

FR_GERICHTE 608 2016 108 vom 11. April 2017

FR Kantonsgericht, 2017-04-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_108

FR: FR_GERICHTE 608 2016 108 du 11 avril 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 108 del 11 aprile 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 14

octobre 2003, la première estime que la capacité de l'assuré n'est pas restreinte dans une activité légère respectant les règles d'ergonomie rachidienne. Dans son rapport du 27 novembre 2003, le second considère que la capacité de travail est nulle, sans espoir de récupération à court et moyen terme. Par décision du 22 avril 2004, l'OAI a reconnu à son assuré le droit à une rente entière dès le 1er mars 2003. Par communications des 28 juin 2005, 30 mars 2007, 11 août 2009 et 25 juin 2012, le droit à une rente entière a été confirmé. B. Suite à une révision d'office initiée en mai 2015, l'OAI a mandaté le Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, comme expert. Dans son rapport du 29 février 2016, celui-ci a constaté que les diagnostics retenus par le Dr E. _____ étaient difficiles à confirmer sur la base des informations à disposition. Il a néanmoins souligné qu'une amélioration stable pouvait être constatée depuis 2003. Il a soutenu que la capacité de travail de l'assuré était désormais entière, sans perte de rendement, sur le plan psychique. Se fondant sur cette expertise, par projet de décision du 11 mars 2016, l'OAI a considéré que l'assuré ne subissait plus de perte de gain et annoncé que la rente entière serait supprimée. Par décision du 14 avril 2016, l'OAI a confirmé son projet et supprimé la rente entière octroyée jusqu'alors à partir du 1er juin 2016. C. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours le 12 mai 2016 concluant, avec suite de frais et dépens, au maintien de sa rente entière. A l'appui de son recours, il se plaint essentiellement du fait que son état de santé est inchangé depuis l'expertise du Dr E. _____. A ses dires, l'avis du Dr F. _____ n'est pas fondé sur une amélioration sensible de son état, mais relève d'une appréciation différente d'un état qui ne s'est globalement pas modifié. Il se prévaut aussi de l'avis de ses médecins traitants, lesquels attestent que son état ne s'est pas amélioré mais, au contraire, péjoré. Le 7 juin 2016, le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 27 septembre 2016, l'OAI propose le rejet du recours. S'appuyant sur l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR), interrogé durant la procédure d'objections à

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 son projet de décision, il avance que l'état de santé du recourant s'est objectivement amélioré au point qu'il ne présente plus de limitation dans sa capacité de travail. Il relève aussi avoir toujours veillé à ce que les recommandations de traitement émises par le Dr E. _____ soient suivies par l'assuré, ce qui a permis cette amélioration. Invitée à se déterminer à son tour, en sa qualité de fonds LPP à qui la décision attaquée a été notifiée, le Fonds de prévoyance d'Adecco s'est contenté d'accuser réception du courrier d'appel en cause. Il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures entre les

parties. Il sera fait état des arguments, développés par ces dernières à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision et dûment représenté, 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, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputé incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 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; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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). Selon l'ATF 141 V 281, 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 en tenant compte 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 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 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;

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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). 3. a) 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, 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; 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 du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (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). Selon la jurisprudence, l'administration – lorsqu'un motif de révision est donné – examine le droit à la rente dans les faits et dans le droit de manière exhaustive ("bilatérale") et n'est pas liée par ses appréciations précédentes. Il n'est pas nécessaire qu'une modification de fait mène à une nouvelle fixation de la rente d'invalidé; au contraire il se peut que, pendant l'examen du droit à la rente, d'autres éléments mènent à une augmentation, une diminution ou une annulation de la rente (arrêt TF 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2). Ainsi, le revenu de valide en tant que valeur dans la comparaison des revenus est, dans le cadre d'une révision de rente au sens de l'art.

