

# FR\_GERICHTE 608 2018 224 vom 5. November 2019

FR Kantonsgericht, 2019-11-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2018\\_224](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_224)

FR: FR\_GERICHTE 608 2018 224 du 5 novembre 2019

IT: FR\_GERICHTE 608 2018 224 del 5 novembre 2019

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 19

novembre 2013 au 24 février 2014, à raison de 10%. Le 28 janvier 2014, l'OAI a informé l'assurée que la rente entière d'invalidité précédemment supprimée avait été réactivée au 1er novembre 2013 (dossier AI pce p. 347 à 350). L'office a ensuite initié une nouvelle mesure d'entraînement à l'endurance auprès du CIS/CEPAI à Fribourg, du 25 mars au 22 juin 2014, à raison de 2 matins par semaine durant 3 heures par matin. Le 13 août 2014, l'OAI a constaté l'interruption définitive de la mesure, avec effet au 22 juin 2014, et a supprimé la rente avec effet au 1er juillet 2014 (dossier AI pce p. 392 s.). Par arrêt du 29 février 2016 (cause 608 2014 142), le Tribunal cantonal constatera que la rente avait formellement déjà été supprimée par décision du 6 août 2013 en application de l'art. 22 al. 5bis LAI a contrario et que cette décision est passée en force de chose jugée. Il confirmera par ailleurs la décision du 13 août 2014 en ce qui concerne la fin des MNR (dossier AI pce p. 470 à 476). C. En date du 1er juillet 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant notamment des douleurs articulaires, musculaires et aux tendons, une fatigue, une dépression et des troubles du sommeil.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 20 Une expertise contenant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique a été diligentée auprès des Dresses E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, respectivement rhumatologue et psychiatrie. Par décision du 26 juillet 2018, l'OAI a octroyé un quart de rente d'invalidité à l'assurée avec effet au 1er janvier 2016, soit à l'échéance d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations. L'OAI, en se fondant essentiellement sur le rapport de l'expertise bidisciplinaire précitée, a en effet retenu que l'assurée était apte à exercer à 50% – pour des motifs psychiatriques – mais sans diminution de rendement une activité de substitution adaptée telle qu'ouvrière de production légère (par ex. le montage à l'établi, l'usinage de pièces légères ou le conditionnement léger) à tout le moins à compter de la date de l'expertise effectuée le 10 mars 2017; comparant dès lors ses revenus de valide (CHF 45'619.60, soit le revenu de valide retenu dans la décision d'octroi de rente de 2002, indexé à 2016 au taux de 13.2% selon l'indice des salaires minimaux de la branche) et d'invalidité (CHF 27'192.35, soit CHF 4'300.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, tableau ESS14 TA 1\_tirage\_skill level, total des salaire, femme, adapté à la durée de travail hebdomadaire usuelle de 41.7 heures, x 12, indexé à 2016 à 1.1% selon l'indice des salaires minimaux de la branche, à 50%), l'office a ainsi abouti à la conclusion qu'elle présentait un degré d'invalidité de 40.39% (dossier AI pce p. 668 à 674). D. Le 11 septembre 2018, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Carine Gendre Rohrbach, avocate, interjette recours de

droit administratif à l'encontre de la décision du 26 juillet 2018 auprès du Tribunal cantonal. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours, ainsi que, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'allocation d'une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires par l'autorité intimée et à ce qu'un taux d'abattement de 25% soit d'ores et déjà fixé pour la détermination du revenu d'invalidité. La recourante reproche à l'autorité intimée de n'avoir retenu qu'une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique. Elle soutient, en se fondant sur un rapport du Dr G. \_\_\_\_\_, rhumatologue, que le rapport d'expertise des Dresses E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ et celui du Service médical régional (SMR) ne remplissent pas les conditions posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Enfin, elle fait valoir, dans le cadre de la comparaison des revenus, qu'une déduction devait être opérée sur le gain dit d'invalidité. Par écriture ampliative du 23 octobre 2018, la recourante a produit un rapport médical du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur. Une avance de frais de CHF 800.- a été versée en date du 1er octobre 2018. E. Dans ses observations du 5 décembre 2018, l'autorité intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, en renvoyant à la motivation de la décision attaquée. Par écriture ampliative du 15 janvier 2019, la recourante a encore produit un rapport médical de la Dresse I. \_\_\_\_\_, rhumatologue. Appelée en cause, J. \_\_\_\_\_ déclare s'en remettre à l'appréciation de la Cour de céans, mais a relevé que la recourante n'était plus assujettie auprès d'elle. Le 13 mai 2019, Me Emmanuelle Martinez-Favre, avocate et nouvelle représentante de la recourante, a déposé sa liste de frais. F. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 20 Il sera fait état des arguments de ces dernières, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en 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 touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. 2.1. 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 LAI, 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. 2.2. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 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). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à

l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). 2.3. 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 malade, 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.).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 20 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). 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. Le Tribunal fédéral a récemment considéré que, dans la mesure où les difficultés d'objectivation et de preuve sont communes à toutes les affections psychiques, l'exigence d'un catalogue des indicateurs posée par l'ATF 141 V 281 pour les

