

FR_GERICHTE 608 2016 150 vom 4. September 2014

FR Kantonsgericht, 2014-09-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_150

FR: FR_GERICHTE 608 2016 150 du 4 septembre 2014

IT: FR_GERICHTE 608 2016 150 del 4 settembre 2014

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 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. 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). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; 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; 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). 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. Par contre, 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 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) La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce n'est qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible – que la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Toutefois, si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre sa formation (ou son perfectionnement professionnel) ou si le marché du travail ne lui permet pas d'avoir une activité à plein temps, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et les références). C'est pourquoi si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb et les références). En ce qui concerne le revenu d'invalidé, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2; 114 V 310). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14

E. 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. Selon la jurisprudence, cet article s'applique également à la décision par laquelle l'organe de l'assurance-invalidité

accorde, comme en l'espèce, une rente limitée dans le temps à titre rétroactif (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références). 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). Si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie du droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RAI; RS 831.201; ATF 130 V 349 ss consid. 3.5). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. 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). b) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, 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. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; 119 V 475 consid. 1b/cc). 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 (ATF 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc).

E. 4

a) Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, 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. 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 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du

E. 9

avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 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 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 43/1996-1997 n°17 p. 83 consid. 2a; 39/1991 n°11 p. 99 et 100 consid. 1b; 38/1990 n°12 p. 67 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). La jurisprudence dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure" s'applique de manière générale en matière d'assurances sociales (cf. arrêts TF 9C_649/2008 du 31 août 2009 consid. 3; 8C_187/2008 du 7 octobre 2008 consid. 2.2; C 212/06 du 26 septembre 2007 consid. 2.3.2; U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.3; B 23/06 du 20 avril 2007 consid. 5.1; K 106/94 du 4 janvier 1995 consid. 2b). Ce principe veut que, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence soit accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a). b) 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). 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le juge peut accorder

pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est 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 prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une 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 quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). 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). c) L'art. 69 al. 2 RAI prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de réaliser une visite domiciliaire. Telle est la possibilité, notamment, lorsqu'il s'agit d'assurés qui s'occupent du ménage (cf. CIIAI, ch. 1058). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts TF I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2; I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1; I 155/04 du 26 juillet 2004 consid. 3.2; I 685/02 du 28 février 2003 consid. 3.2). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêt TF 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1; I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 in VSI 2004 p. 139 s.). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt TF 9C_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1). 5. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assurée, particulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si l'état de santé de la recourante s'est ou non modifié au point de devoir entraîner une diminution de sa perte de gain. a) La décision du 19 août 2003, octroyant une rente entière en raison d'un degré d'invalidité de 85%, constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la seule décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente. Pour leurs parts, les communications ultérieures se fondent uniquement sur un questionnaire pour la révision de la rente – rempli par l'assurée – et un rapport médical du

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 médecin traitant. A ce titre, ces communications ne se basent pas sur une constatation suffisante des faits pertinents, étant souligné qu'aucune nouvelle appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit n'a apparemment été réalisée. On peut rappeler que l'autorité intimée avait initialement retenu l'existence d'un degré d'invalidité de 85%, prenant en compte une incapacité totale d'exercer

