

# FR\_GERICHTE 608 2016 157 vom 2. November 2017

FR Kantonsgericht, 2017-11-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2016\\_157](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_157)

FR: FR\_GERICHTE 608 2016 157 du 2 novembre 2017

IT: FR\_GERICHTE 608 2016 157 del 2 novembre 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 7

octobre 2004, de l'Office AI du Canton de Fribourg (ci-après: l'OAI), d'un quart de rente d'invalidité dès le 1er août 2000, d'une demi-rente dès le 1er novembre 2000, puis d'une rente entière d'invalidité à partir du 1er janvier 2003, en raison de séquelles invalidantes d'un accident de la circulation survenu le 25 octobre 1997. Elle bénéficie également d'une rente de la CNA fondé sur un degré d'invalidité de 75%. En application de la révision 6a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), du 18 mars 2011 (6ème révision de l'AI, 1er volet, entrée en vigueur, le 1er janvier 2012), l'OAI a procédé à la suppression de la rente, par décision du 6 juin 2016. En effet, conformément aux dispositions transitoires de la révision 6a de la LAI, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique devaient être réexaminées dans un délai de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification légale (dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI). Si les conditions visées à l'art. 7 de la loi sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17, al. 1, LPGA ne sont pas réunies. Dès lors, l'OAI a procédé à une révision du cas, de laquelle il est ressorti que la recourante ne présentait plus aucune atteinte à la santé invalidante justifiant du maintien de la rente, même partielle. En contrepartie, l'OAI a proposé à la recourante des mesures de nouvelle réadaptation (MNR). Celle-ci, après plusieurs tentatives de rencontres, a décliné la proposition. B. Contre la décision de suppression de la rente d'invalidité, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Pierre Seidler, avocat, interjette recours, en date du 8 juillet 2016, en invoquant le fait que les atteintes à la santé dont elle est affligée lui causant une incapacité totale de travail sont justifiées sur la base de plusieurs examens médicaux, aussi bien au plan somatique que psychique. Elle estime que les conclusions de l'OAI selon lesquelles ses diagnostics ne feraient pas partie des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, sont totalement erronées. A l'appui de ses conclusions, elle rappelle que ces mêmes syndromes ont donné lieu à la fois à une prestation de l'assureur-accident (CNA) et de l'assureur en responsabilité civile du tiers responsable. Elle critique enfin la décision de l'OAI, laquelle se base, selon ses dires, sur un rapport médical succinct, négligeant de prendre en discussion le bien-fondé de l'intégralité des rapports médicaux précédents, lacunaire au point de ne pas s'appuyer sur un examen rhumatologique et orthopédique; en bref qui ne répond pas aux requis de la jurisprudence en matière d'expertises médicales. Par requête datée du même jour, la recourante a sollicité la restitution de l'effet suspensif de son recours, effet levé par

