

FR_GERICHTE 608 2016 87 vom 23. Dezember 2016

FR Kantonsgericht, 2016-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_87

FR: FR_GERICHTE 608 2016 87 du 23 décembre 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2016 87 del 23 dicembre 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

E. 2

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputé incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, 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 sur la base 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. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). c) D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au

moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 d) 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Par définition, les expertises psychiatriques en matière de troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables réalisées avant l'ATF 141 V 281 ont été rendues à la lumière de la présomption – abandonnée désormais – posée à l'ATF 130 V 352, selon laquelle ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effet de volonté raisonnablement exigible et par des critères établis en la matière pour apprécier le caractère invalidant de ces syndromes. Toutefois, ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé, il convient plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8).

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.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 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 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 387 consid. 1b). 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). 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 p. 114 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). b) Selon la let. a al. 1 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6ème révision de l'AI, premier volet), 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 présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA [incapacité de gain] ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies. L'al. 4 de la let. a précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. L'ATF 139 V 547 a précisé les conditions auxquelles un réexamen du droit de la rente sur la base de la let. a al. 1 des dispositions finales pouvait avoir lieu. Ainsi, il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. En outre, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, au nombre desquels on compte la fibromyalgie (ATF 132 V 65). Au moment de la révision, seul ce diagnostic doit subsister. Enfin, il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé depuis l'octroi de la rente et si, à côté de l'atteinte non objectivable, un diagnostic ne peut pas désormais clairement être posé sur la base d'examen clinique psychiatrique (ATF 139 V 547 consid. 10.1.2). Le Tribunal fédéral a par la suite encore précisé que lorsqu'une rente en cours a été allouée aussi bien en raison de plaintes peu claires que de plaintes explicables, rien ne s'oppose à ce que l'on applique la let. a al. 1 des dispositions finales de la 6ème révision de l'AI en ce qui concerne les plaintes peu claires (ATF 140 V 197).

E. 4

Est en l'espèce litigieuse la question de la suppression de la rente de la recourante sur la base des dispositions finales de la 6^{ème} révision de l'AI.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 a) Il convient ainsi de déterminer tout d'abord si la rente d'invalidité versée jusqu'ici a été accordée uniquement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, au nombre desquels on compte la fibromyalgie. Dans un rapport du 2 octobre 1998 (Dossier OAI, pièce 36), le Dr C. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, pose les diagnostics de syndrome cervico-lombaire subaigu associé à des radiculalgies mal systématisées prédominantes à gauche, troubles dégénératifs et statiques discrets du rachis lombaire et surcharge pondérale. Il conclut que le bilan clinique ne met pas en évidence de déficit neurologique, mais un syndrome vertébro-lombaire très important, une atteinte cervicale plus discrète et tous les points de fibromyalgie positifs. Suite à l'hospitalisation de la patiente, ces diagnostics sont confirmés par le Dr D. _____, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation. Ainsi, dans son rapport du 26 octobre 1998 (Dossier OAI, pièce 40), il relève que "la présence d'une grande partie des points cliniques de fibromyalgie, l'association d'une fatigue et d'une tendance à la raideur matinale, les douleurs digestives ainsi que les troubles du sommeil nous feraient évoquer un syndrome fibromyalgique". En conclusion, il retient donc avant tout un syndrome lombo-vertébral gauche dans le cadre d'un syndrome douloureux diffus avec fatigue, troubles du sommeil ainsi qu'une hyperménorrhée avec anémie. Dans un rapport du 2 mars 1999 (Dossier OAI, pièce 43), la Dresse E. _____, spécialiste FMH en endocrinologie, pose le diagnostic de goitre auto-immun bilatéral prédominant à droite, d'environ 40-50 gr, ancien. Elle relève également les autres diagnostics de syndrome fibromyalgique dans le cadre d'un état dépressif, excès pondéral sans anomalie métabolique significative et polyhyperménorrhée anémiant. Elle précise que la fonction est euthyroïdienne et qu'un traitement quelconque n'est pas indiqué. Dans son rapport du 18 août 1999 (Dossier OAI, pièce 48), la Dresse F. _____, médecin généraliste, retient les diagnostics d'excès de poids, de goitre auto-immun bilatéral et de fibromyalgie. Elle indique que sa patiente souffre de douleurs diverses au niveau de l'appareil locomoteur, d'insomnie et de fatigue chronique. Elle relève qu'elle a de la peine à remplir ses tâches ménagères et qu'à son avis, il n'est pas possible de lui demander de travailler à l'extérieur. L'ensemble des médecins consultés s'entendent dès lors sur le diagnostic prédominant de fibromyalgie et c'est donc bien sur la base de ce diagnostic que la rente entière d'invalidité a été accordée à l'époque. Par la suite, la rente entière d'invalidité a été confirmée à plusieurs reprises sur la base des rapports médicaux de la Dresse F. _____ (rapport du 4 décembre 2002 [recte: 2001] (Dossier OAI, pièce 88), du 26 mars 2004 (Dossier OAI, pièce 130), du 22 août 2008 (Dossier OAI, pièce 190), lesquels attestent tous que l'état de santé est resté stationnaire et qu'il n'y a pas de changement dans les diagnostics. Dans un rapport du 15 octobre 2010 (Dossier OAI, pièce 206), cette praticienne indique certes que l'état de santé s'est aggravé, mais ne mentionne pas de nouveaux diagnostics. Le seul élément nouveau est le fait que l'assurée a subi une thyroïdectomie totale bilatérale en date du 6 mai 2009. Toutefois, les suites opératoires sont simples et sans influence sur la capacité de travail. Par ailleurs, dans un rapport du 1er juillet 2010 (Dossier OAI, pièce 200), le Dr D. _____ mentionne quant à lui une bonne évolution sur le plan rhumatologique: "La patiente a présenté des dorso-lombalgies chroniques avec douleurs à la sacro-iliaque D mise [sur] le compte d'une discopathie L1-L2, L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une hernie discale paramédiane D L5-S1. Après quelques