syndromes douloureux somatoformes persistants doit être étendue à toutes les affections d'ordre psychique (ATF 143 V 409 consid. 4.1.2). Par ailleurs, les dépressions légères à moyennes récurrentes ou épisodiques, qui étaient systématiquement qualifiées de non invalidantes à moins d'être résistantes aux traitements, ne sont plus considérées de manière si absolue; la résistance aux traitements doit davantage être prise en considération dans le cadre de l'appréciation globale des preuves en tant qu'indice (ATF 143 V 409 consid. 4.2.2 et 4.4). Il peut toutefois être renoncé à un examen par un catalogue des indicateurs structuré lorsqu'un tel examen n'apparaît pas nécessaire ou adéquat. Il en va notamment ainsi, lorsque des rapports médicaux motivés de manière compréhensible excluent une incapacité de travail et que la pertinence des éventuels avis contradictoires peut être niée en

Tribunal cantonal TC Page 6 de 20 raison d'un défaut de spécialisation médicale de leurs auteurs ou pour un autre motif (cf. ATF 143 V 418 consid. 7.1.1). Un examen par un catalogue des indicateurs structuré ne sera en particulier pas nécessaire, lorsque sur la base des pièces médicales existantes, une dépression légère apparaît probable au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle ne peut être considérée comme chronifiée et qu'elle n'est pas accompagnée d'une comorbidité (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et les références citées). Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent 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

## **E. 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). 2.4. 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 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 20 la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 352 consid. 2.2.5), une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs de l'assuré qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que des éclaircissements de la part d'un médecin psychiatre n'étaient pas nécessaires lorsqu'il n'existait aucun indice que l'assuré présentât une problématique psychique invalidante (arrêts TF 9C\_699/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2 et 4.3; I 761/01 du 18 octobre 2002, in SVR 2003 IV n° 11 p. 31). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées). 2.5. 2.5.1. La LAI 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. Selon la lettre a) des Disp. Fin 6a LAI, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogénèse 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).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 20 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 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; arrêt TF 9C\_519/2013 du 26 février 2014). 2.5.2. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande et la rejette au fond, un recours contre cette décision doit être examinée au regard des conditions de la révision du droit à la rente (art. 17 LPGA), applicables par analogie à l'examen des conditions matérielles d'une nouvelle demande (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). Lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente d'invalidité reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (cf. ATF 140 V 2 consid. 5.3 et arrêt TF 9C\_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 6); ainsi, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI), et la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). 2.5.3. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. arrêt du TF I 511/03 du

13 septembre 2004 consid. 2; ATF 125 V 417 consid. 2d et les références citées). Dans un tel cas, pour déterminer si un changement important s'est effectivement produit, il convient de comparer l'état de fait au moment de l'octroi ou du début de la rente avec celui existant au moment de la réduction ou la suppression de celle-ci (ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les références citées). 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,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 20 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; cf. 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). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A l'inverse, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 2.6. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la

naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (arrêts TF 9C\_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174; 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). Pour fixer le revenu de valide, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit

Tribunal cantonal TC Page 10 de 20 en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré, ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage, ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts TF 9C\_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3; 9C\_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 3; B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références citées). Lorsque la jurisprudence précise qu'il y a lieu de recourir aux données salariales statistiques quand le poste de travail qu'occupait la personne assurée avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité, elle envisage la situation où l'activité en question n'a plus d'existence avérée sur le marché général du travail. Dans la mesure toutefois où la profession concernée n'est pas tombée en désuétude, rien ne justifie de s'écarter du montant du dernier salaire réalisé par la personne assurée (arrêt TF 9C\_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 4.1). Pour sa part, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il

pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du

## **E. 25**

janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne

Tribunal cantonal TC Page 11 de 20 constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C\_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5). 3. 3.1. Le litige porte sur le taux d'invalidité de l'assurée, singulièrement sur sa capacité de gain. Il sied dès lors de se référer à son dossier médical. Par décision du 6 août 2013, l'OAI avait supprimé la rente d'invalidité avec effet au 1er octobre 2013 en application des Disp. Fin 6a LAI, motif pris que la rente avait initialement été accordée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et qu'à ce jour l'atteinte à la santé serait objectivement surmontable. La suppression en question n'a donc pas été fondée sur une modification notable des circonstances au sens de l'art. 17 LPGa (cf. supra consid. 2.5.1.). La demande déposée par l'assurée le 1er juillet 2015 doit dès lors être considérée comme une nouvelle demande impliquant l'application des art. 28 et 29 LAI (cf. supra consid. 2.5.2.) et non à une demande de révision impliquant l'application de l'art. 88a RAI. Le droit à la rente de la recourante ne peut ainsi débiter qu'après l'échéance du délai d'attente de 6 mois à compter du dépôt de la demande, à savoir au 1er janvier 2016. 3.2. Pour fonder sa décision de suppression de rente du 6 août 2013, l'OAI s'était alors essentiellement fondé sur l'expertise bisciplinaire pratiquée par les Dresses C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_, respectivement rhumatologue et psychiatre. Sur le plan somatique, le rhumatologue a retenu

le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de déconditionnement physique et conclu à une capacité de travail de 80% (ou une capacité de travail de 100% avec diminution du rendement de 20%); au plan psychique, aucune pathologie ayant des répercussions sur la capacité de travail n'a été constatée, mais une discrédance nette entre l'intensité des douleurs arguées et les données de l'examen physique a été relevée (dossier AI pces p. 208 à 235 et 253 à 285). Les pièces médicales suivantes ont depuis lors été versées au dossier: - Les certificats médicaux des 4 et 21 mars et le rapport médical du 13 mai 2014 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a estimé que sa