l'OAI dans sa décision querellée. Par décision du 18 août 2016, la IIe Cour des assurances sociales a rejeté cette demande. Le 12 août 2016, la recourante s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-. Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI a rappelé, en date du 21 septembre 2016, que sa décision de suppression de la rente découle des nouvelles règles issues de la révision 6a de la LAI.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 En l'occurrence, la recourante souffrait d'un syndrome algo-dysfonctionnel cervico-dorsal chronique, lié à une entorse cervicale traumatique, avec céphalées, cervicalgies et entorse à la colonne cervicale. Aucune anomalie neurologique n'a été retenue. L'OAI a considéré, à la lecture des divers rapports médicaux, que la recourante a présenté un « coup du lapin » de degré 2 avec pour conséquence des cervicalgies chroniques. L'OAI a conclu que la grande majorité des rapports médicaux a exclu toute lésion organique crano-cervicale, tout symptôme post- commotionnel et toute comorbidité psychique; seul un médecin, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à C. \_\_\_\_\_, a retenu la neurasthénie et le trouble de l'adaptation, diagnostics considérés comme « quelque peu fantaisistes » par l'OAI. Sur la base d'une expertise pluridisciplinaire mise en place par ledit office et effectuée auprès de D. \_\_\_\_\_ le 27 février 2015, il a été constaté que les atteintes dont souffre la recourante sont bien du type de celles visées par les dispositions précitées de la 6ème révision a de la LAI (soit une neurasthénie, des migraines, des cervico-brachialgies, une obésité de stade I, des lombalgies communes), lesquels n'ont aucune répercussion sur la capacité de travail, ce qui a motivé la suppression de la rente. Par ailleurs, au plan psychique, l'examen n'a pas permis de constater un signe de la lignée dépressive, ni anxieuse, ni psychotique et les experts orientent leur diagnostic vers une neurasthénie s'apparentant à un trouble somatoforme. Par conséquent, la capacité de travail peut être considérée comme entière. Appelée en cause, E. \_\_\_\_\_, assureur LPP de la recourante, a, par lettre du 8 août 2017, renoncé à émettre une détermination sur la problématique. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, 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 et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touché par la décision attaquée et l'avance de frais ayant été versé dans le délai imparti, le recours est recevable. 2. a) La loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), a fait l'objet de six révisions depuis son entrée en vigueur. Celles-ci se sont succédé de manière soutenue depuis 2004 en raison de la situation financière déficitaire de cette assurance. Si la 5ème révision (entrée en vigueur le 1er janvier 2008) a eu pour objectif prioritaire de favoriser la réinsertion et la détection précoce, afin de devoir éviter de verser des rentes, la 6ème révision a pour but de diminuer les rentes existantes et de réinsérer les rentiers dans le circuit du travail. Elle est entrée en vigueur en deux phases. La révision 6a, le 1er janvier 2012, a institué un premier train de mesures de réinsertion des rentiers: la mise en place de mesures de nouvelle réadaptation pour les rentiers et le réexamen des rentes accordées en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Aux termes de l'art. 8a LAI, l'OAI examinera si la capacité de gain du rentier peut, selon toute vraisemblance, être améliorée. A cet effet, il est institué des mesures de nouvelle réinsertion –

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 MNR – parmi lesquelles des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, des mesures d'ordre professionnel, la remise de

moyens auxiliaires, des conseils et le suivi des bénéficiaires et de leur employeur. L'examen de la situation du bénéficiaire de rente sera fait d'office, même si son état de santé ne s'est pas amélioré de façon significative. Ces mesures peuvent être accordées plusieurs fois et excéder la durée d'une année. Pendant que l'assuré bénéficie des MNR, il continue à percevoir sa rente d'invalidité (art. 22 al. 5bis LAI). A la fin des MNR, le taux d'invalidité est revu et la rente révisée conformément à l'art. 17 LPGA. Elle pourra, cas échéant, être supprimée. Dans ce cas, l'assuré pourra continuer à bénéficier de conseils et d'un suivi de la part de l'OAI pendant une durée maximale de 3 ans dès la décision de suppression de la rente. Si, au cours de ces trois ans, l'assuré est à nouveau en incapacité de travail, l'assuré peut bénéficier d'une prestation transitoire au sens et aux conditions des art. 32 à 34 LAI. Celle-ci consiste en la réactivation de la rente et l'OAI procède à un réexamen du taux d'invalidité. b) Selon la lettre a) des Dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6e révision de l'AI, premier volet – ci-après: Disp. Fin 6a LAI), les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification. Elles pourront être réduites ou supprimées au terme de l'examen. Cette disposition concerne les assurés ayant bénéficié de rentes sous le régime de l'ancienne loi en cas de fibromyalgie (troubles somatoformes douloureux), de distorsions de la colonne vertébrale « coup du lapin », de syndrome de fatigue chronique, de neurasthénie, de troubles dissociés de la sensibilité et de la réceptivité, d'hypersomnie non organique, de troubles dissociés de la motricité, ou de trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique (cf. Circulaire de l'OFAS sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 – CDF, valable dès le 1er janvier 2012, état au 1er avril 2014). Dans le cadre du réexamen de la rente, l'OAI a dû procéder à des examens médicaux répondant aux questions déterminantes afin de connaître la situation de l'assuré à la date de révision. Il faut entre autres déterminer si l'état de santé s'est détérioré depuis l'octroi de la rente et si, indépendamment des troubles non objectivables, un diagnostic ne peut pas être posé clairement à l'aide d'examens psychiatriques cliniques (ATF 139 V 547, consid. 10.2) – (CDF précitée). Si la conclusion du réexamen est qu'il n'y a pas incapacité de travail au sens de l'art. 7, al. 2, LPGA, la rente est réduite ou supprimée au moyen d'un préavis et d'une décision, même si les circonstances dont dépendait l'octroi de la rente n'ont pas changé au sens de l'art. 17 LPGA. Un recours contre cette décision n'a pas d'effet suspensif, en application de l'art. 97 LAVS, en relation avec l'art. 66 LAI (CDF précitée). A cet égard, le Tribunal fédéral a validé la transposition aux procédures fondées sur les Disp. Fin 6a LAI sa jurisprudence relative à l'effet suspensif en application de l'art. 17 LPGA en matière de réduction ou de suspension de la rente (ATF 129 V 370; 9C\_519/2013). 3. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances-sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi 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. a) 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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 (arrêt TF I 946/05 du 11.05.2007 non publié in SVR 2007

IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les références citées). b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle 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 (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin (éventuellement aussi d'autres spécialistes) 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 114 V 310, 105 V 156, 115 V 134 consid. 2, 125 V 261 consid. 4). 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 no U 256, p. 217 et les références). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (arrêt

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 TF I 19/02 du 26.07.2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29.01.2008), 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. d) Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et

que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé. Ainsi le juge ne s'écartera pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 ss consid. 3b). e) A part la possibilité de révision sans changement de l'état de santé dans le cadre de la 6ème révision de l'AI, 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. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). Dans le cadre d'une nouvelle demande comme lors d'une procédure de révision, le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité est la dernière décision entrée en force 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 et 130 V 71 consid. 3). f) Enfin, selon la jurisprudence (arrêt 9C\_800/2014 du 31 janvier 2015), 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 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 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 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 9C\_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). La jurisprudence considère qu'il existe des situations exceptionnelles 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 (arrêt 2062/2013 du 16 juin 2014). 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 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220; voir également arrêt 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). 4. Est en l'espèce litigieux le droit à la rente de la recourante. Cette dernière conteste le bien-fondé et l'impartialité du rapport d'expertise psychiatrique effectué par D. \_\_\_\_\_ qui, selon elle, contient plusieurs faits de nature à le remettre sérieusement en doute. a) A cet égard, au moment de la révision du droit à la rente, l'OAI disposait d'une multitude de rapports effectués depuis l'accident de 1997, notamment par la CNA, et suite aux révisions successives du droit à la rente de l'assurance-accidents. Afin de pouvoir se prononcer sur la situation médicale de l'assurée, au regard des nouvelles dispositions légales, l'OAI s'est référé aux rapports des médecins-traitants de la recourante. Au plan psychique, deux rapports d'expertise et de contre-expertise étaient disponibles, l'une effectuée à la demande des assureurs fédéraux auprès de F. \_\_\_\_\_ le 8 avril 2004 et l'autre datée du 23 novembre 2004, réalisée par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à H. \_\_\_\_\_, à la demande de l'assurée elle-même. Ces deux rapports parviennent à des conclusions opposées. A cela s'ajoute un rapport émanant du Dr B. \_\_\_\_\_, du 14 janvier 2009, complété par un nouveau rapport succinct du 5 juillet 2013. Dans ces deux rapports, ce médecin appuie les constatations de l'expertise G. \_\_\_\_\_ et évoque un état stationnaire. Au plan somatique, les derniers rapports médicaux ont été rendus par le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin-chef du service de rhumatologie de J. \_\_\_\_\_ en date des 13 juin 2005 et 4 août 2008, et, plus récemment, par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, en date du 19 juillet 2013. Dans ce dernier rapport, ce médecin relève que des lésions ligamentaires et un traumatisme cervical ont été mis en évidence lors des examens médicaux effectués après l'accident, même s'il déplore l'absence d'investigation radiologique ou magnétique de la colonne cervicale et indique, au plan purement rhumatismal, une « capacité de travail résiduel, à environ 50% dans une activité adaptée ». Mais il estime que ce pourcentage pourrait être revu sur la base d'une analyse psychiatrique et neuropsychologique. Finalement, l'OAI a, en outre, commandé une expertise pluridisciplinaire à D. \_\_\_\_\_, effectuée le 27 février 2015.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 b) L'expertise de F. \_\_\_\_\_ retenait un diagnostic invalidant de neurasthénie (F 48.0), un diagnostic non invalidant de status post distorsion cervicale et une capacité de travail de 10%. A ce propos, dans sa détermination du 3 février 2014, le Service Médical Régional Berne Fribourg Soleure (ci-après: SMR) s'étonne de ces conclusions: « Sur cette base et de manière totalement incompréhensible, les experts valident une capacité de travail de « 10 % comme certifiée par le Dr I. \_\_\_\_\_ », qui lui est rhumatologue ! ». La contre-expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de « séquelles d'une entorse à la colonne cervicale « whiplash associated disorder » et trouble de l'adaptation (F43.2) » et a estimé la capacité de travail à 25% comme secrétaire. L'analyse faite par le SMR de ces deux rapports est critique, d'une part parce que les séquelles d'une