essais de physiothérapie et une antalgie adaptée,

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 la patiente est asymptomatique à ce jour et prend du Tramal en réserve ainsi que du Dafalgan. Elle a démontré donc sur le plan des douleurs lombaires une bonne évolution". b) Il faut maintenant déterminer si, au moment de la révision ayant abouti à la décision querellée, seul le diagnostic de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique subsiste et si l'état de santé ne s'est pas dégradé. Dans un rapport du 21 juillet 2012, la Dresse G._____, médecin généraliste, retient les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome fibromyalgique, lombosciatalgies gauches et droites sur hernie discale L5-S1, impingement sous-acromial droit, état anxiodépressif chronique. Elle mentionne également les diagnostics sans effet sur la capacité de travail suivants: thyroïdectomie totale, obésité, hernie hiatale et diabète II. Elle fait le constat d'une patiente algique, d'une mobilisation laborieuse et d'une humeur dépressive, fataliste. Dans son rapport du 20 novembre 2012, le Dr H._____, spécialiste FMH en anesthésiologie auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), relève que la rente avait été accordée sur la base des diagnostics de syndrome douloureux cervico- lombaire non déficitaire, de fibromyalgie et d'obésité et qu'actuellement il n'y a aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail à retenir. Il mentionne également que l'état de santé est globalement inchangé et que les répercussions sur la capacité de travail ne se sont pas modifiées non plus. Il estime qu'il y a, du seul point de vue médico-théorique, un potentiel de réinsertion et que les obstacles à cette dernière ne sont pas d'ordre médical. Dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire confiée à I._____, la recourante a été examinée par le Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel conclut que "l'entretien, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux nous permettent de retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant. L'entretien et l'anamnèse ne permettent pas de mettre en évidence d'état dépressif avéré. Il n'y a pas eu de suivi psychiatrique et à notre connaissance pas de suivi psychiatrique proposé. L'environnement social paraît assez riche et bien vécu par l'expertisée. La fatigue, le manque d'envie et le manque de plaisir nous paraissent ressortir d'une réaction dépressive au syndrome douloureux. En l'état, nous ne mettons donc pas en évidence de comorbidité psychiatrique. On ne peut également parler d'un état psychique cristallisé et résistant au traitement en l'absence justement d'un traitement instauré. En résumé, nous nous trouvons en présence d'un syndrome douloureux somatoforme certes présent de longue date, mais qui ne remplit actuellement pas les critères de gravité tels que voulus par la jurisprudence" (Dossier OAI, pièce 253). Le Dr K._____, spécialiste FMH en rhumatologie, a également examiné la recourante. Ses conclusions sont les suivantes: "[L'expertisée] présente une symptomatologie douloureuse généralisée à l'ensemble du corps, épargnant seulement la cuisse droite, dont l'intensité va en augmentant avec les années. D'un point de vue du diagnostic différentiel, il n'y a actuellement pas d'élément orientant vers une étiologie inflammatoire, tumorale, neurocompressive, fracturaire. Ce sont les douleurs, phénomène subjectif, non mesurable, propre à chaque individu, qui constituent l'atteinte à la santé pour l'expertisée. Ces douleurs ne sont pas explicables selon un modèle biomédical seul. La douleur est un phénomène complexe, d'étiologie multifactorielle, avec des composantes sensorielles, affectives, émotionnelles, motivationnelles, dans ce cas sans atteinte anatomique structurelle ou maladie mise en évidence, ce qui ne met cependant pas en doute l'authenticité des plaintes de l'expertisée. Le diagnostic différentiel se fera dans ce cas avant tout avec un syndrome somatoforme douloureux" (Dossier OAI, pièce 251). Les conclusions du rapport d'expertise

