

FR_GERICHTE 608 2015 33 vom 9. Januar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-01-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_33

FR: FR_GERICHTE 608 2015 33 du 9 janvier 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2015 33 del 9 gennaio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 26

juin 2001. Se fondant sur l'avis du Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (du 26 juin et du 20 juillet 2001), l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'office AI) a alloué à l'assurée une demi-rente de l'assurance-invalidité à compter du 1er octobre 2000 (taux d'invalidité de 50 %; décisions du 6 mars et du 4 octobre 2002). Le 31 août 2002, A. _____ a cessé son activité professionnelle en raison d'une détérioration de son état de santé (avis du Dr C. _____ du 8 novembre 2004). Elle a ensuite requis une rente entière de l'assurance-invalidité le 3 décembre 2004. Dans le cadre de la procédure de révision, l'office AI a confié à D. _____ la réalisation d'une expertise bidisciplinaire. Dans leur rapport du 12 janvier 2006, les Dr E. _____, spécialiste en médecine interne générale, Dresse F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Dr G. _____, spécialiste en rhumatologie, ont diagnostiqué – avec effet sur la capacité de travail – un syndrome douloureux somatoforme persistant se manifestant par des douleurs diffuses rachidiennes (cervicales et lombaires) et des quatre membres, ainsi qu'un trouble panique; la capacité de travail de l'assurée n'excédait pas 40 % dans une activité industrielle légère (avec des facteurs de mauvais pronostic liés à l'apparition de la symptomatologie anxieuse et de la chronification du trouble somatoforme douloureux). Par décision du 6 juin 2006, l'office AI a, en se fondant sur le rapport du 12 janvier 2006 de D. _____, octroyé à l'assurée trois-quarts de rente de l'assurance-invalidité à compter du 1er octobre 2004 (taux d'invalidité de 61 %), ainsi qu'une aide au placement. Le droit à trois-quarts de rente d'invalidité a été maintenu lors d'une nouvelle révision (communication du 18 mai 2009). L'assurée a par la suite informé l'office AI qu'elle avait subi une cholécystectomie en 2009 et une tumorectomie le 19 avril 2012 avec radiothérapie adjuvante du sein gauche (du 13 juin au 27 juillet 2012) suivie d'un traitement antihormonal (dès le 30 août 2012). Le Dr C. _____ a ajouté que sa patiente ne pouvait plus travailler à plus de 20 % (avis du 24 août 2012). Le médecin traitant a par ailleurs remis à l'office AI les avis des Dr H. _____, médecin-chef, et Dresse I. _____, cheffe de clinique du service d'oncologie de J. _____ (du 30 août 2012 et du 18 octobre 2012), Dr K. _____, médecin-chef de service, et Dr L. _____, médecin assistant du service de gynécologie de M. _____ (du 26 avril 2012), et Dr N. _____, médecin-chef du service de radio-oncologie de J. _____ (du 27 juillet 2012). Par décision du 15 février 2013, l'office AI a, en se fondant sur l'avis du médecin de son Service médical régional (SMR) du 10 décembre 2012, octroyé à l'assurée une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1er juillet 2012 (taux d'invalidité de 100 %).

L'administration a réservé un nouvel examen à bref délai. B. Dans le cadre d'une nouvelle révision, l'office AI a recueilli l'avis du médecin traitant (du 16 avril 2013), qui a fait état d'un état stationnaire, et du Dr K._____ (du 8 juin 2013), qui a mentionné que le cancer n'avait plus d'effet sur la capacité de travail de l'assurée. Il a également requis un extrait du compte individuel de l'assurée (du 9 avril 2013). L'office AI a ensuite confié la

