quel, dans son rapport du 24 octobre 2013, a conclu à la présence d'un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent n'entraînant aucune incapacité de travail. Le volet psychiatrique a été assuré par le Dr G. _____, qui, dans son rapport du 31 juillet 2014, a diagnostiqué un probable trouble somatoforme différencié, un épisode dépressif récurrent et une personnalité avec des traits limites et histrioniques ; le psychiatre a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière. S'appuyant sur la prise de position de son service médical, l'OAI, par décision du 11 novembre 2014, a reconsidéré sa décision du 9 décembre 2004 et supprimé la rente de l'assurée. B. Le 24 novembre 2014, A. _____, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal, à l'encontre de la décision du 11 novembre 2014. Elle conclut, avec suite de dépens, à l'annulation de la décision entreprise et au maintien de la rente entière d'invalidité au-delà du 31 décembre 2014. Elle fait valoir, d'une part, que l'existence de troubles dépressifs récurrents avait été communément admise par plusieurs Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 médecins au moment de la décision reconsidérée et que cette dernière ne pouvait donc pas être manifestement erronée. La recourante expose, d'autre part, que les conditions posées pour un réexamen de la rente par les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6ème révision de l'AI, premier volet), let. a, al. 1er, ne sont pas remplies. Une avance de frais de CHF 800.- est versée par la recourante le 15 décembre 2014. Dans ses observations du 4 mars 2015, l'OAI propose le rejet du recours. Il considère que la décision du 9 décembre 2004 ne reposait que sur le rapport d'expertise du 6 juillet 2004 du Dr D. _____, le quel ne peut être qualifié de probant, et qu'il disposait en 2004 de tous les éléments pour reconnaître une capacité de travail entière à l'assurée. Dans ses contre-observations du 8 avril 2015, la recourante réitère son argumentation et confirme intégralement ses conclusions. L'autorité intimée, interpellée, renonce à se déterminer plus avant et déclare maintenir ses conclusions par écriture du 13 mai 2015. La Cour de céans a offert à la recourante la possibilité de se prononcer sur une éventuelle suppression de la rente au motif d'une révision matérielle. La recourante, par écriture du 16 juin 2016, souligne que le Dr G. _____, dans son rapport d'expertise, n'a pas constaté une amélioration de son état de santé, mais a estimé que l'appréciation de son incapacité de travail par le Dr D. _____ était erronée ; les conditions pour procéder à une révision matérielle ne seraient dès lors, à son sens, pas remplies. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. 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 Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 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 de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 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 pour elles seules 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 Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 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). 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). Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 e) L'art. 53 al. 2 LPGA prévoit que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération). Selon la jurisprudence, pour

juger s'il est admissible de reconsidérer pour le motif qu'une décision est sans doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.1 ; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2 ; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Une décision d'octroi de rente qui ne repose pas sur une instruction suffisante, à savoir sur une estimation médicale probante de la capacité de travail, n'est pas conforme au droit et, partant, est manifestement erroné au sens de la reconsidération (cf. arrêts TF 8C_918/2013 du 19 mars 2014 consid. 3.3.2 ; 9C_307/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.2). f) 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 109 V 108 consid. 3b ; 107 V 219 consid. 2 ; 105 V 29 et les références citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts 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). Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA mentionné, la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6ème révision de l'AI (premier volet), entrée en vigueur le 1er janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659]), a introduit une procédure de révision particulière pour les rentes octroyées jusqu'alors en raison d'un syndrome sans

pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon cette disposition, ces rentes devront être réexaminées dans un délai de trois ans à compter du 1er janvier 2012 et être réduite ou supprimée si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies – parce que l'incapacité de travail est considérée comme surmontable (cf. consid. 4.1 et 5.1 ci-dessus) – même en l'absence d'une modification notable de l'état de santé ou de la situation professionnelle. Le TF a précisé que la rente ne peut être réduite ou supprimée que si elle a été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et que le tableau clinique est toujours de ce ordre à la date de la révision (ATF 139 V 547 consid. 10.1.1 et 10.1.2). Il arrive certes qu'une cause organique soit à l'origine du syndrome non explicable, même en partie. L'applicabilité des dispositions finales dépend toutefois de l'atteinte à la santé déterminante pour l'octroi de la rente (arrêt TF 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2). Lorsqu'une rente en cours a été allouée aussi bien en raison de plaintes explicables que non explicables, rien ne s'oppose à ce que l'on applique les dispositions finales aux dernières. En effet ces rentiers ne peuvent pas être avantagés par rapport à ceux qui touchent une rente pour des seuls troubles dont l'origine est indéterminée. De même, ils ne peuvent pas être privilégiés par rapport aux assurés qui déposent nouvellement une demande de prestation en raison de troubles explicables et de troubles que l'on ne peut pas objectiver (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3).