pluridisciplinaire du 10 mars 2015 (Dossier OAI, pièce 262) signé par la Dresse L. _____ et la Dresse M. _____, toutes deux médecins généralistes,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 ainsi que le Dr J. _____, ne mentionnent ainsi aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail. Les experts retiennent uniquement le trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et un status après thyroïdectomie totale bilatérale comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail. Dans son rapport du 17 mars 2015, le Dr H. _____ du SMR constate que le rapport d'expertise remplit les critères de qualité requis d'une expertise médicale et que les conclusions peuvent être suivies. A la lecture des rapports médicaux, il faut constater que l'état de santé de la recourante ne s'est pas dégradé et qu'actuellement encore seul subsiste le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, qui est apparenté à celui de fibromyalgie. Il est vrai que la Dresse G. _____ mentionne des lombosciatalgies gauches et droites sur hernie discale L5-S1 et un impingement sous-acromial droit. Toutefois, elle précise que les lombosciatalgies sont présentes depuis 1998 et aucun élément ne laisse penser que les limitations fonctionnelles en lien avec ces douleurs auraient évolué. S'agissant de la problématique à l'épaule droite, elle ne mentionne pas de date concernant son apparition et ne décrit pas non plus quelles seraient les conséquences sur sa capacité de travail. En outre, les constatations objectives faites lors de l'expertise rhumatologique au sujet du status ostéo-articulaire ne démontrent pas de limitations fonctionnelles importantes: "nuque souple, non douloureuse, avec mouvements très légèrement limités dans les inclinaisons latérales et les rotations des deux côtés. Douleurs lombaires avec distance doigts-sol d'une vingtaine de centimètres. Difficulté à se redresser en raison de douleurs lombaires. Schober lombaire 10/15 cm. Les mouvements des épaules ne sont pas limités, avec une distance pouce- C7 de 0/30 cm. Douleurs à la mobilisation des épaules, des coudes, des poignets et à toutes les articulations des membres inférieurs mais sans limitation hormis quelques résistances liées à des contractures musculaires oppositionnelles. Tous les points de fibromyalgie sont douloureux. La pression axiale sur l'occiput est douloureuse au niveau lombaire. Aux membres inférieurs, rotation interne de la hanche droite légèrement diminuée par rapport à la gauche mais indolore. Pas d'épanchement articulaire des genoux, pas de limitation fonctionnelle aux genoux" (Dossier OAI, pièce 255). Il faut donc conclure qu'au moment de la révision, l'état de santé ne s'est pas dégradé et que l'on se trouve toujours en présence d'une symptomatologie douloureuse généralisée dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. D'ailleurs, la recourante elle-même partage cet avis, puisque, dans son recours, elle mentionne que "les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail reconnus lors du premier octroi à la recourante de sa rente AI sont restés inchangés en relation avec les diagnostics actuels" (mémoire de recours, page 6). Selon elle, le fait que son état de santé est resté le même exclut la suppression de sa rente AI. Or, justement, les dispositions finales de la 6ème révision de l'AI prévoient expressément que, si les conditions visées à l'art. 7 LPGA [incapacité de gain] ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies, c'est-à-dire même si l'état de santé respectivement les conséquences de celui-ci sur la capacité de gain n'ont pas subi de modification. c) Après avoir démontré que le diagnostic n'avait pas changé, il convient de vérifier si le trouble somatoforme douloureux peut être qualifié d'invalidant. A cet égard, il faut relever que le rapport d'expertise pluridisciplinaire a été rendu en mars 2015 et que l'examen psychiatrique a été réalisé sur la base des critères de Forster alors en vigueur pour infirmer le caractère insurmontable du trouble somatoforme douloureux. Il s'agit à présent de voir si cette expertise peut être suivie au