une activité lucrative (80%) et d'un empêchement de 25% dans la tenue du ménage (20%). b) S'agissant de l'activité lucrative (80%) en particulier, l'OAI avait mandaté les médecins de H. _____ pour expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie). Le Dr C. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, retenait les diagnostics de "probable syndrome de fatigue chronique" et de "probable impingement syndrome de l'épaule droite". Il soutenait que, d'un point de vue strictement rhumatologique, la capacité de travail était d'au moins 50%. Toutefois, l'état de santé était alors grandement influencé par la grossesse en cours de l'assurée, empêchant de nombreux moyens d'investigation ainsi que tout traitement intensif. C'est pourquoi il considérait qu'une évaluation plus précise de l'état de santé et de la capacité de travail devait être faite après l'accouchement et le post partum (dossier OAI, p. 402). Pour sa part, Dr D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, évoquait les diagnostics de "trouble panique" (F41.0) et de "trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen" (F33.10). Le psychiatre estimait que la capacité de travail était alors nulle, les troubles entraînant, un épuisement affectif, une baisse de l'autonomie personnelle et une augmentation de la vulnérabilité psychosomatique. Il était cependant d'avis qu'un traitement psychothérapeutique et antidépresseur pouvait permettre à l'assurée de recouvrer une certaine capacité de travail. De même, il suggérait qu'à l'issue de sa grossesse, la recourante pourrait éventuellement retrouver une capacité de travail (dossier OAI, p. 416). Lors du concilium du 24 juin 2003, les deux experts proposaient une réévaluation de la situation dans un délai d'environ une année. c) S'agissant ensuite de la capacité à tenir le ménage (20%), l'OAI se référait à ses "observations", lesquelles faisaient état d'une limitation de 25%. Toutefois, l'OAI n'avait alors procédé à aucune investigation particulière et, en particulier, diligenté d'enquête domiciliaire. Le Dr D. _____ évoquait l'existence de limitations dans la tenue du ménage, celui-ci indiquant que la recourante "parv[enait] difficilement à accomplir son ménage et délég[ait] la plupart des activités impliquant un effort physique à ses proches" (dossier OAI, p. 416). La Dresse I. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, médecin traitant, soutenait une thèse semblable (dossier OAI, p. 525). S'accordant sur la présence de limitations, aucun médecin ne quantifiait pourtant dans quelle mesure la recourante n'était plus apte à s'occuper de son ménage. Il apparaît ainsi que la capacité d'accomplir les travaux ménagers de 25% retenue n'était pas confirmée par les pièces au dossier, celle-ci n'ayant jamais été quantifiée. Cela étant, il n'apparaît pas nécessaire de revenir sur cette décision entrée en force. Le Tribunal s'étonne cependant non seulement de cette appréciation, mais également du fait que, malgré le consensus des experts sur la nécessité de réévaluer la situation dans le délai d'une année, l'autorité n'a pas procédé dans ce délai à une révision comprenant un examen approfondi.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 6. Pour supprimer la rente, l'OAI se fonde désormais sur l'avis du Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et de la Dresse F. _____, spécialiste FMH en rhumatologie. Il a également procédé à une visite domiciliaire le 7 mai 2013. a) A ce stade, on peut rappeler que l'autorité intimée a séparé l'évaluation de la capacité de travail en deux phases, la première, avant la séparation de la recourante de son mari, selon la méthode mixte (50% part lucrative, 50% part ménagère) et la seconde, après la séparation, selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette manière de faire et la répartition choisie ne sont pas contestées. Cependant, la rente a été supprimée dès le 30 juin 2016, soit bien après le jugement relatif aux mesures de protection de l'union conjugale rendu le 16 juillet 2014. Il s'agit d'une période durant laquelle il doit être retenu que la recourante travaillerait à plein temps. C'est donc uniquement en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus que doit