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 réalisation d'une expertise bidisciplinaire aux Dr O._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 9 janvier et du 4 septembre 2014, les médecins ont diagnostiqué – avec effet sur la capacité de travail – un syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (minime arthrose facettaire postérieure et discopathie L5-S1) et des cervico- brachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (minime spondylose antérieure C5-C6), ainsi que – sans effet sur la capacité de travail – une dysthymie, un épisode dépressif majeur en rémission, un trouble panique en rémission, un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique (trouble somatoforme indifférencié), une personnalité dépendante, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie; diminution du seuil de tolérance à la douleur), des omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, un syndrome du tunnel carpien, une obésité (BMI de 41 kg/m²), un status post-hypothyroïdie sur thyroïdite auto-immune depuis 1995 (stabilisée sous traitement), une insuffisance veineuse des membres inférieurs, un status post-fracture du fémur droit (ostéosynthésée en 1989 et AMO en 1999), un status post-cure de tunnel carpien en 1999 et un status post-tumorectomie du cadran inférieur suivi d'une radiothérapie adjuvante et sous hormonothérapie pour carcinome mammaire invasif du cadran inférieur du sein gauche (en 2012). Selon le Dr O._____, l'assurée présentait d'un point de vue rhumatologique une capacité de travail de 80 % (recte: 50 %) dans son activité antérieure de femme de ménage et de 80 % dans une activité légère adaptée (accueil ou vente d'objets légers par exemple). Quant au Dr P._____, il a affirmé qu'elle présentait une capacité de travail entière d'un point de vue strictement psychiatrique et qu'elle n'avait pas besoin de mesures de réadaptation professionnelle pour retrouver une activité professionnelle légère. Le 29 octobre 2014, l'office AI a informé l'assurée qu'il envisageait de supprimer son droit à une rente d'invalidité et lui a accordé le même jour une aide au placement. Au vu du désaccord exprimé par l'assurée et de l'avis du médecin traitant (du 14 novembre 2014), l'office AI a requis les observations complémentaires des Dr O._____ et Dr P._____ (compléments des 12 et 18 décembre 2014). Par décision du 9 janvier 2015, l'office AI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée avec effet au 1er mars 2015. En bref, l'administration a tout d'abord retenu que l'assurée pouvait exercer une activité légère à 80 % (montage à l'établi, contrôle de produits finis, usinage de pièces légères et conditionnement léger notamment). Elle a ensuite fixé à CHF 50'445.20 le revenu que l'assurée aurait été en mesure de réaliser en tant qu'ouvrière d'usine chez B._____ SA (CHF 46'280.- en 2006, avec 9 % d'indexation). Quant au revenu d'invalidité, elle l'a fixé à CHF 43'383.05 sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010 (tableau TA 1, totaux, catégorie 4), d'une durée usuelle de travail de 41,7 heures, d'un taux d'activité de 80 % et de l'indice des salaires nominaux de la branche (2.6 %). La comparaison des deux revenus donnait une perte de gain de CHF 7'062.15, soit un degré d'invalidité de 14 %. Ce taux, inférieur à 40 %, ne donnait pas droit à une rente de l'assurance-invalidité. C. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Florine Küng, avocate, interjette recours

devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation. Elle demande principalement l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au «minimum» et subsidiairement la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire pour déterminer l'étendue de l'aggravation de son état de santé tant sur le plan physique que psychique. A l'appui de son recours, elle produit un nouvel avis du Dr C._____ (du

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11

E. 28

novembre 2014), attestant d'une capacité de travail d'environ 50 %, et de la Dresse I._____ (du 2 février 2015). Dans sa réponse du 27 mars 2015, l'office AI conclut au rejet du recours. L'assurée a déposé des contre-observations le 20 mai 2015. A l'appui de ses observations finales du 30 juin 2015, l'office AI produit un avis du médecin de son SMR (du 29 juin 2015). La caisse de pension Q._____ n'a pas déposé d'observations. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état de leurs arguments, développés 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 représentée par une avocate, le recours est recevable. 2. a) A teneur 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, ladite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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. b) En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent de la notion d'invalidité que 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 (RFJ 2009 p. 320). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 3. En vertu de l'art. 17 al. 1 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. a) Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi 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 141 V 9 consid. 2.3 et réf. cit.). 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). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 134 V 131 consid. 3; 133 V 108). b) Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut le cas échéant être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées. Selon cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. 4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de faits allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2; cf. également ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 5. Le litige porte sur le point de savoir si le taux d'invalidité de la recourante s'est modifié entre le 15 février 2013, date de la décision par laquelle une rente entière de l'assurance-invalidité lui a été accordée, et le 9 janvier 2015, date de la décision litigieuse. On rappellera par ailleurs que les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6ème révision de l'AI, premier volet) portant sur le réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires (dont un trouble somatoforme douloureux apparenté à une fibromyalgie) ne s'applique pas aux personnes qui avaient – comme la recourante – au moins 55 ans le 1er janvier 2012 (let. a alinéa 1 en relation avec l'alinéa 4 des dispositions finales). 6. A l'appui de son recours, A._____ affirme que sa capacité de gain est nulle. Elle soutient qu'il serait en particulier impossible que sa capacité de gain soit passée de 0 à 86 % en un peu plus d'une année, alors que son état de santé n'a fait que se dégrader sur une période de plus de quatorze ans. Qui plus est, comme l'ont rappelé le Dr C._____ et la Dresse I._____, le traitement antihormonal (Femara 2,5 mg) qu'elle prend à la suite de son cancer engendre des