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281) relative à l'appréciation des effets des troubles somatoformes douloureux. Il faut tout d'abord relever que l'expertise pluridisciplinaire remplit les exigences jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été établie en pleine connaissance du dossier, se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par l'assurée. En outre, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont dûment motivées. Enfin, elle permet une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des exigences relatives au diagnostic et aux indicateurs déterminants issues de la nouvelle jurisprudence. Dans leur colloque de synthèse, les experts font les constatations suivantes: "[L'expertisée] se plaint avant tout d'une symptomatologie douloureuse généralisée à l'ensemble du corps, évoluant depuis 1998. Bien que des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire aient été mis en évidence aux examens radiologiques, ceux-ci n'expliquent pas l'intensité de la symptomatologie, son évolution défavorable au cours du temps et sa généralisation à tout le corps. Le peu de limitations fonctionnelles articulaires à l'examen clinique, la présence de douleurs généralisées, de points de fibromyalgie douloureux et la présence d'autres symptômes comme une intense fatigue, des vertiges atypiques, nous orientent vers un syndrome somatoforme douloureux persistant de l'appareil locomoteur. En ce qui concerne la fatigue, signalons qu'il n'y a actuellement plus de déficit en fer et que les tests thyroïdiens récents montrent une euthyroïdie avec une substitution d'hormones thyroïdiennes, ceci après opération pour goitre il y a quelques années. Au plan rhumatologique, nous n'avons donc pas d'atteinte anatomique structurelle ou de maladies rhumatologiques telles qu'elles engendreraient des limitations fonctionnelles dans les activités précédemment exercées par [la patiente], même dans celle de nettoyeuse. Dans le contexte du syndrome douloureux persistant, nous avons effectué une évaluation psychiatrique qui a aussi mis au premier plan l'intensité du syndrome douloureux résistant à tous les traitements entrepris jusqu'alors. Tant lors de l'entretien et de l'examen par l'interniste que par le psychiatre, nous n'avons pas mis en évidence de symptômes ou signes d'état dépressif avéré. L'expertisée s'est montrée souriante, participative dans l'entretien qui s'est déroulée avec l'aide d'un interprète turcophone. [Elle] ne s'est spontanément pas déclarée déprimée, relatant une vie sociale assez riche, ainsi qu'une vie familiale relativement harmonieuse. [...] Si elle se plaint de fatigue, de manque d'envie et de manque de plaisir, [elle] met ces symptômes en relation avec les douleurs, ce qui est l'expression d'une réaction dépressive en lien direct avec le syndrome douloureux. Il y a dans les rapports médicaux A1 à disposition au dossier le signalement d'un état dépressif évoqué par le médecin traitant et par l'endocrinologue, Dresse G. _____ qui avait observé une humeur dépressive mais également en lien avec un tableau algique et une mobilisation laborieuse. L'expertisée ne relate pas de baisse de la thymie très importante par le passé, elle n'a pas eu de suivi psychiatrique ou de traitement spécifique pour des troubles thymiques à notre connaissance. Tous ces éléments nous font donc retenir au premier plan un trouble somatoforme douloureux persistant sans comorbidité psychiatrique". S'agissant de l'indicateur "atteinte à la santé", la recourante décrit certes une symptomatologie douloureuse généralisée. Toutefois, on peine à déceler un caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic. En effet, l'intensité et le sentiment de détresse ne sont pas clairement évoqués. Au contraire, l'anamnèse psychologique laisse apparaître un état de santé psychique relativement conservé: "[L'expertisée] ne se sent pas déprimée lorsqu'on lui pose la question. Elle ne se décrit absolument pas anxieuse ni