3. Dans la présente occurrence, l'autorité intimée a, par décision du 11 novembre 2014, procédé à la reconsidération de la décision initiale du 9 décembre 2004. a) Pour prendre sa décision du 9 décembre 2004, l'autorité intimée s'est essentiellement fondée sur les documents médicaux suivants : - Le rapport médical du 15 septembre 1997 du Dr H. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, qui a noté des blocages aigus cervico-dorsaux vraisemblablement provoqués par une insatisfaction au travail et une surcharge psychogène (dossier AI pce p. 32 s.). - Le rapport du 9 décembre 1997 du Dr C. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a fait état de crises psychiques réactionnelles régulières de courte durée, d'intensité moyenne, et a considéré que la capacité de travail de l'assurée était réduite de 20% au plus (dossier AI pce p. 40 à 46). - Les attestations des 3 juin et 10 août 1998 du Dr H. _____, qui a retenu un syndrome cervico- dorsal chronique avec troubles statiques, tendomyose et DIM D4-D5, un status après excision d'un hémangiome capillaire intra-musculaire para-vertébral dorsal, ainsi qu'un état anxio-dépressif (dossier AI pces p. 64 et 76). - Le certificat du 25 janvier 1999 du Dr H. _____, qui, en raison des dorsalgies intermittentes exacerbées aux ports de charges et aux positions statiques prolongées, a conclu à une incapacité de travail définitive de 50% dans l'activité de vendeuse, mais a estimé que l'assurée pouvait exercer une activité légère et adaptée à plein temps avec une diminution de rendement probable de 30% (dossier AI pce p. 118). - Le rapport d'expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique du 25 mai 2000 des Dr I. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne et gastroentérologie, Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 Dr J. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, Dr K. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Dr L. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, de M. _____ de N. _____. Sur le plan psychiatrique, un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, sans effet sur la capacité de travail, a été diagnostiqué. Sur le plan rhumatologique, un syndrome cervico-spondylogène a été constaté. Les experts ont somme toute conclu à une incapacité de travail de 70% dans l'activité de vendeuse et à une capacité de travail de 70% au moins dans une activité légère et adaptée (dossier AI pce p. 151 à 170). - Le certificat du 7 février 2001 du Dr H. _____, qui a conclu à une capacité

de travail résiduelle de 50% dans toute activité (dossier AI pce p. 186). - Le certificat du 6 mars 2001 du Dr O._____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, qui a retenu un syndrome cervicodorsal avec troubles statiques et tendomyose DIM D4-D5, un status post cure tunnel carpien droite en 2000, un status post excision d'un hémangiome capillaire paravertébral droite et un état dépressif avec trouble somatoforme douloureux. Le médecin a estimé que l'assurée pouvait exercer une activité légère à mi-temps (dossier AI pce p. 190 à 192). - Le rapport d'octobre 2002 du Dr C._____, qui a confirmé l'existence d'un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission et a conclu à une capacité de travail de 100%. Le psychiatre a par ailleurs expressément exclu l'existence d'un trouble somatoforme douloureux (dossier AI pce p. 271 à 278). - Le certificat du 27 janvier 2003 du Dr O._____, qui a précisé que sa patiente était à nouveau sujette à des troubles dépressifs et à une recrudescence de ses douleurs (dossier AI pce p. 364). - La lettre à contenu médical du 9 juillet 2003 du Dr H._____, qui a précisé qu'en ne tenant pas compte des poussées intermittentes aiguës de lombalgies on pouvait retenir une incapacité de travail de 30% (dossier AI pce p. 372) - La lettre à contenu médical du 23 juillet 2003 de la Dresse P._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a considéré que la comorbidité des pathologies anxieuses et algiques associée à la pathologie d'un trouble de la personnalité implique une incapacité de travail de 50% (dossier AI pce p. 371) - Le rapport d'expertise du 6 juillet 2004 du Dr D._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, évoluant