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 effets indésirables tels que des myalgies et une fatigue accrue. Pour le cas où la Cour ne serait pas convaincue par les avis médicaux déjà versés au dossier qu'elle a droit au maintien d'une rente d'invalidité, elle requiert la réalisation d'une expertise complémentaire sur un plan rhumatologique, psychique et oncologique. En se fondant sur l'avis des Dr P._____ et Dr O._____, l'autorité intimée rétorque que l'état de santé de la recourante s'est clairement amélioré depuis la décision du 15 février 2013. En l'absence de motifs sérieux mettant en doute la valeur probante des rapports

d'expertise, il ne saurait par ailleurs être question d'organiser une nouvelle expertise dans le seul but de trouver éventuellement un médecin venant contredire – en faveur de l'assurée – les conclusions probantes des deux experts. 7. Lors de la procédure de révision qui a donné lieu à la décision du 14 février 2013, la recourante présentait d'un point de vue hémato-oncologique un status post-tumorectomie du quadrant inférieur et du quadrant supérieur externe du sein gauche ainsi que d'un ganglion sentinelle axillaire gauche, un status post-radiothérapie adjuvante du sein gauche (du 13 juin au 27 juillet 2012) et avait débuté le 30 août 2012 un traitement antihormonal par l'inhibiteur de l'aromatase Femara qu'elle supportait bien. Une ostéodensitométrie avait en outre montré une ostéopénie débutante (avis du Dr R. _____ du 18 octobre 2012). Sur cette base et à sept mois du diagnostic de carcinome mammaire invasif du 26 avril 2012, le médecin du SMR a recommandé à l'autorité intimée de retenir que l'état de santé de la recourante n'était pas encore stabilisé et de procéder à une réévaluation de la situation médicale au mois d'avril 2013 (avis du 10 décembre 2012). Ce faisant, l'office AI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1er juillet 2012 (contre trois-quarts de rente auparavant), soit trois mois après le diagnostic du cancer du sein (décision du 15 février 2013). Suivant les recommandations du médecin de son SMR, l'administration a ensuite débuté à bref délai la révision du droit à des prestations d'invalidité. Dans leur avis du 16 avril et du 8 juin 2013, les Dr C. _____ et Dr K. _____ ont fait état d'une stabilisation de l'état de santé de la recourante d'un point de vue oncologique. Le cancer du sein était en rémission (pronostic favorable sans récurrence) et ne portait plus effet selon le Dr K. _____ sur la capacité de travail de l'assurée. Le médecin du SMR a dès lors pris acte de la modification de l'état de santé de la recourante au niveau hémato-oncologique et recommandé – de manière justifiée au vu d'un état de santé qui se concentrait sur les indications subjectives de l'assurée – la réalisation d'une nouvelle expertise rhumatologique et psychiatrique (avis du 18 juillet 2013). 8. Les rapports des Dr O. _____ et Dr P. _____ des 9 janvier et 4 septembre 2014 remplissent en l'espèce toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. Leurs conclusions résultent en particulier d'une analyse complète de la situation médicale de la recourante (objective et subjective) et sont dûment motivées. Les rapports contiennent par ailleurs un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques ainsi que pour finir une discussion du cas. Les experts ont de plus pu s'exprimer sur les objections du médecin traitant et ont maintenu leurs conclusions. Dans la mesure où la recourante n'invoque au surplus aucune erreur particulière concernant l'établissement de l'anamnèse, les plaintes rapportées ou le contenu des observations cliniques, il n'y a aucune raison d'écarter les conclusions des experts pour des motifs formels.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 a) Sur le plan hémato-oncologique, le Dr O. _____ a confirmé les conclusions du Dr K. _____ (du 8 juin 2013), soit la disparition du status tumoral qui avait justifié l'octroi d'une rente entière d'invalidité en 2012 (décision du 15 février 2013). En particulier, le médecin a indiqué que si la situation de l'assurée s'était péjorée par le status tumoral en avril 2012, le statu quo ante était actuellement atteint (au jour de l'examen clinique du 8 janvier 2014). La recourante n'en disconvient pas. Elle souligne toutefois les effets néfastes sur sa santé du traitement antihormonal par l'inhibiteur de l'aromatase Femara et qui se concrétisent selon le Dr C. _____ par des douleurs musculaires (myalgies) et une fatigabilité accrue. Cette objection sera reprise et examinée ci-après sur le plan rhumatologique. A ce stade, la Cour retient que le Dr O. _____ a objectivé – par rapport à la situation prévalant au moment de la décision du 15 février 2013