angoissée. S'il y a occasionnellement

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 des troubles du sommeil, cela est lié aux douleurs lombaires. Elle n'a pas d'idées suicidaires, pas de ruminations noires. Elle décrit toutefois une anhédonie, une aboulie en raison de la fatigue, qu'elle décrit comme générale et surtout musculaire. "Ma tête va bien, je ne comprends d'ailleurs pas pourquoi je dois me présenter à un examen psychiatrique pour cette expertise, si je suis parfois un peu déprimée c'est comme tout le monde". On ne peut pas non plus retenir une résistance au traitement, puisqu'au niveau psychique, la recourante n'a jamais été suivie et ne l'est toujours pas. A cet égard, il convient d'insister sur le fait qu'aucun diagnostic psychiatrique, tel qu'une dépression ou un trouble anxieux par exemple, n'a jamais été retenu et que la recourante n'allègue pas non plus qu'elle présenterait un trouble psychique qui la priverait de certaines ressources. En outre, sur le plan somatique, la recourante a refusé certains traitements: "Il semble y avoir eu la proposition d'infiltration au niveau lombaire mais que [l'assurée] a refusé" (Expertise, p. 5, Dossier OAI, pièce 258). Cela est également évoqué par son médecin traitant dans son rapport du 21 juillet 2012 au sujet du traitement actuel: "Traitement médicamenteux qui soulage. Ne veut pas d'autres traitements" (Dossier OAI, pièce 229). Les indicateurs "personnalité" et "contexte social" ne donnent pas non plus d'éléments permettant de reconnaître le trouble somatoforme comme invalidant. En effet, les constatations de la consultation psychiatrique ne font apparaître aucun trouble de la personnalité et mentionnent un environnement social conservé: "On n'observe pas de trouble de l'orientation, pas de trouble de la vigilance, pas de trouble de l'attention. Le contact est adéquat, agréable, et collaborant, l'expertisée se montrant plutôt souriante et présente. Le discours est clair et informatif, le déroulement chronologique est bien structuré et compréhensible. La thymie est neutre avec des sourires à l'évocation des enfants et petits-enfants. Le contenu du discours est centré sur les éléments factuels avec peu d'éléments abstraits. L'évocation des affects est limitée mais possible. On n'observe pas de trouble formel de la pensée, pas de trouble du Moi. Outre les plaintes d'ordre physique d'ailleurs peu envahissantes, l'assurée se plaint essentiellement de fatigue, de manque d'envie et de plaisir. Spontanément elle se déclare non déprimée même si les douleurs lui pèsent sur le moral. Elle semble conserver un environnement social assez riche en dehors de la famille aussi très présente" (Dossier OAI, pièce 252-253). Enfin, sous l'angle de l'indicateur "cohérence", la description de la vie quotidienne de la recourante laisse entrevoir certaines ressources et un soutien dans son réseau familial: "[Elle] se lève vers 7h30 tous les matins, elle prépare le petit-déjeuner, boit son café puis s'occupe à son rythme des tâches ménagères. Lorsque les douleurs sont trop intenses, elle se couche environ une demi-heure. Elle sort se promener les après-midis en compagnie de son mari ou d'autres membres de sa famille. Elle est attentive à marcher une demi-heure par jour, comme les médecins le lui ont conseillé. Elle n'a pas de hobby particulier, ses plaisirs sont d'être en famille. Elle a quelques voisines turques avec qui elle s'entend bien. Elle effectue quelques emplettes mais se fait généralement aider par ses filles ou ses belles-filles. Elle n'a pas besoin d'aide pour préparer les repas pour deux personnes" (Dossier OAI, pièce 256). Au vu des considérants qui précèdent, les conclusions de l'expertise qui retiennent que le trouble somatoforme douloureux n'est pas invalidant, doivent ainsi être suivies, également à l'aune de la nouvelle jurisprudence en la matière. Certes, comme l'invoque la recourante, les experts ont relevé que le pronostic quant à la reprise d'une quelconque activité professionnelle leur paraît réservé en raison du statut d'invalidé dans lequel elle se trouve, de la longue évolution des douleurs depuis une quinzaine d'années et de son âge, mais ils