de manière défavorable, et a conclu à une incapacité de travail de l'assurée de 70% dans toute activité. Le psychiatre a notamment précisé que « Ce trouble dépressif évolue ainsi de manière défavorable avec augmentation de l'incidence sur la capacité de travail à chaque nouvelle rechute. La progression qualitative peut être estimée de 20 % en septembre 1996, passant à 50 % en janvier 2000, puis à 70 % en février 2003. Sur le plan qualitatif, la limitation découle essentiellement de l'augmentation de la vulnérabilité psychoaffective avec baisse de l'estime de soi, baisse du seuil de tolérance à la douleur et probable prolongation du temps de rémission suite à une poussée douloureuse. La capacité d'adaptation aux situations de contrainte professionnelle et en particulier aux changements professionnels paraît également limitée, avec un seuil de tolérance à la frustration nettement diminué. Ce dernier élément est confirmé par l'émergence d'un nouvel épisode dépressif actuel suite à l'incapacité à assumer un nouveau mandat de responsabilités dans le cadre de son activité professionnelle actuelle » (dossier AI pce p. 418 à 438). Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 - Le rapport d'expertise du 31 juillet 2004 du Dr E._____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, qui a diagnostiqué des dorsalgies, des cervico-brachialgies droites chroniques non spécifiques, un état anxio-dépressif et un status après cure de tunnel carpien droit. Il a estimé que l'assurée pouvait exercer son activité professionnelle habituelle à 70% (dossier AI pce p. 449 à 461). Faisant siennes les conclusions du Dr D._____, l'OAI, par décision du 9 décembre 2004, a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente du 1er juin 2000 au 31 mars 2003 et à une rente entière d'invalidité à partir du 1er avril 2003. Au terme d'une première procédure de révision d'office, l'OAI, par communication du 23 mai 2007, a maintenu le droit à une rente entière de l'assurée. b) Dans le cadre de la seconde procédure de révision d'office, initiée en juillet 2011, les pièces suivantes ont été déposées au dossier : - La lettre du 30 janvier 2012 du Dr O._____, qui a fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente et a précisé qu'il lui serait bénéfique de reprendre une activité lucrative à 30% (dossier AI pce p. 573). - Le certificat médical du 1er février 2013 de la Dresse Q._____, médecin spécialiste

FMH en médecine générale, qui a mentionné que sa patiente présentait un potentiel de réinsertion et qu'une activité de bureau serait exigible à mi-temps (dossier AI pce p. 661 s.). - Le certificat médical du 8 février 2013 de la Dresse Q._____, qui a mis sa patiente en arrêt de travail du 7 au 15 février 2013 (dossier AI pce p. 670). - L'attestation du 5 juin 2013 du Dr R._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui n'a retenu aucun diagnostic invalidant sur le plan psychiatrique mais a mentionné que les limitations somatiques pouvaient occasionner un horaire réduit à 20% (dossier AI pce p. 696 s.). - Le certificat médical du 26 juin 2013 de la Dresse Q._____, qui a estimé que sa patiente ne présentait plus aucun potentiel de réinsertion et conclu à une capacité de travail résiduelle de 20% dans toute activité (dossier AI pce p. 699 s.). - L'attestation du 2 octobre 2013 du Dr R._____, qui a fait état d'une évolution lente avec un pronostic réservé, la patiente demeurant fragilisée (dossier AI pce p. 749 s.). Dans sa prise de position du 26 juillet 2013, le Dr S._____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du service médical régional (SMR), a requis une nouvelle expertise bi-disciplinaire (dossier AI pce p. 702). Le volet rhumatologique a été réalisé par le Dr F._____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport du 24 octobre 2013, le rhumatologue a retenu, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) – diminution du seuil de déclenchement à la douleur – ainsi que, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, des cervico- brachialgies récurrentes – absence de trouble statique ou dégénératif – et un syndrome du tunnel carpien droit. S'agissant du syndrome susmentionné, le rhumatologue a exposé que : « L'ampleur de la symptomatologie est essentiellement imputable à une diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire. Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 Force est donc de constater une certaine discordance entre les plaintes physiques de l'assurée et l'ampleur de l'impotence fonctionnelle qu'elles entraînent dans ses activités de la vie quotidiennes et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour ». Le spécialiste a par ailleurs noté le jour de l'examen médical que : « Lorsqu'on vient la chercher en salle d'examen, l'assurée se lève d'un bloc, sans signaler de douleurs, elle suit l'expert dans le cabinet sans boiterie, durant l'anamnèse, elle reste assise pendant 2,5 heures sans se lever. Elle se dévêt et se rhabille de manière fluide, elle se couche et se relève de manière fluide en exprimant la douleur de manière modérée. Elle descend et remonte 2 étages d'escaliers sans allégation douloureuse et sans s'aider de la rampe». L'expert a dès lors conclu à une capacité de travail de l'assurée de 90% dans l'activité habituelle de vendeuse et de 100% dans une activité de substitution adaptée (évitant les mouvements en porte-à-faux, évitant les mouvements immobiles de la nuque et permettant une alternance de positions assises et debout), sans diminution de rendement (dossier AI pce p. 734 à 746). Le volet psychiatrique a été assuré par le Dr G._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, dans son rapport du 31 juillet 2014, a retenu, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif récurrent, actuellement sub-clinique, un probable trouble somatoforme indifférencié et une personnalité avec des traits limites et histrioniques, à ce jour gravement décompensée. Le psychiatre a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière. En l'absence de symptomatologie dépressive constante, il a explicitement exclu un épisode dépressif majeur. Il a par ailleurs expressément souligné que l'assurée ne présente pas de symptomatologie dépressive au premier plan et qu'elle pouvait mener à bien ses activités ménagères, familiales et sociales sans aucune limitation objective ; le psychiatre a renvoyé

au planning hebdomadaire fourni par l'assuré, démontrant qu'elle travaille deux heures par jour et s'occupe intensément de son ménage le reste du temps. Enfin, le Dr G. _____ a considéré que le rapport d'expertise du Dr D. _____ « fait l'impasse sur les points importants que sont les carences affectives, maltraitances et attouchements sexuels par le père durant l'enfance, indiquant aussi que l'expert semble [être] passé à côté des éléments anamnestiques les plus importants. [...] On ne comprend pas dès lors la justification d'une incapacité de travail à 70% sur la base d'un état dépressif, diagnostic qui nous semble largement erroné puisqu'il n'y a aucune comorbidité psychiatrique, ni trouble majeur de la personnalité, selon ledit rapport » (dossier AI pce p. 749 à 780). Dans sa prise de position du 5 septembre 2014, le Dr S. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, a exposé que « [le Dr D. _____] diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et valide la capacité de travail de 30% alléguée par l'assurée. [...] Comme le démontre de manière détaillée et pertinente le Dr T. _____ [recte : G. _____] dans son rapport d'expertise du 31 juillet 2014, cette expertise psychiatrique du Dr D. _____ en 2004 n'est pas probante. Elle fournit des données erronées tant en ce qui concerne le diagnostic que la capacité de travail exigible. Ses conclusions sont par ailleurs discordantes avec les autres pièces médicales au dossier ». Il en a finalement conclu que l'état de santé objectif de l'assurée ne s'est pas modifié significativement depuis l'octroi de la rente et que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée (dossier AI pce p. 783 s.). S'appuyant sur la prise de position de son service médical, l'OAI, par décision du 11 novembre 2014, a reconsidéré sa décision du 9 décembre 2004 et supprimé la rente de l'assurée. c) Dans la présente occurrence, il apparaît certes surprenant que le Dr D. _____ n'ait point fait mention dans l'anamnèse de son rapport d'expertise des