E. 17

al. 1 LPGA, librement réexaminable, lorsque les pièces au dossier ou les allégués des parties le permettent. Dans cette affaire, le Tribunal administratif fédéral avait considéré ne pas être lié par son précédent arrêt dès lors que la force de chose jugée de celui-ci ne s'appliquait qu'à la période déterminante temporelle soumise à l'examen à l'époque et non pas à la réduction de rente ultérieure (arrêts TF 9C_163/2008 du 1er juillet 2008 consid. 3.3 et les références citées; 9C_721/2010 du 15 novembre 2010 consid. 3, lequel ne tranche pas la question de savoir si cet arrêt a valeur de précédent; cf. ég. arrêt TF I 176/04 du 20 septembre 2004 entre les mêmes parties). b) Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86; voir également arrêt TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que

la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220; voir également arrêt TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). 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 donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait 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 et les références; 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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). 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; RAMA 1996 n°U 256 p. 217 et les références). 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 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). 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). Par ailleurs, 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). Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, un rapport

médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). 5. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré au point de justifier la suppression de la rente entière qui lui était octroyé jusqu'alors. Il s'agit dès lors de comparer ici les faits qui prévalaient au moment de la décision attaquée avec ceux prévalant au moment de l'octroi initial de la rente entière par décision du 22 avril 2004. Il appert en effet que les communications des 28 juin 2005, 30 mars 2007, 11 août 2009 et 25 juin 2012 ne résultent pas d'un examen matériel du droit à la rente, l'OAI s'étant uniquement contenté de requérir les rapports des médecins traitants de l'assuré. Ces communications ne peuvent dès lors pas constituer le point de départ temporel de comparaison. a) Cela étant, il y a lieu d'examiner les motifs ayant conduit l'OAI à octroyer, dans un premier temps, une rente entière au recourant par décision du 22 avril 2004. Il se fondait alors essentiellement sur les rapports d'expertise de la Dresse D._____ et du Dr E._____. Sur le plan somatique, la Dresse D._____ retenait les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, de lombo-sciatalgies droites sur troubles dégénératifs et discopathies pluri-étagées, de cervico-brachialgies et d'un possible état dépressif réactionnel. Selon elle, ces diagnostics influencent la capacité de travail de sorte que le recourant n'est plus en mesure d'exercer une activité de force. Par contre, la capacité de travail est entière, sans perte de rendement, pour autant que l'activité limite le port de charges (maximum de 10 kg), évite les mouvements de rotation du tronc en zone basse et permet l'alternance des positions, respectivement un travail assis sur un plan horizontal (expertise du 14 octobre 2003, dossier OAI, pièce 102). Pour sa part, sur le plan psychique, le Dr E._____ diagnostique notamment un "trouble dépressif majeur, récurrent, avec caractéristiques psychotiques, en rémission partielle, gravité actuelle légère F 33.4", un "trouble psychotique non spécifié F 29", un "trouble panique avec agoraphobie F 40.01", un "trouble de conversion avec présentation mixte F 44.7", un "trouble douloureux F 45.4" et une "personnalité fruste et abandonnique". La présence d'une comorbidité entre un trouble majeur clinique (axe I) et un trouble de la personnalité (axe II), a, aux dires de l'expert, clairement valeur de handicap fonctionnel majeur par rapport à la capacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Celle-ci est dès lors considérée comme nulle à partir du 1er janvier 2002, "sans espoir de récupération à court et moyen terme". Il ressort de ce qui précède que la rente entière a été octroyée pour des motifs essentiellement psychiatriques. Par la suite et jusqu'à la procédure de révision d'office initiée en mai 2015, l'état de santé a été désigné comme stationnaire par les médecins de l'assuré, notamment la Dresse G._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et la Dresse H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Manifestement, pour ces motifs, le droit à la rente a été prolongé sans autre mesure d'instruction par communications du 28 juin 2005, 30 mars 2007, 11 août 2009 et 25 juin 2012 (dossier OAI, pièces 205, 227, 256 et 273). b) Dans la décision ici litigieuse du 14 avril 2016, l'OAI a considéré que, désormais, l'assuré était en mesure d'exercer une activité non qualifiée à temps plein et sans perte de rendement dès lors qu'il "ne souffre plus d'aucune atteinte psychique invalidante", l'aspect somatique n'ayant jamais restreint la capacité de travail dans une activité adaptée. aa) Sur le plan somatique, l'autorité intimée estime – implicitement – que l'état de santé est inchangé depuis la première décision, ce qui est confirmé par les pièces du dossier assécurologique. Elle se base sur l'avis du Dr I._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, lequel soutient que "cet assuré n'a jamais présenté et ne présente toujours pas d'atteinte

