

FR_GERICHTE 608 2016 160 vom 1. Juni 2017

FR Kantonsgericht, 2017-06-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_160

FR: FR_GERICHTE 608 2016 160 du 1 juin 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 160 del 1 giugno 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 6

LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 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 (art. 28 al. 2 LAI). c) 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 citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). d) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références citées; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF

130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2). 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 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 et 9C_910/2010 du juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). e) L'art. 53 al. 2 LPGA prévoit que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération). Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer pour le motif qu'une décision est sans doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.1; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Une décision d'octroi de rente qui ne repose pas sur une instruction suffisante, à savoir sur une estimation médicale probante de la capacité de travail, n'est pas conforme au droit et, partant, est manifestement erronée au sens de la reconsidération (cf. arrêts TF 8C_918/2013 du 19 mars 2014 consid. 3.3.2 et 9C_307/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.2). f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF

9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). g) Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 3. a) Pour prendre sa décision du 4 avril 2003, l'autorité intimée s'était essentiellement fondée sur le rapport d'expertise du 19 décembre 2002 du Dr D. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport, l'expert a retenu, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, des cervico-brachialgies à droite, chroniques, post-traumatiques, un status après lésion ligamentaire C4-C5, des troubles statiques et dégénératifs modérés avec dysbalance musculaire, ainsi que des lombalgies mécaniques persistantes dans le cadre de troubles statiques avec dysbalance musculaire. Aucun diagnostic n'a été retenu sur le plan psychiatrique, le psychiatre ayant même explicitement précisé que « le fonctionnement de personnalité de [l'assurée] ne lui crée pas de souffrances, ni de handicap social ou professionnel et ne rentre dans ce sens pas dans les critères diagnostiques DSM-IV. Il n'y pas de trouble franc de la lignée psychotique, ni de trouble anxieux, ni de trouble dépressif. Vu l'existence de lésions organiques réelles, il n'est pas approprié de retenir un diagnostic de trouble somatoforme douloureux » (cf. p. 6 « Diagnostics » et p. 7 « Influences sur la capacité de travail »). L'expert a directement ajouté que « l'investigation psychiatrique permet néanmoins de mieux cerner la situation de cette patiente. En effet, la répétition des accidents avec traumatisme violent contre la colonne vertébrale a épuisé la capacité d'intégration de l'accident et de la cassure (morcellement) physique chez l'expertisée et dépasse ses mécanismes de défenses psychiques. Pour elle, son corps est irrémédiablement

endommagé et elle ne conçoit plus de réparation. Son fonctionnement défensif peut donner l'impression d'une mauvaise collaboration, d'une opposition ou d'une méfiance à l'égard de l'examineur, mais il s'agit en réalité d'une attitude défensive chez une personnalité structurée de manière bancale. [L'assurée] garde strictement le contrôle sur sa sphère personnelle et préserve ainsi son intégrité psychique. Il existe manifestement une atteinte organique, mais il n'est pas possible actuellement de trancher nettement entre l'impact et les séquelles de l'atteinte organique, qui reste peu objectivable malgré de possibles répercussions importantes, et la capacité psychique de l'expertisée d'intégrer encore une fois la notion de trauma et d'invalidité. [L'assurée] est fortement atteinte dans son sentiment d'intégrité physique. Elle ne dispose pas des ressources psychiques, dans le sens de résilience, ni de la mobilité affective pour

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 surmonter l'atteinte actuelle. Globalement elle se trouve en incapacité de travail totale actuellement et cela pour une longue durée. [...]