- une amélioration notable de l'état de santé de l'assurée sur le plan hémato-oncologique dès le 8 janvier 2014. b) Sur le plan rhumatologique, dans leur rapport du 12 janvier 2006, les médecins de D. _____ ont diagnostiqué – avec effet sur la capacité de travail – un syndrome douloureux somatoforme persistant se manifestant par des douleurs diffuses rachidiennes (cervicales & lombaires) et des quatre membres. L'assurée se plaignait en substance de douleurs rachidiennes étendues, constituées par des cervico-dorsalgies, avec des irradiations diffuses dans les membres supérieurs et dans les membres inférieurs. Malgré l'absence de signe électro-neuromyographique de neuropathie, y compris des nerfs médians, l'assurée continuait de se plaindre de douleurs des membres supérieurs, à l'époque sous la forme de brachialgies diffuses. La symptomatologie douloureuse manifestée était généralisée, avec des douleurs ostéoarticulaires rachidiennes et des quatre membres, indissociables les unes des autres, aggravées par les mouvements et ne répondant que très partiellement aux médicaments antalgiques et anti-inflammatoires. Des symptômes associés étaient également présents, constitués essentiellement par des céphalées, des fourmillements des mains, un sommeil non réparateur, et une sensation de fatigue importante et permanente. Cela étant, en dehors des douleurs annoncées, les médecins de D. _____ n'ont pas retrouvé d'origine organique musculo-squelettique évidente pouvant expliquer les plaintes ostéoarticulaires diffuses (pas de rhumatisme inflammatoire, d'ankylose ou de limitation majeure de la mobilité articulaire, ainsi que des radiographies montrant des troubles dégénératifs arthrosiques – surtout au niveau lombaire – peu sévères). L'examen neurologique n'avait également pas révélé de déficit systématisé, y compris dans le territoire des nerfs médians. L'examen clinique frappait toutefois par la «positivité» de 14 points de fibromyalgie sur 18, associés à 6 points de contrôle douloureux sur 8 (avec des signes comportementaux selon Waddell présents en nombre limité [2 sur 5]). Cette symptomatologie douloureuse, associée aux éléments objectifs du status clinique et radiographique (thyroïdite auto-immune, obésité), ont permis selon les médecins de D. _____ d'évoquer le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (probablement chronifié), soit une affection de nature psychique. En d'autres termes, les médecins de D. _____ ont reconnu en 2006 l'existence d'une pathologie organique – soit un facteur aggravant du trouble somatoforme par son effet de complexification de l'atteinte clinique – sans qu'il fût possible d'en déterminer une causalité directe. A la suite des conclusions des médecins de D. _____, le Dr C. _____ a décrit pendant les procédures ultérieures de révision une stabilisation de l'état de santé de la recourante, avec une fatigue importante qui ne s'améliorait pas malgré une longue nuit de sommeil (avis du 2 septembre 2008 notamment). D'un point de vue strictement rhumatologique, la décision du 15 février 2013 reposait dès lors sur une situation présumée inchangée depuis le rapport du 12 janvier 2006, soit sur une capacité de travail entière.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 Dans le rapport du 9 janvier 2014, le Dr O. _____ a noté un syndrome cervico-brachial et lombovertebral modéré sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, une absence de signe de synovite ou de ténosynovite et des amplitudes articulaires conservées. L'examen frappait en revanche par la présence de douleurs périarticulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Le bilan radiographique avait en outre montré une minime discopathie L5 et une arthrose facettaire postérieure L5-S1 qui restaient modérées et compatibles avec l'évolution due à l'âge de l'assurée. La capacité de travail de l'assurée était au jour de l'examen clinique (le 8 janvier 2014) de 80 % dans une activité adaptée (éviter les ports de charges de plus de 5-10 kg en