somatique susceptible de restreindre sa capacité de travail dans une activité légère" (dossier OAI, pièce 336). Interrogés en 2015, la plupart des médecins ne fait effectivement pas état d'une aggravation de l'état de santé. Ainsi, le Dr J. _____, spécialiste FMH en neurologie, déclare que les douleurs cervicales et lombaires n'ont pas d'influence sur la capacité de travail, celle-ci n'étant pas limitée (dossier OAI, pièce 288). Le Dr K. _____, spécialiste FMH en urologie, estime que l'atteinte à la santé n'a aucune incidence sur la capacité de travail (dossier OAI, pièce 295). En relation avec le problème d'apnée du sommeil, le Dr L. _____, spécialiste FMH en pneumologie et en médecine interne générale, estime que les répercussions du problème sont marginales et sans retentissement significatif sur le rendement (dossier OAI, pièce 302). Le Dr M. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, n'ayant vu le patient qu'une seule fois, n'examine pas la question de la capacité de travail (dossier OAI, pièce 309). Seule la Dresse G. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, indique une péjoration de l'état de santé en 2007 et en 2014-2015. La détérioration de 2007 fait suite à la détection d'une "petite hernie médiane et paramédiane" en L4-L5 (dossier OAI, pièces 224 et 225) mais semble d'abord dictée par les troubles psychiques. En effet la généraliste précise alors: "en premier plan: tr. Ψ [troubles psychiques] importants, avec, actuellement exacerbation du trouble somatoforme douloureux chronique" (dossier OAI, pièces 223 à 225). Pour sa part, la péjoration de 2014-2015 est, selon les dires de la généraliste, liée à une coxarthrose droite, une hernie inguinale, un impingement sous-acromial, une apnée du sommeil, une hyperplasie de la prostate et des maux de tête (cf. rapports des 11 juillet 2015 et 9 mai 2016, dossier OAI, pièces 326 et 405; cf. ég. bordereau du recours, pièce 4). Des troubles semblables étaient déjà mentionnés par le recourant entre 2000 et 2003. Par exemple, le Dr J. _____ et le Dr N. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, faisaient ainsi état d'irradiations des douleurs dans les membres inférieurs (dossier OAI, pièces 62 et 65), ce qui entre dans la définition de la coxarthrose. On a en outre vu que la valeur incapacitante de ces "nouveaux" troubles n'est

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 nullement attestée par les spécialistes interrogés par le recourant tels que les Drs J. _____, K. _____, L. _____ et M. _____. Il convient de donner d'avantage de poids à l'avis de ces derniers. Au demeurant, la Dresse G. _____ avait d'ores et déjà été contredite par la Dresse D. _____ dans son expertise du 14 octobre 2003. En effet, alors que la première estimait que son patient possédait une capacité de travail très limitée en raison de ses troubles somatiques (cf. dossier OAI, pièce 55), la seconde démontrait de manière convaincante que ces troubles n'empêchaient pas le recourant d'exercer une activité adaptée (dossier OAI, pièce 102). On peut encore relever que l'avis de la généraliste semble clairement influencé par les dires de son patient. Ainsi, à la lecture de ses rapports, il appert que le diagnostic de "petite hernie inguinale" est fondé sur les plaintes "de douleurs inguinales droites". Pour leur part, les "douleurs de l'épaule gauche" la font conclure au diagnostic d'"impingement sous-acromial", dès lors qu'elles sont compatibles avec celui-ci. Enfin, il appert que la généraliste ne distingue pas les troubles psychiques et les troubles somatiques dans son évaluation de la capacité de travail. Elle soutient ainsi que "d'un point de vue psychiatrique, l'évolution n'est pas favorable" et que "s'y ajoute des difficultés de communication et de compréhension en raison de problèmes linguistiques et certainement aussi des limitations intellectuelles". La Cour n'est ainsi pas en mesure de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte somatique de celles causées par l'atteinte psychique ou d'autres facteurs extra-médicaux. Ne sachant rendre vraisemblable l'existence d'une péjoration sensible de l'état de santé sur le