Tribunal cantonal TC Page 12 de 20 patiente était apte à entamer un travail à but thérapeutique selon le programme de l'AI-Stage CEPAI (dossier AI pces p. 361, 372 et 381). - Le rapport médical du 18 juin 2014 du Dr L. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a relaté que sa patiente séjournait dans la Clinique de Jour depuis le 24 février 2014 et fait état d'un épisode dépressif sévère avec de la tristesse (dossier AI pce p. 383). - Le rapport du 26 juin 2014 du CEPAI, duquel il ressort que l'assurée n'avait pas réussi à venir 3 heures sur 2 jours en fin de mesure, à cause de la fatigue et des douleurs qui s'étaient aggravées durant la mesure (dossier AI pce p. 384 à 389). - Le rapport médical du 19 août 2014 du Dr L. \_\_\_\_\_, qui a fait état d'une hospitalisation de jour du 24 février au 23 juin 2014. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et une fibromyalgie (M79). Le psychiatre a noté que malgré une légère amélioration du tableau clinique avec moins de ruminations anxieuses et de désespoir face à l'avenir, il restait réservé quant à la véritable capacité de sa patiente à entreprendre une activité professionnelle avec une quelconque garantie de productivité (dossier AI pce p. 448 s.). - Le rapport médical du 5 septembre 2014 du Prof. Dr M. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en rhumatologie, qui a fait état d'une aggravation de la situation clinique de sa patiente et estimé qu'il semblait très difficile qu'elle puisse assumer une activité professionnelle avec un rendement satisfaisant au vu des standards de notre époque (dossier AI pce p. 397 s., 450 s.). - Le rapport médical du 18 décembre 2014 du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en dermatologie-vénéréologie, qui a relaté que sa patiente avait excoyé (dans le sens d'une automutilation) de manière compulsive une hyperkératose très modérée à la plante du pied gauche (dossier AI pce p. 453 s.). - La lettre de sortie du 13 mai 2015 du Prof. Dr O. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en rhumatologie, qui a fait état d'une hospitalisation du 11 au 13 mai 2015 et a diagnostiqué une fibromyalgie, un syndrome douloureux avec brachialgies droites et douleurs latéro-thoraciques bilatérales nouvelles, ainsi qu'une hyperréflexie. Il a synthétisé son appréciation en ces termes: « Nous effectuons une IRM du rachis entier et des sacro-iliaque qui ne montre pas de signe de myélite, d'atteinte inflammatoire de type spondylarthrite, d'infection ou de lésions néoplastiques. Il existe une hernie L5-S1, banal et sans conflit radiculaire. La radiographie du thorax et le laboratoire sont également sans particularité. Le bilan est donc rassurant, sans nouveau diagnostic que le syndrome douloureux » (dossier AI pce p. 454 à 462). - Le rapport médical du 14 janvier 2016 du Prof. Dr M. \_\_\_\_\_, qui a mentionné que l'état de santé de sa patiente s'était nettement dégradé depuis son dernier rapport du 18 février 2012. Il a précisé qu'une nouvelle affection avait été diagnostiquée dans le courant de l'été 2015, à savoir une arthropathie érosive intéressant différentes articulations des mains (dossier AI pce p. 446). - Le rapport médical du 5 février 2016 du Dr P. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a exposé que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif récurrent

épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ainsi que de douleurs chroniques. Il a précisé qu'elle avait été suivie en clinique de jour du 24 février au 23 juin 2014, mais que sa souffrance dépressive et douloureuse persistait malgré l'adaptation et le renforcement de son traitement médicamenteux antidépresseur, anxiolytique et somnifère. Il en a conclu que sa capacité lucrative