ont également précisé que ces éléments n'étaient

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 pas médicaux. Il en est de même des autres facteurs allégués par la recourante, comme le fait qu'elle soit analphabète, qu'elle ne parle pas le français et qu'elle ne dispose d'aucune formation professionnelle. En effet, tous ces éléments compliquent à n'en point douter une éventuelle réadaptation professionnelle, mais ne peuvent en aucun cas être pris en compte dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité. d) Enfin, il faut également relever que la recourante ne fait pas partie des cas d'exception dans lesquels la réduction ou la suppression de la rente sur la base des dispositions finales de la 6ème révision de l'AI ne peut pas être appliquée. En effet, d'une part, au moment de l'entrée en vigueur de la révision, soit le 1er janvier 2012, la recourante était âgée de 54 ans. Certes, elle a eu 55 ans le 1er mai 2012, soit juste 4 mois après. Toutefois, cela ne peut pas justifier une exception à la limite objective clairement posée par le législateur. D'autre part, au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen, soit le 13 avril 2012, elle touchait une rente depuis 13 ans, alors que la limite est fixée à 15 ans.

E. 5

a) Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours (608 2016 87), mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. b) Compte tenu de l'issue du litige, la requête de restitution de l'effet suspensif (608 2016 89) devient sans objet et doit dès lors être rayée du rôle. c) La recourante a également déposé une requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2016 88). aa) Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr., LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3); bb) S'agissant de la première condition, il ressort du dossier que la recourante est assistée financièrement par le Service social de B._____ et que, partant, elle ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite le 18 avril 2016 sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille. S'agissant de la seconde des conditions, même si l'issue du litige est claire, on doit néanmoins admettre que le recours ne paraissait pas d'emblée dénué de toute chance de succès. En effet, l'Instance de céans a dû procéder à un examen approfondi du dossier et en particulier de l'expertise pluridisciplinaire à l'aune de la nouvelle jurisprudence en matière de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2016 88) doit être admise pour la présente procédure et que Me Jacy Pillonel, avocate, est désignée comme défenseur d'office.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire gratuite totale

accordée. C'est également à ce titre qu'il sied d'indemniser Me Pillonel, laquelle a proposé une fixation globale de ses honoraires dans un courrier du 20 décembre 2016. Il se justifie ainsi de fixer l'indemnité à laquelle elle peut ici prétendre, à CHF 1'800.-, soit, comme demandé, 10 heures indemnisées au tarif horaire de CHF 180.-, plus CHF 144.- au titre de la TVA à 8 %, soit à un total de CHF 1'944.-, et de la mettre intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. la Cour arrête: I. Le recours (608 2016 87) est rejeté. II. La requête de restitution de l'effet suspensif (608 2016 89), devenue sans objet, est rayée du rôle. III. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2016 88) est admise pour la procédure de recours introduite le 18 avril 2016 (608 2016 87) et Me Jacy Pillonel, avocate, est désignée comme défenseur d'office. IV. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. V. L'indemnité allouée à Me Jacy Pillonel, avocate, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'800.-, plus CHF 144.- au titre de la TVA à 8 %, soit à un total de CHF 1'944.-, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. 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 23 décembre 2016/meg Président Greffière-rapporteure

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