porte-à-faux et avec long bras de levier) et de 50 % dans l'activité antérieure de femme de ménage (et non de 80 %, comme le mentionne à tort l'expert au chiffre 1 de la lettre B «Influences sur la capacité de travail» [voir rapport d'expertise, p. 11]). La diminution du seuil de déclenchement à la douleur, l'âge de la recourante (57 ans) et l'octroi d'une rente de longue durée constituaient par ailleurs des facteurs de mauvais pronostic. Se référant à l'avis du Dr C. _____ (du 14 novembre et du 28 novembre 2014), la recourante objecte que le Dr O. _____ a insuffisamment tenu compte d'une fatigabilité importante (induite par le traitement antihormonal par l'inhibiteur de l'aromatase Femara) et de douleurs musculaires de type myalgies. A cet égard, le Dr C. _____ affirme en particulier qu'il n'est guère imaginable que l'assurée puisse reprendre une activité professionnelle à plus de 50 % en raison «surtout» de l'atteinte ostéo-articulaire, ainsi que d'une diminution de sa capacité de concentration. La Dresse I. _____ confirme par ailleurs que le traitement antihormonal adjuvant par Femara a porté atteinte à l'intégrité physique de l'assurée dans le sens d'une augmentation des douleurs articulaires et musculaires déjà présentes dans le cadre de la fibromyalgie (importantes douleurs articulaires et musculaires, fatigabilité importante et douleurs mammaires gauches; cf. avis du 2 février 2015). L'on se trouve dès lors dans la situation fréquente où le médecin traitant a une position différente de celle d'un spécialiste indépendant reconnu. A cet égard et quoi qu'en dise la recourante, la Cour considère que le Dr O. _____ n'a pas ignoré les effets de l'anti-oestrogénique. Au contraire, il a expressément noté que le médecin traitant mentionnait des symptômes d'apathie exacerbés depuis la prise par l'assurée de médicaments antihormonaux (rapport d'expertise, p. 2 s.) et relevé qu'il persistait depuis l'expertise de 2006 des douleurs cervico-brachiales et lombovertébrales qui s'étaient exacerbées dans le contexte d'une affection tumorale avec une fatigue importante ainsi que des douleurs poly et périarticulaires touchant les épaules, les coudes, les genoux et les chevilles (rapport d'expertise, p. 10). Au terme d'observations approfondies et d'investigations complètes, l'expert a de plus indiqué que «l'examen frappe [...] par la présence de douleurs périarticulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur.» Sur cette base, il a ensuite considéré que l'assurée pouvait exercer une activité légère adaptée à 80 % (d'un point de vue rhumatologique). En ce sens, il a pleinement rempli sa tâche qui consistait à mettre ses connaissances spéciales à la disposition de l'autorité chargée de la demande de prestations. On ne discerne par ailleurs dans les arguments de la recourante aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expert; la recourante se bornant pour l'essentiel à faire état de la divergence d'opinions entre l'expert et le médecin traitant (voir également dans ce sens l'avis complémentaire du Dr O. _____ du 12 décembre 2014). En particulier, elle ne conteste pas les observations de l'expert selon lesquelles elle s'était déplacée, habillée, avait monté et descendu deux étages d'escalier sans allégation douloureuse et de manière fluide lors de l'examen clinique. Elle était de