Tribunal cantonal TC Page 13 de 20 résiduelle était nulle et a prié l'OAI de reconsidérer son droit à des prestations AI (dossier AI pce p. 464 s.). - La prise de position du 25 février 2016 du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en anesthésiologie, du SMR, qui a exposé que des faits nouveaux médicalement attestés rendaient une aggravation de l'état de santé de l'assurée plausible. Il a dès lors proposé qu'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique avec conclusions consensuelles des deux experts, soit mise en œuvre (dossier AI pce p. 468 s.). - Le rapport d'expertise du 4 juillet 2017 de la Dresse E.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et de la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui, au plan somatique, n'ont relevé aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail et, au plan psychique, ont retenu un trouble dépressif récurrent, épisodes actuel moyen sans syndrome somatique (F33.1). Au plan somatique, il a notamment été relevé qu'« Ayant quitté le cabinet peu après Mme, j'ai pu observer sa démarche dans la rue alors qu'elle rejoignait son mari vers le parking de la place du marché. Mme marchait de manière tout à fait harmonieuse, dissociant les ceintures, portant son sac de la main droite puis sur l'épaule, et marchant d'un pas vif et rapide en direction de son mari. M. ne l'a pas aidée à porter son sac, tous deux se sont dirigés vers la voiture. L'observation clinique lors des deux examens, la confrontation radio-clinique que j'ai également confrontée à l'évaluation d'un score ultra-sonographique (score SONAR) auprès de mon confrère le Dr R.\_\_\_\_\_ ne permet pas d'attester de limitation fonctionnelle significative de l'appareil locomoteur de [l'assuré] dans les proportions qu'elle atteste. Il y a eu des moments de limitations et d'opposition, surtout lors du premier examen, qui ont pu se manifester lors de votre observation professionnelle mais ces moments étaient variables en fonction de la distractibilité de Mme. [...] Un hiatus net entre les plaintes et l'examen physique était mis en évidence. Mme n'avait plus eu de suivi régulier sur le plan somatique rhumatologique depuis qu'elle avait obtenu une rente d'invalidité si bien que l'experte avait organisé divers examens radiologiques pour sa confrontation radio-clinique. Mme consommait peu de médicaments. Il apparaissait à l'experte que Mme pouvait exercer son activité d'ouvrière en horlogerie avec une pleine capacité moyennant une baisse de rendement de l'ordre de 20% étant donné un certain déconditionnement. La situation lui apparaissait stable depuis 2001, environ, suite à une douleur sacro-iliaque droite qui n'avait pas de substrat radiologique et n'avait pas évolué vers une lésion spécifique. [...] J'en ai discuté consensuellement avec ma collègue psychiatre, co-experte dans cette évaluation, la Dre F.\_\_\_\_\_ qui retient une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0. Nous nous trouvons dans une situation assez semblable de celle de l'experte C.\_\_\_\_\_ (experte rhumatologue) en 2012 ». Au niveau psychiatrique, il a notamment été constaté que « [l'assurée] présente une atteinte à la santé complexe dont l'évaluation est parasitée par une tendance à l'exagération des symptômes ce qui était déjà d'ailleurs le cas lors de l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ en 2012 en lien avec des bénéfices secondaires lui permettant de se conforter dans une position infantile. Habituellement, un épisode dépressif isolé ou dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent s'améliore ou guérit avec un traitement approprié et devrait permettre une reprise d'une activité sur le premier marché du travail au moins à temps partiel et dans une activité

adaptée. Les causes d'une évolution torpide sont à rechercher avec des maladies concomitantes ou secondaires au trouble de l'humeur, un abus de substance ou de faibles ressources psychiques avec des mécanismes de défense frustes. Dans le cas de l'expertisée, il faut relever des traits de personnalité immature, un

Tribunal cantonal TC Page 14 de 20 comportement de toute puissance de type infantile que son psychiatre traitant a pu constater durant les séances et qui sont le signe de faibles ressources psychiques. [...] Si l'évaluation diagnostic est complexe, comme démontré plus haut, l'évaluation de l'incapacité de travail (taux, début) en lien avec l'atteinte psychiatrique à la santé en tenant compte des facteurs externes et de la tendance à la majoration des symptômes est tout aussi complexe. Le diagnostic à la source de l'incapacité de travail est le trouble de l'humeur qui, s'il a été attesté par un spécialiste en psychiatrie en 2002 déjà, ne permettait pas à lui seul de justifier une incapacité de travail. L'intensité du trouble s'est nettement aggravée en 2013 lors de la remise en question de la rente AI avec mise en place des nouvelles mesures de réadaptation et a nécessité un suivi par le Dr P. \_\_\_\_\_ dès le 21.06.2013 puis, en parallèle, une prise en soins à l'hôpital de jour dès février 2014. Le traitement psychotrope a été majoré et plusieurs fois adapté, ce qui atteste aussi de la dégradation psychiatrique. [...] Il faut donc considérer que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen a influencé la capacité de travail dès le début de l'hôpital de jour, soit le 24.02.2014, signe tangible d'une aggravation psychiatrique majeure. L'incapacité de travail se monte à 100% dès le 24.02.2014, dans toute activité. Par contre, en tenant compte des contradictions dans l'anamnèse et dans le comportement relevées lors de la présente expertise, de la tendance à la majoration des symptômes, la soussignée estime qu'il existe une capacité de travail de 50% dès le 10.03.2017, date de la présente expertise, dans une activité adaptée ». S'agissant de la capacité de travail, au plan somatique, la Dresse E. \_\_\_\_\_ a noté que « Tout comme la Dre C. \_\_\_\_\_ en 2012, je ne vois pas de trouble atteignant le seuil incapacitant. J'admets une baisse de rendement de l'ordre de 20% en raison d'un désentraînement au travail depuis 18 ans. Comme l'évoquait le médecin du SMR cela peut être surmonté par un entraînement au travail sur une période de 3 mois. [...] Mme s'est vue reconnaître une rente de 2003 à 2014 pour ses troubles subjectifs. Comme le soulignait la Dre C. \_\_\_\_\_ en 2012, aucun socle lésionnel au plan somatique ne vient conforter de limitation fonctionnelle dans l'ancienne activité mis à part une perte de l'entraînement au travail. Il n'y a pas d'élément objectifs d'aggravation au plan somatique depuis la nouvelle demande ». Au plan psychique, la Dresse F. \_\_\_\_\_ a somme toute estimé que l'expertisée présentait une incapacité de travail totale dans l'activité exercée précédemment, mais une capacité de travail de 50% à compter du 10 mars 2017 dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes: « • Peu d'exposition au stress (productivité limitée) • Consignes simples • Absence de tâches multiples et simultanées • Absence de prise de responsabilités • Autonomie limitée au moins dans un premier temps • Travail en petits groupes • Horaires diurnes et réguliers • Absence de travail en hauteur ou avec des machines. [...] [Le degré de travail] est resté le même de 2003 à 2012, jusqu'à la suppression de la rente. Puis Mme a développé des troubles dépressifs récurrents ». Les expertes ont conclu en ces termes: « La normalité de l'examen de l'appareil locomoteur à 18 ans d'évolution des troubles subjectifs relatés, sa stabilité par rapport à l'examen d'expertise de 2012 ne permet pas de reconnaître de limitation fonctionnelle au plan somatique. [...] Sur le plan psychiatrique, il existe une aggravation de l'atteinte psychiatrique à la santé avec augmentation de l'intensité d'un épisode dépressif dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent avec une utilisation de benzodiazepine nocive pour la santé, depuis l'expertise de