maltraitances et des Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 attouchements sexuels subis durant l'enfance par l'assurée. L'on ne saurait pour autant nier la valeur probante à l'expertise réalisée par le Dr D. _____ ; et on ne peut en particulier suivre le Dr S. _____, du SMR, lorsqu'il soutient que le Dr D. _____ a fourni des données erronées en ce qui concerne tant le diagnostic que la capacité de travail exigible et a abouti à des conclusions discordantes avec les autres pièces médicales au dossier. En effet, le Dr D. _____ a examiné l'assurée à trois reprises, s'est entretenu téléphoniquement avec les médecins traitants de cette dernière et a rendu un rapport d'expertise détaillé et fouillé, qui ne contient aucune contradiction interne ou irrégularité manifeste. Le diagnostic auquel il a abouti, à savoir le trouble dépressif récurrent, correspond à celui retenu par le Dr K. _____, de M. _____, dans son rapport d'expertise du 25 mai 2000 et par le Dr C. _____ dans son rapport d'octobre 2002. Que la symptomatologie dépressive ne soit pas constante n'empêche pas que ses effets soient invalidants sur le long terme : c'est la conclusion à laquelle est parvenu le Dr D. _____, qui a considéré que la recourante allait de rechute en rechute et qu'à chaque fois son état de santé psychique s'aggravait. Enfin, il faut noter qu'au regard des conclusions prises par la Dresse P. _____, psychiatrie, dans sa lettre à contenu médical du 23 juillet 2003, à savoir une incapacité de travail de 50% de la recourante, les conclusions prises par le Dr D. _____ n'apparaissent pas choquantes. En cela, il est exclu de considérer que la décision du 9 décembre 2004 est manifestement erronée et dès lors de procéder à sa reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. d) Reste à voir si la décision portée céans peut être confirmée, par substitution de motifs, en procédant à une révision matérielle du droit à la rente de la recourante. En l'espèce, la communication du 23 mai 2007 confirmant le droit à la rente entière d'invalidité n'étant pas fondée sur un examen matériel approfondi, il sied de comparer l'état de santé de la

recourante au jour de la décision initiale du 9 décembre 2004 avec son état de santé au jour de la décision du 11 novembre 2014 portée céans (cf. supra 2f). Sur le plan psychiatrique, eu égard à ce qui précède (cf. supra consid. 3c), la situation clinique de la recourante au 9 décembre 2004 est celle ressortant du rapport d'expertise du Dr D. _____, sur lequel s'est justement fondée l'autorité intimée pour reconnaître un droit à la rente entière à la recourante depuis le 1er avril 2003. La recourante présentait alors un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, évoluant de manière défavorable, emportant une incapacité de travail de l'assurée de 70% dans toute activité. Or, au 11 novembre 2014, on constate à la lecture du rapport d'expertise du Dr G. _____, que seuls un épisode dépressif récurrent à ce jour sub-clinique, un probable trouble somatoforme indifférencié et une personnalité avec des traits limites et histrioniques, sans répercussion sur la capacité de travail, ont été retenus. Le trouble dépressif ayant en 2004 justifié l'octroi d'une rente entière s'est ainsi estompé. Le Dr G. _____ a d'ailleurs renvoyé au planning hebdomadaire fourni par l'assurée, démontrant qu'elle travaille deux heures par jour et s'occupe intensément de son ménage le reste du temps. L'appréciation médicale du Dr G. _____ relative à la capacité de travail de l'assurée sur le plan psychiatrique est confirmée par le Dr R. _____, également spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, qui a également constaté l'absence d'atteinte à la santé. Force est ainsi de retenir que, sur le plan psychiatrique, la situation clinique de la recourante s'est notablement améliorée entre 2004 et 2014 et qu'elle disposait au jour de la décision entreprise d'une pleine capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, le Dr E. _____, en 2004, avait constaté des dorsalgies, des cervico-brachialgies droites chroniques non spécifiques ainsi qu'un status après cure de tunnel carpien droit et avait estimé que l'assurée pouvait exercer son activité