plan somatique, l'avis de la Dresse G. _____, qui est généraliste et non spécialiste, doit être écarté. Partant, la Cour retient que l'état de santé n'a pas évolué sur le plan somatique. Les limitations fonctionnelles sont dès lors inchangées et le recourant demeure capable d'exercer une activité adaptée à temps plein, sans perte de rendement. bb) Sur le plan psychique, l'autorité intimée considère que l'état de santé s'est objectivement amélioré au point qu'il n'influence plus la capacité de travail. Elle se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr F. _____ du 29 février 2016. Celui-ci diagnostique une dysthymie (F34.1) et une accentuation de traits de la personnalité émotionnellement labile (Z73.1). Tous deux sont sans influence sur la capacité de travail considérée comme entière sur le plan psychique (dossier OAI, pièce 371). L'avis de l'expert s'appuie sur l'étude du dossier asséculogique ainsi qu'un examen du recourant du 22 février 2016, d'une durée de 190 minutes. Lors de cet examen, celui-ci a pu s'exprimer sur ses troubles – notamment ses fluctuations d'humeur, sa fatigue, sa culpabilité ou ses difficultés à se concentrer – et informer l'expert de son histoire ainsi que de sa situation sociale, familiale et économique. Pour sa part, ce dernier a pu procéder à l'examen complet du recourant, notamment une anamnèse spontanée et dirigée ou des analyses médicales. Il a également pu relever la présence de contradictions chez un assuré qui se prétend agoraphobe mais se rend en transports publics à l'entretien, ou qui allègue avoir des problèmes d'orientation dans l'espace et le temps mais se rend seul et en avance à l'expertise. Par le biais de ces sources diverses, l'expert a donc eu pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical d'espèce. Il décrit de manière claire

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 les différents documents présents dans le dossier asséculogique ainsi que les dires de l'expertisé. On peut relever que l'expert motive de manière détaillée ses conclusions, en particulier s'agissant des motifs de divergence avec le Dr E. _____. Certes l'expert met en doute la légitimité de certains diagnostics émis en 2003, notamment par la présence de certaines contradictions dans le discours du recourant. Toutefois, il met surtout en évidence qu'il s'agit bien d'une amélioration de l'état de santé. Ainsi, par exemple, il estime que le diagnostic de trouble dépressif majeur n'est plus d'actualité, au vu du tableau des plaintes de l'assuré qui se sent affaibli et déprimé la plupart du temps, situation entrecoupée de périodes durant lesquelles il se sent relativement bien. Il relève également que les critères diagnostics du trouble somatoforme ne sont plus remplis aujourd'hui, de sorte que cet autre diagnostic ne peut plus être retenu au vu de la faiblesse des symptômes. Au demeurant, ces conclusions sont confirmées par d'autres éléments au dossier. La comparaison des deux expertises permet de constater l'amélioration de la situation. Ainsi, lorsque le Dr E. _____ accueille un patient endormi – qu'il doit donc réveiller – et se déplaçant lentement, le Dr F. _____ fait mention d'un homme le saluant poliment et se déplaçant de façon fluide. On peut aussi relever qu'en 2003, l'assuré était décrit comme "relativement démuni face à sa situation, bien qu'il soit suivi par un psychiatre et un médecin généraliste", alors qu'à ce jour il est en mesure de gérer seul ses affaires et celles de sa famille. Par exemple, il a pu contester seul la réduction de ses prestations complémentaires devant la Cour de céans, avec un succès partiel (arrêt TC 608 2016 103 du 20 avril 2015). Enfin, le Dr E. _____ faisait état de l'importance d'une réévaluation de la médication et du suivi psychothérapeutique, recommandations qui ont été suivies. A l'heure actuelle, le recourant n'est désormais plus suivi que ponctuellement sur le plan psychique. Avec trois rendez-vous en 2014 et deux rendez-vous entre janvier et mai 2015 (dossier OAI, pièce 282), ce suivi ponctuel laisse aussi présager d'une amélioration. L'expertise du Dr F. _____, convaincante, peut se voir reconnaître entière force