la Dre D.\_\_\_\_\_. Toutefois, la présente expertise a permis de confirmer qu'une partie de la Symptomatologie somatique voire même psychiatrique était nettement exagérée par l'assurée. Une capacité de travail de 50% est retenue dans une activité adaptée, en tenant compte de la maladie psychiatrique de base » (dossier AI pce p. 495 à 576).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 20 - La prise de position du 11 septembre 2017 du Dr Q.\_\_\_\_\_, du SMR, qui a noté que le rapport d'expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, du 4 juillet 2017 satisfaisait entièrement les critères de qualité attendus d'une expertise médicale, tant sur le plan formel que sur le fond médical. Il a cependant, en ce qui concerne le déconditionnement retenu par ladite expertise, exposé qu'« Une diminution de rendement théorique transitoire peut médicalement se justifier par le déconditionnement, une telle diminution de rendement (20%) était déjà retenue lors de la dernière expertise. Cependant, le déconditionnement n'est pas en soi une atteinte à la santé et il est réputé réversible. De plus, pour des raisons non médicales, un entraînement au travail sera très vraisemblablement mis en échec, tout comme l'ont été les MNR. C'est également ce que prévoient les experts (cf. réponse 4.7, p.71) » (dossier AI pce p. 579). - Le rapport d'expertise complémentaire du 7 février 2018 des Dresses E.\_\_\_\_\_, et F.\_\_\_\_\_, qui, en réponse aux questions posées par l'OAI, ont exposé que « Oui le trouble dépressif récurrent se greffant sur des traits de personnalité immature justifie une ITT dans toute activité du 24.02.2014 au 10.03.2017. Evaluer la répercussion d'un trouble de l'humeur sur la capacité de travail est complexe et même si la soussignée ne peut valider l'évaluation par le Dr P.\_\_\_\_\_ de la sévérité de l'épisode dépressif dans le cadre du trouble dépressif récurrent, la conjonction des traits de personnalité immature et le trouble dépressif récurrent entraîne une incapacité de travail soit totale soit partielle, comme la soussignée l'a motivé dans son rapport d'expertise. Si, comme la soussignée l'a précisé dans le rapport d'expertise du 04.07.2017, [l'assurée] souffrait d'un trouble dépressif récurrent en rémission lors de l'évaluation par la Dre D.\_\_\_\_\_, son état de santé s'est nettement aggravé au point de nécessiter une hospitalisation de jour dès le 24.02.2014 ce qui permet de retenir une ITT dans toute activité sur le premier marché du travail. Selon le psychiatre traitant, le Dr P.\_\_\_\_\_ et le Dr L.\_\_\_\_\_, l'intensité de l'épisode dépressif dans le cadre du trouble dépressif récurrent aurait été sévère, ce qui a motivé une augmentation du traitement psychotrope, traitement qui aurait pu être diminué par la suite. Cela signifie qu'il y a eu une aggravation nette de l'état de santé de l'assurée suivi d'une amélioration entre le 24.02.2014 et le 10.03.2017, jour de l'expertise par la Dre E.\_\_\_\_\_ et la soussignée. Les mesures de réinsertions durant cette période se sont révélées des échecs. Dans les documents concernant le CEPAI, CIS, les intervenants ont constaté que l'assurée portait sa tristesse sur elle ainsi qu'une grande fatigue psychique et une tendance à l'isolement. Cela confirme ITT en juin 2014 en l'absence d'observation objective d'une majoration des symptômes psychiatriques. En décembre 2014 et février 2015, le Dr P.\_\_\_\_\_ évoque une ITT avec en février 2016 l'apparition d'un déclin cognitif frappant. Il n'existe alors aucun indice objectif que l'ITT soit inadéquate avec l'affection psychiatrique diagnostiquée. De février 2016 à mars 2017, date de l'expertise, il n'existe aucun rapport médical de psychiatre traitant; selon le téléphone de la soussignée, avec le Dr P.\_\_\_\_\_, le traitement psychotrope aurait été modifié à plusieurs reprises, sans véritable succès, et l'assurée aurait présenté des effets secondaires au traitement prescrit, ce qui va dans le sens de la compliance et de la persistance de la Symptomatologie dépressive. Lors de la présente expertise par contre, tant la Dre E.\_\_\_\_\_ que la soussignée peuvent objectiver une majoration des symptômes physiques et psychiques. La gravité de la Symptomatologie et

son expression clinique se sont modifiées entre le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 05.02.2016 et la présente expertise. Entre les deux, il n'existe aucun élément objectif permettant de dater avec précision le changement de la Symptomatologie. C'est pourquoi la soussignée retient la date de l'entretien de l'expertise psychiatrique comme date objective de la modification de l'ITT » (dossier AI pce p. 597 s.).