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 plus restée assise pendant l'entretien sans opter pour une position antalgique, ce qui contrastait selon le Dr O. _____ avec les allégations douloureuses et l'impotence fonctionnelle décrites dans les activités de la vie quotidienne (rapport d'expertise, p. 11). Aussi, en présence d'un rapport très complet et de conclusions bien étayées, la Cour ne voit aucun motif objectif d'écarter les conclusions de l'expert. La Cour retient que la recourante peut – d'un point de vue strictement rhumatologique – exercer une activité professionnelle légère adaptée à 80 % dès le 8 janvier 2014. c) Sur le plan psychique, la décision du 15 février 2013 reposait en substance sur les conclusions du

12 janvier 2006, soit sur une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée. Comme rappelé précédemment, les médecins de D. _____ ont diagnostiqué – avec effet sur la capacité de travail – un syndrome douloureux somatoforme persistant se manifestant par des douleurs diffuses rachidiennes (cervicales & lombaires) et des quatre membres, ainsi qu'un trouble panique. Dans le rapport du 4 septembre 2014, le Dr P. _____ a tout d'abord noté que la recourante ne présentait plus de problèmes d'anxiété aiguë, en particulier un trouble panique (rapport d'expertise, p. 22). Selon l'expert, ce trouble avait en effet évolué favorablement grâce à la poursuite du traitement médicamenteux (Efexor) et aussi par le cours naturel des choses. Le trouble panique était du reste probablement tout au plus de gravité légère au moment de l'évaluation des médecins de D. _____, car celui-ci survenait une à deux fois par mois (recte: deux à trois fois par mois) et seulement le soir. S'il persistait une certaine émotivité au moment de l'examen clinique du 5 mai 2014 et probablement dès le 1er janvier 2014 (rapport d'expertise, p. 25), elle pouvait tout au plus être mise en relation avec une légère dysthymie (sans effet sur la capacité de travail de l'assurée), ce que la recourante ne conteste pas. Pour ce qui a trait au syndrome douloureux somatoforme persistant, le Dr P. _____ a indiqué que le tableau clinique était essentiellement dominé par une symptomatologie somatique ubiquitaire, mal systématisable, caractérisé par des lombalgies basses, des cervicalgies, un sentiment de fatigabilité (fatigabilité subjective) chez une assurée en très bon état général et chez laquelle le fonctionnement professionnel est parfaitement conservé. Autrement dit, selon le médecin, elle souffrait d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique (soit un trouble somatoforme indifférencié) «depuis plus de 12 ans». Ce faisant, le Dr P. _____ a procédé à une nouvelle appréciation d'une situation (celle ayant cours depuis 2002) dont il ne prétend pas qu'elle aurait changé. Or, comme rappelé précédemment, les dispositions finales de la 6ème révision de l'AI portant sur le réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie ne s'applique pas aux personnes qui avaient – comme la recourante – au moins 55 ans le 1er janvier 2012 (let. a alinéa 1 en relation avec l'alinéa 4 des dispositions finales). Aussi, dans la mesure où le psychiatre ne fait état d'aucun élément permettant d'établir une amélioration significative du syndrome douloureux somatoforme persistant diagnostiqué par les médecins de D. _____ en 2006, il n'y a pas de place pour une nouvelle appréciation de la situation (voir ATF 139 V 442 consid. 6; cf. ég. consid. 3a et 5 supra). Partant, la Cour retient que le Dr P. _____ a objectivé exclusivement une (légère) amélioration de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychiatrique (trouble panique en rémission). Les médecins de D. _____ ont cependant indiqué que le traitement du trouble anxieux n'aurait pas d'incidence significative sur la capacité de travail de l'assurée (avis du 12 janvier 2006, p. 20), ce qui n'est pas contesté par le Dr P. _____ (le trouble panique était selon lui tout au plus de gravité légère en 2006).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 d) L'état de santé de la recourante s'est dès lors péjoré d'un point de vue rhumatologique (capacité de travail de 80 %, contre 100 % au moment de la décision du 15 février 2013) dès le 8 janvier 2014, s'est amélioré d'un point de vue hémato-oncologique (capacité de travail de 100 %, contre 0 % auparavant) dès le 8 janvier 2014 et s'est amélioré sans incidence significative sur la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique (capacité de travail de 40 %, inchangée) dès le 1er janvier 2014. Il manque cependant au dossier une appréciation médicale globale de la capacité de travail de la recourante à compter du 1er janvier 2014, c'est-à-dire qui tient compte du syndrome douloureux somatoforme diagnostiqué par les médecins de D. _____ en 2006. Il