probante. Au demeurant, cette expertise n'est pas remise en cause par la psychiatre traitante, la Dresse H. _____, qui est d'avis que son patient est totalement incapable de travailler en raison d'une "personnalité borderline", de "troubles somatoformes indifférenciés" et d'un "syndrome dépressif" (rapports des 15 juillet 2015 et 21 avril 2016, dossier OAI, pièces 334 et 408; cf. ég. bordereau recours, pièce 3). En effet, la psychiatre traitante n'a pas convaincu le Dr I. _____, du SMR, qui indique que "la description clinique ne correspond pas à ces diagnostics" (rapport du 11 septembre 2015, dossier OAI, pièce 336). On peut se joindre à cette appréciation. En effet, la psychiatre mentionne un "comportement autiste, fortement interprétatif, toujours avec un état d'être surveillé et observé (paranoïde) malgré le traitement et le dosage, insomnies, passages dépressifs et parfois idées suicidaires". Or, cette description ne semble effectivement pas compatible avec les diagnostics cités, notamment celui de personnalité borderline prévue par l'ICD-10. Ainsi, on peut relever l'absence des "relations interpersonnelles intenses et instables" mentionnées dans l'ICD-10 et la psychiatre ne fait aucunement mention de vide intérieur ou de comportement autodestructeur. On peut aussi constater que l'avis de la psychiatre traitante est influencé par des facteurs psycho- sociaux qui ne sont pas du ressort de l'assureur-invalidité. On peut par exemple citer des "difficultés par rapport à la santé de son fils qui a une tumeur cérébrale [...]" (rapport du 15 juillet 2015, dossier OAI, pièce 336; cf. ég. pièces 203, 213, 242 et 265). En outre, la psychiatre apparaît se fonder sur les seuls dires de son patient, au détriment de constats objectifs. L'usage

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 des expressions telles que "le patient me rapporte" ou "d'après ses dires", plaide en faveur de cette thèse. Le fait qu'elle fait part de constats contredits par des éléments au dossier va également dans ce sens. Par exemple, la psychiatre indique que son patient ne parle avec personne, alors que, depuis 2003, il possède un cercle de connaissances qu'il rencontre régulièrement au bistrot, à O. _____ ou à P. _____ (dossier OAI, pièces 115 et 371). Quoiqu'il en soit, de jurisprudence constante, il faut tenir compte du fait que la psychiatre semble trancher en faveur de son patient. Cela semble particulièrement le cas en l'espèce, ce qu'illustre notamment l'affirmation suivante: "le fait que le patient se promène pendant des heures dans la nature, sur le pont de Q. _____, démontre bien que toutes ces promenades étaient liées à des vellétés suicidaires". Or, il ressort des pièces du dossier que le recourant souhaite se rendre à pieds de son domicile à R. _____ – notamment pour y rencontrer ses connaissances – ce qui est impossible sans passer au travers de forêts ou sur des ponts. L'usage de certaines expressions – telles que "on a accusé le patient" – de même que certains passages – tels que "j'ai l'impression que la situation du patient a été traitée à la légère" – vont également dans ce sens. Au vu de ce qui précède, on peut constater que l'état de santé du recourant s'est amélioré sur le plan psychique, au point que sa capacité de travail n'est plus restreinte. cc) Partant, la Cour retient que la capacité de travail du recourant n'est plus influencée par des troubles psychiques. Elle est par contre toujours réduite sur le plan somatique dès lors que seule une activité adaptée peut être exercée à plein temps et sans perte de rendement. Celle-ci doit limiter le port de charges (maximum de 10 kg), éviter les mouvements de rotation du tronc en zone basse et permettre l'alternance des positions, respectivement un travail assis sur un plan horizontal. Cela revient à rejoindre les propos tenus par l'autorité intimée dans la décision litigieuse. En l'absence de contestation de la comparaison des revenus – fondée, pour les deux revenus, sur la même rubrique de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2012 et qui n'apparaît pas devoir faire l'objet de critiques – il n'est pas nécessaire d'y revenir. En l'absence de toute perte de gain, le degré d'invalidité du recourant est bien

inférieur aux 40% nécessaires pour qu'il se voie reconnaître le droit à un quart de rente. C'est dès lors à juste titre que la rente entière octroyée jusqu'alors a été supprimée. dd) Les conditions relatives à une réinsertion ne sont, en l'occurrence, pas non plus remplies. En particulier l'âge du recourant (âgé de 54 ans, soit moins de 55 ans) et la durée du versement de la rente (13 ans, soit moins de 15 ans) ne permettent pas de considérer qu'une réadaptation par soi-même dans une activité non qualifiée n'est pas exigible de sa part (cf. consid. 3b ci-avant). 6. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 14 avril 2016 confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont toutefois compensés avec l'avance effectuée par ce dernier du même montant. Au vu de l'issue du recours, il n'est pas alloué de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés avec l'avance effectuée. 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 11 avril 2017/pte Président Greffier

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