Tribunal cantonal TC Page 16 de 20 - Le rapport médical du 26 avril 2018 du Dr P. \_\_\_\_\_, qui a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques. Il a estimé que la capacité de travail de sa patiente était nulle (dossier AI pce p. 645 s.). - Le rapport médical du 11 mai 2018 du Dr G. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en rhumatologie, qui, se déterminant sur le rapport d'expertise de la Dresse E. \_\_\_\_\_, a estimé « qu'il s'agit d'une expertise globalement lacunaire, biaisée, pleine d'à priori et qui ne semble pas se concentrer sur les problèmes principaux de la patiente. Du point de vue rhumatologique, il s'agit d'un syndrome douloureux chronique manifeste avec une allodynie et plus récemment, d'une suspicion de spondyloarthropathie. Du point de vue psychiatrique, il s'agit d'une dépression et d'une atteinte psychique sur laquelle je peux difficilement m'étendre au vu de mon manque de compétence dans ce domaine. Je m'étonne juste que le fait que le rapport psychiatrique estime la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée en tenant compte de la maladie psychiatrique de base, mais que l'évaluation globale retrouve une capacité totale, comme si la présence de comorbidité somatique annulait une quelconque atteinte psychiatrique ». Le médecin a ensuite mis en évidence le déconditionnement présenté par sa patiente. Il a par ailleurs exposé que « Parmi les nombreux examens complémentaires réalisés par la patiente, notons les suivants qui démontrent des signes inflammatoires à minima de type insertionnelles et synovites avec la présence d'érosions. Ces signes sont typiques d'un rhumatisme inflammatoire, et leur association est particulièrement pathognomonique d'une spondylarthropathie. Le rapport tant à minimiser ces signes et n'évoque en tout cas pas d'alternatives diagnostique. [...] Suite à ces différents points, il semble que la démarche du rapport d'expertise donne l'impression que celle-ci n'a pour but que de chercher à conclure à un diagnostic final de syndrome douloureux somatoforme persistant, diagnostic permettant, pour les experts, de rejeter a posteriori toutes les limitations aux capacités potentiellement liées aux atteintes somatiques connues. L'expertise est clairement biaisée et uniquement les éléments en faveur de leur argumentaire sont retenus, les éléments en faveur d'un diagnostic somatique étant systématiquement rejetés. Tous les éléments sont rapportés dans l'optique de la démonstration de leur point de vue unique et à aucun moment les experts n'envisagent une hypothèse alternative ». Le rhumatologue a finalement noté que « c'est bien la fatigue et les douleurs qui conditionnent l'incapacité et non pas le diagnostic en soi » (dossier AI pce p. 637 à 650). - La prise de position du 28 juin 2018 du Dr Q. \_\_\_\_\_, du SMR, qui a estimé que le Dr G. \_\_\_\_\_ faisait une interprétation différente d'une situation connue et largement investiguée sans toutefois démontrer de fait nouveau dûment objectivé (dossier AI pce p. 656 s.). Dans le cadre de la présente procédure de recours, la recourante a encore produit: - Le rapport médical du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, qui a dit partager l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ et conclu à une capacité de travail nulle, même dans une activité adaptée. Il a tout d'abord précisé n'avoir lui-même jamais constaté chez sa patiente d'incohérences dans le comportement corporel pouvant laisser penser à une simulation. Il a ensuite reproché à l'experte psychiatre de n'avoir pas tenu compte dans ses conclusions de l'« aggravation de la situation concernant l'état dépressif avec une capacité maximale de 50% ». Enfin, il a noté que le tableau global