n'appartient par ailleurs pas à la Cour de substituer son appréciation à celle d'un médecin et de définir les répercussions des conclusions du Dr O. _____ sur la capacité de travail globale de la recourante. Qui plus est, la Dresse I. _____ a expressément indiqué que l'anti-oestrogénique portait atteinte à l'intégrité physique de l'assurée dans le sens d'une augmentation des douleurs articulaires et musculaires déjà présentes dans le cadre de la fibromyalgie et que le degré d'atteinte était partant «difficile à évaluer» (avis du 2 février 2015). Certes, reprenant à son compte les conclusions du Dr C. _____, la recourante considère qu'elle présente une capacité de travail globale de 50 % (recours, p. 14). L'avis du Dr C. _____ du 28 novembre 2014 doit toutefois être relativisé, car il semble confondre le taux d'invalidité médicale (ou degré de l'atteinte médico-théorique à l'intégrité corporelle) et le taux d'invalidité (art. 16 LPGa). Quoi qu'il en soit, les conclusions de la recourante ne lient aucunement la Cour (art. 61 let. d LPGa) et la capacité de travail de l'assurée n'excède pas 40 % (au maximum) pour les motifs qui précèdent. La conclusion de la recourante ne saurait dès lors être suivie. 9. a) A la lumière des éléments qui précèdent et en l'absence d'une évaluation globale et circonstanciée de la capacité de travail de la recourante au 1er janvier 2014, il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée pour qu'elle mette en œuvre les mesures d'instruction qui s'imposent sur le plan médical, puis rende une nouvelle décision. Ce renvoi s'impose par ailleurs d'autant plus que le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3). Il appartiendra dès lors à l'administration de se prononcer sur l'opportunité de la mise en œuvre de cette mesure d'instruction pour une assurée qui a plus de 60 ans. b) Le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent et nouvelle décision. Il est rejeté pour le surplus. Vu l'issue du recours, les frais de justice seront supportés par l'autorité intimée, qui succombe. La recourante ayant gain de cause, elle a droit à une indemnité pour ses frais et dépens, conformément à l'art. 61 let. g LPGa. Le mandataire a produit une note de frais exposant chacune des opérations effectuées et précisant le temps requis. La note de frais totalise CHF 6'833.60 (CHF 6'232.50 d'honoraires pour 1'385 minutes au tarif de CHF 270.-/heure, CHF 94.90 de débours [dont 140 photocopies à 50 centimes/pièces] et CHF 506.20 de TVA). La liste de frais produite ne correspondant pas au tarif applicable (CHF 230.-/heure jusqu'au 30 juin 2015, puis CHF 250.-/heure dès le 1er juillet 2015 notamment) et l'activité déployée apparaissant excessive au vu de la difficulté relative du cas (en particulier le temps consacré à la rédaction du recours),

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 l'indemnité de partie réduite est fixée à CHF 5'000.- (TVA et débours compris). Elle est mise à la charge de l'autorité intimée qui s'en acquittera directement auprès du mandataire de la recourante. la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision du 9 janvier 2015 est annulée. La cause est renvoyée à de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Le recours est rejeté pour le surplus. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. Le montant de l'avance de frais (CHF 800.-) sera restitué à la recourante après l'entrée en force du présent arrêt. III. L'indemnité de partie est fixée à CHF 5'000.- (y compris CHF 370.- de TVA). Elle est mise à la charge de l'autorité intimée. 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 9 janvier 2017/obl Président Greffier-stagiaire

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