être ici traitée la question litigieuse de la suppression du droit à la rente. b) Sur le plan psychique, dans son rapport du 5 décembre 2013, le Dr E. _____ diagnostique un "syndrome somatoforme persistant" (F45.4), sans comorbidité psychiatrique, lequel n'influence pas la capacité de travail de la recourante (dossier OAI, p. 166). Faisant application des nouveaux critères applicables aux troubles somatoformes (cf. consid. 2b ci-avant) dans le cadre d'un rapport complémentaire du 13 mai 2016, le psychiatre maintient ses conclusions et, en particulier, la présence d'une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique (dossier OAI, p. 69). aa) Les conclusions de l'expert psychiatre sont fondées sur l'examen du dossier assécurologique, par le biais duquel il a pu avoir une pleine connaissance de l'anamnèse et de la situation médicale, ainsi que deux entretiens du 13 novembre 2013 et du 25 avril 2016. Lors de ces entretiens, la recourante a été en mesure d'informer l'expert de ses difficultés, notamment sa fatigue constante et les douleurs au niveau des mains, du dos et des épaules. Pour sa part, l'expert a pu procéder à un examen complet comprenant, en particulier, un dosage plasmatique attestant d'une mauvaise compliance dans la prise des antidouleurs – chez une assurée dont les plaintes essentielles ont justement trait aux douleurs – et des antidépresseurs. Par l'indication de divers points de réflexion, l'expert procède à un diagnostic différentiel, sélectionnant le diagnostic le plus vraisemblable et le différenciant d'autres maladies qui pourraient avoir les mêmes symptômes ou des symptômes proches. On peut notamment relever que l'expert exclut que l'explorée soit atteinte d'un syndrome anxio-dépressif en reprenant les critères diagnostics de l'ICD-10 tels que l'absence d'humeur dépressive, de ralentissement psychomoteur ou de sentiment d'inutilité. De même, se référant à nouveau aux critères de l'ICD-10, il conclut à l'existence d'un trouble somatoforme, relevant que le trouble physique reconnu ne permet pas de rendre compte de la nature et de la gravité des symptômes, voire de la détresse et des préoccupations de la recourante. Enfin, la problématique de la capacité de travail a été examinée tant en application des critères dits de MEYER-BLASER, anciennement utilisés, que ceux, désormais applicables, mentionnés dans l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 2b ci-avant). S'agissant des indicateurs à examiner, le psychiatre relève par exemple que la recourante n'a pas été très régulière en ce qui concerne la prise en charge psychiatrique. Il met aussi en évidence l'absence de comorbidités. Il souligne encore le fait que la recourante présente des ressources, étant en mesure de s'occuper seule de ses enfants, de s'investir dans leur éducation et de les

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 soutenir sur le plan scolaire. Elle bénéficie en outre du soutien de sa famille proche, laquelle l'aide financièrement et matériellement. Par contre, l'expert précise qu'une réinsertion semble problématique en raison du trouble somatoforme et du fait que la recourante est convaincue que ses douleurs l'empêchent d'exercer une activité professionnelle, faisant état d'un potentiel de réinsertion intact. Ainsi, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. L'appréciation médicale est claire et les conclusions de l'expert dûment motivées. Dès lors que le rapport d'expertise est en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, il a en soi pleine valeur probante. L'autorité intimée était en droit de se baser sur cette analyse. bb) Les conclusions de l'expert-psychiatre ne sont, au demeurant, pas contredites par les pièces du dossier. On peut d'abord relever que, dans son rapport du 23 novembre 2016, le Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR, confirme la valeur probante de l'expertise du Dr E. _____ (cf. annexe aux contre-observations du 5 décembre 2016). Toutefois, si cette opinion va dans le sens de l'expert-psychiatre, il convient de tenir compte du fait que le médecin SMR est généraliste. Pour ce motif, s'agissant d'une problématique psychiatrique,