de sa patiente n'avait pas été pris en compte, précisant que c'est l'association de la problématique douloureuse rhumatologique et psychiatrique qui influence la capacité de travail; il a dans ce cadre souligné que le Dr M.\_\_\_\_\_ avait considéré que le déconditionnement de la patiente rendait une réinsertion difficile.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 20 - Le rapport médical du 27 novembre 2018 de la Dresse I.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en rhumatologie, qui a noté que le « Score SONAR à 15/66 [témoigne] d'une maladie inflammatoire active, avec 6 synovites de grade I et 4 synovites de grade II, dont 3 prenant le Doppler ». 3.3. 3.3.1. Dans la présente espèce, en ce qui concerne l'état de santé de la recourante au moment de l'expertise des Dresses E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, soit au 10 mars 2017, la Cour de céans fait siennes les conclusions des expertes sollicitées. Formellement, d'une part, le rapport d'expertise des Dresses E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ est largement fourni, très détaillé et a été établi en pleine connaissance du dossier, après que les médecins spécialistes aient personnellement et à plusieurs reprises reçu la recourante. Les expertes se sont fondées sur des examens complets et récents, contrairement à ce qu'allègue la recourante; un score ultra-sonographique SONAR a même été effectué le 10 mars 2017 et des données ORL complètes ont même été produites le 28 mars 2017. En outre, les plaintes exprimées par la patiente ont également été prises en considération et les indicateurs posés par la jurisprudence fédérale ainsi que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude particulièrement fouillée. Enfin, l'appréciation médicale des expertes est claire et univoque et leurs conclusions sont concordantes et dûment motivées. D'autre part, le grief de prévention implicitement soulevé à l'égard des expertes par le Dr G.\_\_\_\_\_ ne résiste pas à l'examen. En effet, un expert ne passe pour prévenu que lorsqu'il existe des circonstances objectives propres à faire naître un doute sur son impartialité (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee; 123 V 176 consid. 3d et la référence citée). Or, dans le rapport d'expertise litigieux, rédigé de façon neutre et objective, absolument rien ne suggère la prévention. Partant, le rapport d'expertise en cause remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence (cf. supra consid. 2.2. et 2.3.), ainsi que l'a confirmé le Dr Q.\_\_\_\_\_, du SMR, dans sa prise de position du 11 septembre 2017. Il sied donc de lui accorder une pleine valeur probante. Matériellement, la recourante, en se prévalant des avis des Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, soutient en substance que son état de santé se serait aggravé tant au plan somatique – ils ont constaté une spondyloarthropathie – qu'au plan psychique et que ce serait la fatigue et les douleurs qui conditionneraient l'incapacité. L'autorité intimée, en se fondant sur le rapport d'expertise des Dresses E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ et la prise de position de son service médical, a pour sa part retenu que l'assurée majorait ses symptômes tant au niveau somatique qu'au niveau psychique. Il sied de relever tout d'abord que, comme cela ressort du rapport d'expertise du 4 juillet 2017 et du rapport d'expertise complémentaire du 7 février 2018, la majoration des symptômes somatiques et psychiques a été constatée tant par l'experte rhumatologue que par l'experte psychiatre. De nombreux critères de majoration des symptômes selon Matheson ont été relevés lors des examens. De plus, le hiatus a été qualifié de nette, la symptomatologie jugée nettement exagérée, et le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 a été formellement et effectivement posé. Ce diagnostic est par ailleurs corroboré par les constatations médicales et les conclusions prises par la Dresse D.\_\_\_\_\_ en 2012, qui a elle également souligné l'existence d'une discrétance nette entre l'intensité des douleurs arguées et les données de l'examen.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 20 Ainsi, en l'absence de tout nouvel élément médical objectif, l'avis soutenu par les Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ne constitue effectivement qu'une autre appréciation d'un état de santé demeuré inchangé, comme l'a exposé le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 28 juin 2018. Or, en admettant l'existence d'une majoration de symptômes chez l'assurée, les griefs formulés par les médecins traitant de l'assurée tombent à faux. En outre, force est de constater que les rapports des Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ne sont pas aussi fouillés et détaillés que le rapport d'expertise des Dresses E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, tant s'en faut. Au demeurant, en ce qui concerne le diagnostic de spondyloarthropathie, force est de reconnaître que l'experte rhumatologue sollicitée n'a jamais nié l'existence de toute atteinte physique, mais a au contraire retenu que le seuil diagnostique n'était pas atteint chez l'assurée; c'est le lieu de noter que le Dr G.\_\_\_\_\_ n'a textuellement fait état que d'une suspicion de spondyloarthropathie. Enfin, il sied de rappeler qu'il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant 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 (cf. supra consid. 2.4.). Quant à la baisse de rendement de 20% environ retenue par la Dresse E.\_\_\_\_\_ en raison d'un désentraînement pour 3 mois ou au déconditionnement invoqué par les Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, force est de reconnaître que cette situation de faits ne constitue pas une atteinte à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI mais relève exclusivement de facteurs psychosociaux et socioculturels (cf. supra consid. 2.3.). Le Dr Q.\_\_\_\_\_ l'a clairement exposé dans sa prise de position du 11 septembre 2017. La Cour de céans retient en somme, avec l'autorité intimée et les expertes, que la recourante dispose, à compter du 10 mars 2017, d'une capacité de travail de 50% dans une activité de substitution adaptée. Les preuves figurant au dossier, constituées essentiellement de pièces médicales, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise complémentaire, ainsi que l'a sollicité à titre subsidiaire la recourante. La jurisprudence admet un tel procédé (cf. supra consid. 2.4.). 3.3.2. Le taux d'invalidité résultant de l'incapacité de travail de la recourante doit dès lors être déterminé. Dans la mesure où elle est demeurée incontestée par la recourante – qui s'est bornée à requérir un abattement sur le gain dit d'invalidé –, la comparaison de revenus effectuée par l'autorité intimée dans la décision entreprise peut être reprise céans. Ainsi, son revenu de valide de CHF 45'619.60 (soit le revenu de valide effectivement réalisé de CHF 40'300.- [CHF 3'100.- x 13; cf. dossier AI pce p. 118] et retenu dans la décision d'octroi de rente de 2002, indexé à 2016 au taux de 13.2% selon l'indice des salaires minimaux de la branche) doit être comparé à son revenu d'invalidé de CHF 27'192.35 (soit CHF 4'300.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, tableau ESS14 TA 1\_tirage\_skill level, total des salaire, femme, adapté à la durée de travail hebdomadaire usuelle de 41.7 heures, x 12, indexé à 2016 à 1.1% selon l'indice des salaires minimaux de la branche, à 50%), laissant apparaître une incapacité de gain de 40.39%, ce qui correspond à un quart de rente d'invalidité. Quant à l'abattement supplémentaire requis, il convient de souligner que le juge ne peut sans motif pertinent substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, celle-ci disposant à cet égard