entorse à la colonne cervicale ne sont pas un diagnostic psychiatrique et donc de la compétence d'un expert psychiatre et d'autre part en raison du fait que le trouble de l'adaptation ne justifie pas d'une incapacité de travail de longue durée, car reposant sur des symptômes de faible gravité (rapport du 3 février 2014). Selon le SMR, le diagnostic à retenir est celui de neurasthénie et trouble de l'adaptation, lesquels ne justifient pas une incapacité de travail durable. C'est donc à bon escient que le SMR a préconisé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, de médecine interne, neurologique, psychiatrique et neuropsychologique. c) Les dispositions transitoires de la révision 6a de l'AI ainsi que la jurisprudence y relative, ci-dessus citée, sont très restrictives. Depuis 2004, les personnes souffrant de douleurs chroniques n'ont que très peu de chances d'obtenir une rente, même si elles avaient par exemple été victimes d'un grave coup du lapin ou subissaient de lourds rhumatismes, car il y a présomption que les affections psychosomatiques peuvent être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible. L'assouplissement de la jurisprudence (arrêt 9C\_492/2014) n'a pas fondamentalement modifié cette pratique. Il s'ensuit que, pour qu'une personne, bénéficiaire d'une rente AI allouée avant les modifications de la loi, puisse conserver celle-ci, elle doit présenter une aggravation de sa situation, au plan physique ou psychique, qui ne soit pas en lien avec les anciens diagnostics ou souffrir d'un trouble somatoforme qui remplit les exigences de la jurisprudence pour lui accorder une valeur invalidante. Si tel n'est pas le cas, la rente doit être supprimée. L'OAI doit alors mettre en place des mesures de nouvelle réadaptation (MNR) afin de permettre à l'assuré de pouvoir réintégrer le monde du travail. En l'espèce, il apparaît que la CNA n'a pas jugé utile de modifier le degré de la rente d'invalidité qu'elle accorde au titre de l'assurance-accidents. A la suite de l'accident, tant la CNA que l'OAI ont octroyé des prestations à la recourante. Un degré d'invalidité de 75% avait été retenu alors, soit une capacité de travail résiduelle de 25%. A ce sujet, les deux assureurs sociaux ont disposé des mêmes rapports et expertises médicaux à l'appui de leurs décisions. Dès l'entrée en vigueur des dispositions légales en question, l'OAI a supprimé la rente en s'appuyant sur une expertise pluridisciplinaire. La CNA n'a, en revanche, pas révisé la sienne. Or, il peut paraître paradoxal que deux assureurs sociaux parviennent à des conclusions diamétralement opposées pour le même cas d'assurance. En principe, les dispositions légales modifiées devraient aussi s'appliquer à l'assurance-accidents. En effet, le message sur la révision 6a, stipule que: « Le concept d'invalidité en lien avec la perte de gain étant en général le même dans l'AI et dans l'AA obligatoire, il n'y a normalement pas de différence de taux. Les mesures de la révision 6a auront donc sur les rentes d'invalidité de l'AA obligatoire l'effet suivant: – Il est rare que l'AA obligatoire serve une rente d'invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux, de fibromyalgie ou de pathologie similaire. Le cas échéant, la rente d'invalidité de l'AA peut être réduite ou supprimée dès que l'office AI réduit ou supprime la rente AI. » (Message du