son avis médical doit être appréhendé avec une certaine prudence. Cela étant, dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire du 1er juillet 2003, les Drs C. _____ et D. _____ affirmaient que la situation pouvait évoluer favorablement, proposant la réévaluation du cas, avec de nouvelles investigations médicales, dans le délai d'une année. Les experts faisaient alors état de l'influence non négligeable de la grossesse alors en cours de l'assurée sur son état de santé, notamment psychique (cf. dossier OAI, p. 402 et 416). Les constats du Dr E. _____ en 2013 et en 2016 vont dans le sens de l'évolution de l'état de santé possible prédite en 2003. Notamment s'agissant de la "thymie dépressive", les attaques de panique ou les ruminations, la comparaison des expertises permet de constater une amélioration des symptômes. Il ne s'agit dès lors pas d'une appréciation différente d'une situation médicale inchangée. En outre, le Dr D. _____ proposait le suivi d'un traitement psychothérapeutique et antidépresseur (cf. dossier OAI, p. 416). Or, dans les différents questionnaires qui lui ont été adressés, la recourante n'indique pas être suivie par un psychiatre de manière régulière (dossier OAI, p. 174, 242, 252, 300, 315 et 325). Elle admet par ailleurs ne prendre les antidépresseurs (Tranxilium®, Cymbalta®) conseillés par sa généraliste que de manière très irrégulière (dossier OAI, p. 233), ce que confirment les dosages plasmatiques. L'absence de suivi spécialisé et de traitement médicamenteux ne plaide pas en faveur de la présence d'une atteinte invalidante durant cette période. Certes, sur le plan psychique, la Dresse I. _____ a une opinion différente. Depuis 2000, elle diagnostique un "état anxio-dépressif réactionnel" et une "fibromyalgie" (cf. dossier OAI, p. 455, 458, 460 et 522) qui n'évoluent pas jusqu'en 2006 (dossier OAI, p. 324). Depuis lors, elle estime que les symptômes s'aggravent progressivement – la recourante souffrant progressivement d'un grand nombre d'atteintes associées à la fibromyalgie – ce qui a une influence sur la capacité de travail, laquelle demeure nulle (dossier OAI, p. 152, 169, 244, 287, 309; cf. ég. rapports annexés aux contre-observations). Cependant, il ne faut pas perdre de vue le fait, relevant de l'expérience, que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (cf. ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 références), étant surtout relevé que la Dresse I. _____ est une médecin-généraliste et non spécialiste en psychiatrie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Par conséquent, cet avis ne permet pas de mettre en doute l'expertise détaillée d'un spécialiste en psychiatrie. Pour sa part, le certificat médical du 29 août 2016 de la Dresse K. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, est postérieur à la décision litigieuse du 27 mai 2016. Pour ce motif, il n'a pas à être pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée. Au demeurant, il apparaît être que très sommairement motivé, l'incapacité de travail attestée n'étant notamment appuyée par aucun diagnostic au sens de l'ICD-10 ou du DSM. cc) Au vu de l'ensemble qui précède, la Cour de céans retient que les troubles psychiques dont souffre la recourante n'influencent plus sa capacité de travail, celle-ci étant entière dans toute activité. c) Sur le plan somatique, dans son rapport du 5 avril 2016, la Dresse F. _____ diagnostique des "cervico-dorsolombalgies sur troubles statiques et dégénératifs", lesquels influencent la capacité de travail, ainsi qu'un "syndrome douloureux musculosquelettique", sans influence sur la capacité de travail. D'avis d'experte, la recourante n'est pas en mesure de réaliser son ancienne activité d'esthéticienne, mais demeure apte à exercer une activité sédentaire, sans stations debout prolongées et mouvements itératifs contraignants pour le rachis dorso-lombaire, à plein temps et sans perte de rendement (dossier OAI, p. 52). aa) La rhumatologue a basé ses conclusions sur le dossier assécurologique mis à sa disposition –

lequel comprenait en outre les résultats des différents examens de l'assurée – et sur les constats tirés de son entretien avec la recourante du 17 mars 2016. Par ces différents biais, l'experte a ainsi pu procéder à des examens et a eu une connaissance exhaustive du dossier médical – y compris s'agissant des diagnostics plus récents de spondylarthropathie. Lors de l'entretien, la recourante a pu s'exprimer sur ses troubles et ses douleurs, en précisant notamment l'évolution (soit l'aggravation progressive) et la localisation (presque partout) de ces derniers. L'expertise se fonde dès lors sur des examens complets, en pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical. L'experte prend en considération les plaintes de l'assurée dans son évaluation de l'état de santé. Les conclusions de l'experte sont basées par la confrontation entre les diagnostics retenus par ses confrères – notamment par la Dresse L._____, spécialiste FMH en médecin interne générale et en rhumatologie. L'experte soutient que si une spondylarthropathie peut bien être présente, celle-ci doit être minime en l'absence de stigmate radiologique et de prise régulière d'anti-inflammatoire par l'assurée, ceux-ci étant souvent oubliés. Elle exclut également le diagnostic de fibromyalgie dès lors que seulement 6 points topiques sur 18 sont remplis (minimum de 11). Par contre, elle confirme l'existence de troubles dégénératifs au niveau des cervicales et des lombaires ainsi qu'un syndrome douloureux. Ainsi, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. L'appréciation médicale est claire et les conclusions de l'expert dûment motivées. C'est à juste titre que l'autorité intimée s'est fondée sur ce document. bb) Reste à examiner les autres pièces présentes au dossier. On peut de nouveau rappeler que dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire du 1er juillet 2003, les Drs C._____ et D._____ évoquaient la possibilité d'une évolution favorable de la situation,