Tribunal cantonal TC Page 19 de 20 d'une marge d'appréciation importante (ATF 137 V 71 et les références citées). Or, la recourante n'a point motivé sa requête par des considérations concrètes. En tout état de cause, l'appréciation de l'autorité intimée apparaît défendable, au

regard notamment de l'âge de l'assurée, de son taux d'occupation et du fait que le niveau de qualification retenu (soit le plus bas, le 1) est suffisamment représentatif et recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec ses limitations fonctionnelles somme toute peu contraignantes (cf. à cet égard les arrêts TF 9C\_963/08 du 27 mai 2009 et 8C\_97/2014 du 16 juillet 2014). En aucun cas, une abatement de 25% se justifie en l'espèce. 3.4. Par contre, s'agissant de l'état de santé de la recourante avant l'expertise, la Cour de céans ne peut suivre le raisonnement de l'autorité intimée. Directement interrogées sur la question par cette dernière, les Dresses E. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont en effet, dans leur rapport d'expertise complémentaire du 7 février 2018, confirmé les conclusions de leur rapport d'expertise et ainsi rappelé qu'une incapacité de travail totale dans toute activité devait être reconnue à la recourante du 24 février 2014 au 10 mars 2017 pour des motifs psychiatriques. Rien au dossier n'indique pour quelles raisons, l'autorité intimée aurait consciemment renoncé à suivre ces conclusions. Partant, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2016 (six mois après le dépôt de la demande, art. 29 al. 1 LAI, cf. supra consid. 3.1. et 2.2.) au 30 juin 2017 (trois mois après l'amélioration prenant date à l'expertise du 10 mars 2017, art. 88a al. 1 RAI, cf. supra consid. 2.5.3.). 3.5. En définitive, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2016 au 31 juin 2017, puis à un quart de rente d'invalidité à partir du 1er juillet 2017. 4. 4.1. Il s'ensuit l'admission partielle du recours. 4.2. La recourante ayant partiellement obtenu gain de cause, les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge de l'autorité intimée pour la moitié, par CHF 400.-, et à la charge de la recourante pour la moitié, par CHF 400.- également. Le solde de CHF 400.- de l'avance de frais consentie par la recourante doit lui être restitué. 4.3. Eu égard au sort du litige, la recourante a droit à des dépens (réduits), en application des art. 137 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et au tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12). Attendu toutefois que le temps de travail facturé (28 heures et 56 minutes) n'est pas dans un rapport raisonnable avec le travail effectivement réalisé (correspondant essentiellement à 31 pages de texte, large) et avec le travail qui aurait été strictement nécessaire dans la présente espèce, qu'il en va de même du temps prévu pour les opérations ultérieures (2 heures ont été requises), qu'il en va de même des débours (CHF 894.- ont été requis), que le tarif horaire appliqué n'est pas conforme au Tarif/JA (CHF 280.-; cpr. art. 8 al. 1 Tarif/JA), qu'il en va de même des frais de photocopie (CHF 1.- par photocopie; cpr. art. 9 al. 2 Tarif/JA) et que les autres frais n'ont pas été détaillés, l'indemnité de dépens ne saurait être fixée sur la base de la liste de frais produite en date du 13 mai 2019. La recourante s'étant seulement vu accordé un droit à la rente entière une année et demie de plus que ce qu'avait prévu la décision querellée en lieu et place de la rente entière demandée pour une durée indéterminée, au regard du travail effectué par la mandataire de la recourante

Tribunal cantonal TC Page 20 de 20 (essentiellement 31 pages de texte, large) et de la difficulté ainsi que de l'importance relatives du litige, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle cette dernière a droit à CHF 2'500.- (soit la moitié de CHF 5'000.-, correspondant à 20 heures de travail au tarif horaire de CHF 250.-), débours compris, plus CHF 192.50 au titre de la TVA à 7.7%. Cette indemnité totale de CHF 2'692.50 est intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée à la mandataire de la recourante. la Cour arrête : I. Le recours est admis partiellement. Partant, A. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2016 au 31 juin 2017, puis à un quart de rente d'invalidité

à partir du 1er juillet 2017. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg par CHF 400.- et à la charge de A. \_\_\_\_\_ par CHF 400.-. III. Le solde de l'avance de frais de CHF 400.- est restitué à A. \_\_\_\_\_. IV. L'indemnité de dépens allouée à A. \_\_\_\_\_ est fixée à CHF 2'500.-, débours compris, plus CHF 192.50 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 2'692.50. Elle est intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et sera directement versée à Me Emmanuelle Martinez-Favre. V. Notification. 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 5 novembre 2019/yho Le Président : La Greffière-stagiaire :

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