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 24 février 2010 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (6ème révision, premier volet), FF 2010 1753). En clair, la CNA pourrait sans autre revoir le degré d'invalidité. Or, elle ne l'a manifestement pas fait. A noter toutefois que l'expertise D. \_\_\_\_\_ est postérieure à sa dernière révision (décision du 27 janvier 2014). A première vue, l'on pourrait certes s'interroger sur les raisons pour lesquelles la CNA n'a pas jugé utile de revoir le taux de la rente de l'assurance-accidents. En effet, si l'on admet le principe que la CNA ne verse pas de rentes en cas de troubles somatoformes douloureux ou apparentés, comme le mentionne le message ci-dessus, voire ne les verse qu'exceptionnellement, il y aurait lieu d'admettre

qu'elle a considéré, rapports médicaux à l'appui, que l'assurée souffrait d'atteintes invalidantes autres que celles retenues par l'OAI dans sa décision contestée. On est fondé, dès lors, de se poser la question de savoir si c'est à bon droit que l'OAI s'est basée sur la dernière expertise contestée ou si, au contraire, il aurait dû se fier aux rapports médicaux faisant tous état d'une stabilisation de la situation de santé par rapport à celui qui a justifié l'octroi d'une rente. Cela étant, sachant que rien n'oblige formellement la CNA à revoir une rente, quand bien même celle-ci ne repose plus sur les mêmes requis qu'au moment de la naissance du droit, que, de surcroît, cette question ne fait pas l'objet de la présente procédure, la Cour peut se limiter à analyser la décision du point de vue de l'OAI, se fondant sur l'expertise en question. d) L'expertise pluridisciplinaire de D. \_\_\_\_\_ contient 26 pages (sans les correspondances annexées). A première vue, cela peut sembler succinct pour un rapport établi par quatre médecins (à titre de comparaison, l'expertise psychiatrique du Dr G. \_\_\_\_\_ s'étendait sur 35 pages). Il y a donc lieu de déterminer si celle-ci remplit les requis de la jurisprudence, à savoir si les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, si 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 sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Les médecins experts ont tous examiné l'assurée séparément dans le cadre de leurs spécialités respectives. Un médecin indépendant ne participant pas à l'expertise a analysé et résumé le dossier et a relu le rapport final, réalisé conjointement par les quatre experts. La situation médicale, mais aussi sociale de l'assurée ont été minutieusement analysées et ses plaintes prises en considération. Un examen attentif des diagnostics médicaux disponibles a été réalisé et apprécié. Au plan neurologique, le rapport diagnostique des « cervico-brachialgies droites simples dont les exacerbations peuvent s'accompagner de céphalées tensionnelles, elles surviennent environ une fois par semaine. En conclusion, l'ensemble du tableau est peu sévère et ne justifie pas une incapacité de travail durable ». Au plan neuropsychologique, l'expertise observe qu'en l'absence de lésions cérébrales avérées, les difficultés et erreurs d'attention sont le fait de la rapidité avec laquelle l'assurée traite les questions, au mépris de la qualité de ses réponses, rapidité excessive qui lui cause de la fatigue et en déduit que « Les difficultés cognitives mises en évidence dans le présent examen sont sans relation de causalité avec l'accident de 1997. Ces difficultés cognitives ne constituent pas un motif d'incapacité de travail dans la profession de secrétaire médicale ou d'esthéticienne ». En d'autres termes, selon l'expertise, il s'agit de « composantes psychologiques et comportementales et non neuropsychologiques au sens strict ». Sur le plan psychique, les experts ont décelé que « L'appréciation de [la] personnalité [de la recourante] ne relève aucun trait de personnalité pathologique ni dans son anamnèse ni à l'examen clinique. L'examen