L'organisation de personnalité fait que l'assurée n'est plus en mesure de s'adapter. Elle s'est adaptée remarquablement après les deux accidents de 1989, mais a présenté des séquelles persistantes et ne peut plus s'adapter à l'aggravation de son atteinte à la santé. [...] Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas possibles actuellement et cela au moins pendant plusieurs années, malgré le jeune âge de la patiente ». Il ressort en outre du bilan psychologique réalisé par Mme G. _____, psychologue FSP, que « le tableau présenté évoque un fonctionnement de personnalité à deux niveaux. Par des défenses état-limite [l'assurée] lutte contre le rapprochement. Le soubassement est plus fragile et la représentation du corps présente des troubles de niveau psychotique. On peut dès lors penser que la succession de traumatismes a pu constituer une rencontre du fantasme du morcellement avec la réalité, et décompense un fonctionnement satisfaisant jusqu'alors ». Le psychiatre a ainsi conclu à une incapacité de travail dans toute activité au plan physique (dossier AI pce p. 254 à 264). b) En 2005, 2009 et 2012, le droit à la rente entière de l'assurée a été confirmé, sur la base de rapports médicaux de la Dresse F. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie et médecin traitante de la recourante, qui a confirmé l'état de santé stationnaire de cette dernière (dossier AI pces p. 328 s., 356 à 360 et 373 à 376). Dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée en août 2015, les pièces médicales suivantes ont été produites : - Le rapport médical intermédiaire du 28 août 2015 de la Dresse F. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, qui a confirmé les diagnostics connus sur le plan physique et noté l'apparition en 2014 d'un lupus engelure. Elle a exclu toute capacité de travail dans quelque activité que ce soit et tout potentiel de réinsertion (dossier AI pce p. 387 à 390). - La lettre du 9 décembre 2015 de la Dresse F. _____, qui a requis de l'autorité intimée qu'elle diligente une nouvelle expertise psychiatrique. Elle a souligné que le Dr D. _____ et Mme G. _____ avaient conclu à un fonctionnement de personnalité pathologique, avec des défenses de caractère et des capacités de mentalisation limitée, et à une représentation du corps présentant des troubles de niveau psychotique. Le Dr D. _____ lui aurait encore confirmé l'existence d'une psychose dans le cadre d'un entretien téléphonique (dossier AI pce p. 400). - Le rapport d'expertise du 22 janvier 2016 de la Dresse E. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, qui a retenu, comme diagnostics avec incidence sur la capacité de travail, des cervicalgies, cervicobrachialgies à prédominance droite chroniques, non déficitaires, sur troubles dégénératifs cervicaux, ainsi que, comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur trouble statique et troubles dégénératifs. Elle a conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle d'employée de bureau,

avec toutefois une diminution de rendement de 20% en raison de la nécessité de prendre de courtes pauses pour pratiquer des mobilisations de la colonne vertébrale. En toute fin de rapport, sous « remarques et/ou autres questions », l'experte a précisé que « le Dr D. _____, psychiatre, avait retenu une incapacité de travail de 100% dans son rapport d'expertise du 19.12.2002 en raison d'un manque de ressources de l'assurée pour assumer/gérer ses douleurs. Il ne relève pas de notre compétence de rhumatologue pour évaluer cet aspect » (dossier AI pce p. 405 à 424).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 - Le rapport médical du 18 avril 2016 du Dr H. _____, médecin spécialiste FMH en neurochirurgie, qui a exposé ne pas avoir d'argument médical objectif permettant de contredire les conclusions de l'expertise de la Dresse E. _____ (dossier AI pce p. 436). - La lettre du 3 mai 2016 de la Dresse F. _____, qui s'est inscrite en faux contre les conclusions du rapport d'expertise de la Dresse E. _____, estimant pour l'essentiel que le problème principal résultait des cervicalgies et non de la brachialgie droite (dossier AI pce p. 437 à 440). - La prise de position du 24 mai 2016 de la Dresse E. _____, qui a estimé que la dernière lettre de la Dresse F. _____ n'apportait pas d'élément médical objectif nouveau susceptible de modifier ses conclusions (dossier AI pce p. 450 s.). - Les lettres des 7 juillet et 22 novembre 2016 de la Dresse F. _____, qui a pour l'essentiel repris le contenu de ses précédents rapport et lettres (dossier AI pce p. 460 s.). - La prise de position du 6 janvier 2017 du Dr I. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, qui a estimé que les dernières lettres de la Dresse F. _____ n'apportaient pas d'élément nouveau et a dès lors confirmé les conclusions de la Dresse E. _____. c) aa) Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la décision du 4 avril 2003 était manifestement erronée et pouvait être reconsidérée par l'autorité intimée en application de l'art. 53 al. 2 LPGA. Il convient certes d'admettre que la formulation des diagnostics et de l'exigibilité professionnelle du Dr D. _____ peut porter à confusion. Cela tient au fait qu'il n'a pu rapprocher l'atteinte médicalement constatée des stricts critères DSM-IV et a ainsi considéré qu'elle était indirectement d'origine physique. Aussi a-t-il exposé que la recourante ne disposait actuellement pas des ressources psychiques nécessaires pour surmonter ses problèmes physiques. En tout état de cause, l'argumentation du rapport d'expertise ne laisse aucun doute quant à la nature psychique de l'atteinte retenue. Le psychiatre a en effet expliqué, très clairement et de diverses manières, que l'incapacité de travail retenue provenait du défaut de résilience et de mobilité affective. Or, il s'agit bien là de facultés psychiques. Les considérations qui précèdent sont de surcroît confirmées tant par la Dresse F. _____, qui a en ce sens requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique (cf. sa lettre du 9 décembre 2015), que par la Dresse E. _____, du SMR, qui a explicitement précisé que l'évaluation des ressources psychiques de la recourante dont le manque avait été constaté par le Dr D. _____ ne relevait pas de sa compétence de rhumatologue (cf. son rapport d'expertise du 22 janvier 2016). Dans ces conditions, l'autorité intimée n'était pas en droit de procéder postérieurement à une autre interprétation du rapport du Dr D. _____. Par conséquent, la décision du 4 avril 2003 n'est pas manifestement erronée et sa reconsidération est exclue. bb) Reste à voir si les pièces médicales produites dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée en août 2015 permettent de fonder une révision au sens de l'art. 17 LPGA, ce qui pourrait amener la Cour de céans à confirmer la décision attaquée par substitution de motifs. En l'occurrence, la décision du 4 avril 2003 est la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente. Il convient dès lors de comparer l'état de fait au moment de l'octroi de la rente entière avec celui existant au