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 suggérant que de nouvelles investigations médicales soient réalisées dans le délai d'une année. En particulier, l'expert-rhumatologue relevait expressément qu'il fallait "maintenir une certaine réserve puisque, du fait de la grossesse, [il s'était] abstenu de faire d'autres investigations récentes et en particulier des examens radiologiques". Il précisait également qu'étant "donné la grossesse en cours, la mise en route de mesures thérapeutiques sembl[aient] difficiles" et refusait de se "prononcer sur l'impact que la nouvelle maternité [aurait] dans l'état de santé de [la recourante]" (cf. dossier OAI, p. 402 et 416). Ces réserves expliquent l'adoption de l'adjectif "probable" retenu par l'expert à l'époque, réserves qui n'ont plus lieu d'être aujourd'hui. On doit également relever que, dans son rapport du 23 novembre 2016, le Dr J._____, admet que l'expertise de la Dresse F._____ met en évidence une évolution défavorable au cours du temps. Toutefois, cette évolution n'a pas d'influence sur la capacité de travail, laquelle demeure entière dans une activité adaptée (cf. annexe aux contre-observations du 5 décembre 2016). Le médecin SMR confirme dès lors les conclusions de l'expert-rhumatologue. Cela étant, sur le plan diagnostic, la Dresse I._____ faisait, en 2002 déjà, l'indication que "6 points de fibromyalgie" étaient positifs, mais retenait le diagnostic compte tenu de "l'ensemble du tableau et sa durée" (dossier OAI, p. 525). Elle s'écartait alors des critères en vigueur, lesquels imposait la présence d'une douleur diffuse depuis au moins trois mois ainsi qu'au moins 11 de 18 points douloureux sous une pression digitale. Quand bien même ce diagnostic ne répondait pas aux règles de l'art alors en vigueur – l'expert-rhumatologue n'ayant au demeurant pas retenu ce diagnostic à l'époque –, la généraliste persiste jusqu'à ce jour à affirmer que sa patiente souffre d'un tel trouble. Compte tenu de ces éléments ainsi de ce qui a été relevé ci-avant (cf. consid. 6b/bb), l'avis du médecin traitant n'apparaît pas probant. Pour sa part, dans ses rapports adressés à l'OAI, la Dresse L._____ diagnostique un probable "rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie

indifférenciée" lequel, associé à l'état dépressif, rend sa patiente totalement inapte au travail (dossier OAI, p. 92 et 178; cf. é.g. rapports annexés aux contre-observations). Cependant, outre le fait qu'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, il appert que les conclusions de la rhumatologue sont influencées par des facteurs psycho-sociaux qui ne sont pas du ressort de l'assureur-invalidité. On peut par exemple citer le "contexte d'une lourde problématique familiale" ainsi qu'un "conflit familial suite auquel elle se retrouve seule avec ses enfants son mari l'ayant quittée". On ne saurait la suivre. Ainsi, l'avis de l'expert-rhumatologue n'est pas remis en cause par les autres pièces du dossier. cc) Sur le plan somatique, la Cour de céans retient que la capacité de travail de la recourante est entière, sans perte de rendement, dans une activité sédentaire, sans stations debout prolongées et mouvements itératifs contraignants pour le rachis dorso-lombaire. d) Compte tenu de l'ensemble qui précède, c'est à juste titre que l'autorité a considéré que l'état de santé de la recourante s'était amélioré – faisant application des dispositions relatives à la révision (art. 17 LPGA) – et qu'elle possédait désormais une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Dans la décision du 27 mai 2016, l'OAI a retenu un revenu de valide de CHF 57'662.40 et un revenu d'invalidé de CHF 54'008.15. Ces montants ne sont pas contestés. Ils n'apparaissent au demeurant pas devoir faire l'objet de critiques, de sorte qu'ils peuvent être suivis.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 De la comparaison des revenus, il découle un degré d'invalidité de 6%, lequel n'est manifestement plus suffisant pour justifier l'octroi d'une rente. C'est dès lors à juste titre que la rente entière octroyée jusqu'alors a été supprimée. Pour ces motifs, le recours contre la décision du 27 mai 2016 doit être rejeté et la suppression de la rente entière au 30 juin 2016 confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Il n'est pas octroyé de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; 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 4 septembre 2014/pte Président Greffier

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