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 psychiatrique est dans les limites de la norme. Il n'est constaté aucun signe de la lignée dépressive, ni anxieuse, ni psychotique. Elle n'est pas ralentie. Les conclusions de l'examen neuropsychologique sont rassurantes (...) ». Le rapport conclut en ces termes: « En conclusion, face à une symptomatologie légère et persistante depuis l'accident de 1997, de fatigue, plaintes concernant la concentration et la mémoire non objectivables, tensions au niveau de la nuque et des épaules, sensation de malaises oriente effectivement, comme l'avait déjà évoqué le Dr L. \_\_\_\_\_ en 2004, vers un diagnostic de neurasthénie (F 48.0) [sic]. Ce diagnostic peut être rapproché d'un trouble somatoforme. Dans le cas présent, le trouble somatoforme n'est pas associé à une autre

pathologie psychiatrique sévère, il n'y a pas de processus maladie s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec des traitements ambulatoires. Par contre, l'expertisée paraît fixée dans un rôle de personne fragilisée par l'accident de 1997. Le diagnostic de trouble de l'adaptation ne peut plus être retenu en raison de la longue durée de la symptomatologie. Du point de vue psychiatrique, il n'est objectivé aucune limitation fonctionnelle, la capacité de travail peut être considérée comme étant complète dans toute activité sans diminution de rendement ». A cet égard, force est de constater que le rapport d'expertise présente toutes les garanties exigées par la jurisprudence, s'agissant des aspects neurologique et psychiatrique. Au surplus, le SMR confirme la cohérence de l'expertise dans sa prise de position du 4 mars 2015. e) En l'espèce, la Cour se trouve face à des rapports médicaux contradictoires. S'il paraît admis que les atteintes à la santé de la recourante dérivent bien d'un « coup du lapin » lors de l'accident de 1997, les médecins divergent quant aux conséquences de ce dernier. A cet égard, l'expertise de D. \_\_\_\_\_ est très explicite quant aux effets psychiatriques du coup du lapin, considérés, en 2015, comme nuls sur la capacité de travail. Sachant que le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ date de 2004 déjà, et, de ce fait, n'est plus vraiment à jour, tout laisse à penser que l'expertise D. \_\_\_\_\_ apporte un éclairage plus conforme à la réalité actuelle. Par ailleurs, les rapports successifs du Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre-traitant de la recourante, ont été établis de manière extrêmement succincte, se contentant de préciser que l'état est « stationnaire », sans autre précision ni développement. Il est donc difficile de tirer des conclusions vraiment significatives sur cette base. Et ce, à plus forte raison que la patiente ne verrait son psychiatre qu'une fois tous les deux à trois mois, voire deux fois par an (en 2014), selon ses dires (expertise D. \_\_\_\_\_, page 14) et qu'elle ne prend aucun psychotrope (expertise D. \_\_\_\_\_ page 21), ce qui tendrait à démontrer que son état psychique est relativement bon. Sous cet angle, la Cour peut admettre, avec un degré de vraisemblance prépondérante, que le rapport de D. \_\_\_\_\_ correspond en tous points à la réalité et que, du point de vue psychiatrique, la recourante ne présente plus aucune incapacité de travail invalidante. Il sied encore de rappeler que l'assuré doit tout mettre en œuvre afin de réduire son dommage et que l'on est en droit d'exiger de lui un effort raisonnable à cette fin. En l'occurrence, l'OAI a proposé à la recourante des MNR, lesquelles pourraient porter sur une mesure de réinsertion au travail, mais que cette dernière les a refusées, démontrant par là un manque de volonté de diminuer son dommage.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Mal fondé, le recours doit être rejeté s'agissant de la contestation du bien-fondé de l'expertise pluridisciplinaire. f) Indépendamment de cette conclusion, dans le cas d'espèce, on se trouve manifestement dans un cas d'application de la jurisprudence selon laquelle l'assurée, au bénéfice d'une rente depuis plus de 15 ans, pourrait ne plus être en mesure de recouvrer sa capacité de travail. En effet, l'assurée bénéficie d'une rente depuis le mois d'août 2000, partielle pendant trois ans et entière depuis janvier 2003, soit au total, au moment de la décision de révision, pendant près de 16 ans. Dès lors, conformément à dite jurisprudence, avant de prononcer sa suppression, l'OAI aurait dû s'assurer que la recourante avait objectivement une capacité résiduelle de travail. A cet effet, dans le cadre de la révision 6a LAI, le législateur a précisément prévu des MNR pour les situations de ce genre, pendant deux ans au maximum. Or, l'OAI a vainement tenté la mise en œuvre de telles mesures devant permettre de s'assurer que la recourante avait une capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Ces mesures n'ont pu être mises en vigueur en raison du refus de collaboration de la recourante, malgré plusieurs tentatives. Dès lors, on doit considérer que