moment de sa suppression, ce qui relève d'une appréciation médicale (cf. supra 2d).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Attendu, d'une part, que le droit à la rente entière a été reconnu à la recourante pour des motifs d'ordre psychique et, d'autre part, qu'aucun examen psychiatrique n'a été effectué depuis la décision du 4 avril 2003, la question de l'évolution de son état de santé psychique ne peut être tranchée. On souligne à cet égard que l'experte en rhumatologie du SMR avait elle aussi estimé que cette question devait nécessairement être traitée. Une révision de son droit à la rente est dès lors exclue, sans de plus amples investigations. d) La cause doit donc être renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle diligente une expertise psychiatrique, au besoin bidisciplinaire : Le psychiatre sollicité se déterminera sur l'évolution de l'état de santé psychique de la recourante, en particulier sur ses facultés de résilience et de mobilité affective pour surmonter son atteinte physique. Un tel complément d'instruction tombe précisément dans les exceptions aménagées par le TF permettant un renvoi (cf. supra consid. 2g). L'autorité intimée rendra ensuite une nouvelle décision. 4. a) Partant, le recours doit être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. b) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais de CHF 800.- consentie par la recourante lui est restituée. c) Ayant obtenu par là gain de cause (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), la recourante a droit à des dépens. Conformément aux art. 137 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), sur le vu de la liste de frais produite le 11 avril 2017 par Me Mathey, il se justifie de fixer l'indemnité à CHF 3'066.50, à savoir 12 heures 16 minutes (les 11.26 heures requises plus 1 heure forfaitaire pour la prise de connaissance du présent arrêt) à CHF 250.-, plus CHF 56.10 de débours (les frais d'ouverture de dossier de CHF 30.- ne sont pas pris en compte, mais les photocopies sont facturées à CHF 0.40), plus CHF 249.80 au titre de la TVA à 8 %. L'indemnité totale de CHF 3'372.40 est intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée au mandataire de la recourante. d) Eu égard au sort du litige, la Fondation de prévoyance en faveur du personnel du groupe C. _____ n'a pas droit à des dépens.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision du 9 juin 2016 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais de CHF 800.- consentie par A. _____ lui est restituée. IV. Il est alloué à A. _____ pour ses frais de défense une indemnité de CHF 3'066.50, plus un montant de CHF 56.10 au titre de débours, plus CHF 249.80 au titre de la TVA à 8 %, soit un total de CHF 3'372.40. Elle est intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et sera directement versée à Me Jean-Claude Mathey. V. La Fondation de prévoyance en faveur du personnel du groupe C. _____ n'a pas droit à des dépens. VI. 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 1er juin 2017/yho Président Greffier-stagiaire

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