professionnelle habituelle à Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 70%. Or, selon le rapport d'expertise du Dr F. _____, la recourante présentait en novembre 2014 un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) – diminution du seuil de déclenchement à la douleur –, des cervico-brachialgies récurrentes – absence de trouble statique ou dégénératif – et un syndrome du tunnel carpien droit. Il a conclu à une capacité de travail de l'assurée de 90% dans l'activité habituelle de vendeuse et de 100% dans une activité de substitution adaptée. L'amélioration par rapport à 2004 est selon toute vraisemblance attribuable à la disparition des dorsalgies. C'est le lieu de noter, s'agissant du syndrome susmentionné, que contrairement à ce que semble considérer le Dr S. _____ du SMR, le Dr F. _____ ne s'est pas contenté d'apprécier la fibromyalgie abstraitement, de considérer que les douleurs n'ont pas de substrat organique et de conclure que la recourante doit ainsi pouvoir les surmonter ; il s'est au contraire fondé sur un examen médical approfondi et des indices très concrets : Excluant expressément une péjoration de son état de santé par rapport à 2004, il a souligné que l'assurée était capable, de manière autonome, d'effectuer ses soins corporels, de s'habiller, de faire le ménage, de cuisiner et qu'elle pouvait bénéficier de l'aide de son concubin pour effectuer les commissions lourdes ; il a en outre noté que, lors de l'examen, l'assurée s'est levée, est descendue et est remontée 2 étages d'escaliers sans signaler de douleurs et sans s'aider de la rampe et qu'elle marchait sans boiterie ; l'expert a enfin estimé que l'assurée était légèrement démonstrative et a constaté « une certaine discordance entre les plaintes physiques de l'assurée et l'ampleur de l'impotence fonctionnelle qu'elles entraînent dans ses activités de la vie quotidiennes et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour ». En cela, l'expertise du Dr F. _____ remplit parfaitement les critères de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux (cf. supra 2b). La Cour de céans fait donc siennes les

conclusions des experts sollicités dans le cadre de la seconde procédure de révision d'office. Les certificats du Dr O. _____ et de la Dresse Q. _____ fournissent certes une appréciation différenciée, mais sont par trop succincts, émanent de médecins qui ne sont pas spécialisés 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 de médecins traitant (cf. supra consid. 2b). Ils 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 90% dans son activité habituelle. Les conditions fixées par la jurisprudence du TF dans un arrêt de principe publié aux ATF 104 V 135 consid. 2b (et confirmée ultérieurement à plusieurs reprises, par ex. dans l'arrêt TF 8C_282/2012 du 11 mai 2012 consid. 7) relatives à une comparaison en pourcent ("Prozentvergleich") entre les salaires de valide et d'invalidé sont réalisées en l'espèce, l'assurée ne devant pas changer de branche professionnelle. La recourante présente ainsi au jour de la décision entreprise un taux d'invalidité de 10%, taux insuffisant pour maintenir son droit à une rente d'invalidité. Les dispositions finales de la 6ème révision de l'AI (premier volet), invoquées par la recourante, ne sont pas applicables à la présente espèce, parce que la rente a initialement été accordée pour un trouble déterminé, à savoir un trouble dépressif récurrent, et non pas en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires. Le droit à la rente entière dont bénéficiait la recourante doit, par voie de conséquence, être supprimé. Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 4. a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée, par substitution de motifs. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe et sont compensés avec l'avance du même montant. b) Il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté dans le sens des considérants. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante et sont compensés avec l'avance de frais du même montant. 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 30 juin 2016/yho Président Greffière-stagiaire

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