la recourante n'a pas mis tout en œuvre pour tenter de réduire son dommage et, partant, ne saurait se prévaloir de cette jurisprudence. g) Cela dit, en l'état, le dossier n'a pas été totalement instruit, à satisfaction de droit. En effet, le rapport d'expertise n'a pas fait mention des atteintes rhumatologiques que présente la recourante, alors même que celles-ci paraissent importantes puisque le Dr K.\_\_\_\_\_ fixe le degré de capacité de travail à 50% dans une activité adaptée en raison des troubles de cette nature. Sous cet angle, l'expertise est muette, sauf à admettre que la recourante est en excellente santé, selon les conclusions du médecin interniste. Il est vrai que le mandat donné à D.\_\_\_\_\_ ne portait pas sur l'aspect rhumatologique, mais dans la mesure où, ainsi qu'on l'a vu, il pourrait jouer un rôle non négligeable, quand bien même l'expertise D.\_\_\_\_\_ et le SMR considèrent qu'il n'y a pas eu de « lésions organiques crânio-cervicales », l'OAI aurait dû l'approfondir. Il ressort du dossier que les différents médecins rhumatologues ou les spécialistes des diverses cliniques dans lesquelles la recourante a effectué de la réadaptation considèrent que des lésions existent à ce niveau. Partant, sous cet angle, il y a lieu de considérer que le dossier est lacunaire. L'affaire doit donc être retournée à l'OAI, à charge de cet office de déterminer si les lésions rhumatologiques dont est atteinte la recourante sont de nature à lui causer une incapacité de travail susceptible de justifier l'octroi du maintien de la rente, entière ou partielle, ou si au contraire celle-ci ne se justifie plus et doit être supprimée en conséquence. Sur ce point, le recours doit être admis. 5. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que le dossier est retourné à l'OAI, charge pour lui d'établir si les lésions rhumatologiques constatées par les divers spécialistes seraient de nature à justifier ou non le maintien d'une rente de l'AI, totale ou partielle. Il est rejeté pour le surplus. b) Les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante lui est restituée. c) Vu l'admission du recours, le mandataire de la recourante a droit aux dépens qu'il demande (art. 61 let. g LPGA). Il est alloué une indemnité à Me Pierre Seidler, mandataire de la recourante, sur la base de sa liste de frais produite le 28 août 2017, de 23.8 heures indemnisés à raison de 250 francs/heure, soit un montant de CHF 5'950.-, plus CHF 136.30 de débours, plus

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 CHF 486.90 au titre de la TVA à 8 %, pour une somme totale de CHF 6'753.20, intégralement mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité qui succombe. la Cour arrête: I. Le recours est admis et la décision litigieuse annulée. II. Partant, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg qui succombe. L'avance de frais, par CHF 800.- est restituée à la recourante. IV. Il est alloué une indemnité à Me Pierre Seidler de CHF 5'950.-, plus CHF 136.30 de débours, plus CHF 486.90 au titre de la TVA à 8 %, pour une somme totale de CHF 6'753.20. Cette somme est mise à charge de l'autorité intimée. V. 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 2 novembre 2017/esc Président

Greffière-stagiaire

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