

FR_GERICHTE 608 2020 194 vom 15. Juli 2021

FR Kantonsgericht, 2021-07-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_194

FR: FR_GERICHTE 608 2020 194 du 15 juillet 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2020 194 del 15 luglio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 30

novembre 2003 et d'une rente entière du 1er décembre 2003 au 31 mars 2004. Par décision du 29 avril 2011 (dossier OAI, p. 194), faisant suite à une nouvelle demande de l'assurée fondée sur une péjoration de son état psychique, l'OAI-VD a nié son droit à une rente. Suite à une communication de détection précoce envoyée par l'assureur-perte de gain de l'assurée, l'OAI-VD a demandé à cette dernière de remplir une nouvelle demande de prestations AI. Par décision du 16 octobre 2014 (dossier OAI, p. 494), l'OAI-VD lui a accordé un quart de rente d'invalidité dès le 1er avril 2013. Il a retenu que, depuis le 5 avril 2012, la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte et qu'à la fin du délai d'attente d'une année, soit le 5 avril 2013, elle présentait une incapacité de travail de 40 % dans toute activité pour des raisons psychiques. Par décision du 19 avril 2018 (dossier OAI, p. 848), faisant suite à une demande de révision déposée par l'assurée le 12 mai 2017, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juin 2017. Il a considéré que son état de santé s'était aggravé dès le 7 septembre 2016, mais que, dans un premier temps, cette aggravation n'avait engendré que des incapacités de travail de courte durée. En revanche, dès le mois de mars 2017, une incapacité de travail totale, dans toute activité, a été retenue. B. Dans le cadre d'une procédure de révision d'office initiée le 23 janvier 2019, une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) a notamment été mise en œuvre. Par décision du 10 septembre 2020 (dossier OAI, p. 1079), l'OAI a réduit la rente entière qui était versée jusqu'ici à un quart de rente au taux de 40 % dès le premier jour du 2ème mois qui suit la notification de la décision. Sur la base des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, il a considéré que l'exercice de son activité habituelle, activité considérée comme adaptée à son atteinte à la santé et aux limitations fonctionnelles qui en découlent, était exigible à 60 % sans diminution de rendement. C. Contre cette décision, A. _____, représentée par Me Stève Kalbermatten, avocat, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 8 octobre 2020, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée et, principalement, au maintien du versement de la rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique et nouvelle décision. A titre préjudiciel, elle conclut également à la restitution de l'effet suspensif au recours. A l'appui de son recours, elle conteste la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire en tant qu'elle conclut que les troubles psychiques qu'elle présente n'ont pas d'incidence sur sa capacité de

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 travail. A cet égard, elle précise qu'en raison de sa personnalité, elle a des difficultés à exprimer ses émotions et que ces difficultés sont de nature à perturber le processus d'expertise. Sur la base de l'avis de ses médecins traitants et en particulier de celui de sa psychiatre traitante qui la suit depuis des années, elle estime qu'on doit lui reconnaître une incapacité de travail de 40 % sur le plan psychiatrique et que celle-ci s'ajoute à l'incapacité de travail de 40 % retenue sur le plan somatique, de sorte que sa rente entière d'invalidité est maintenue au-delà du 1er novembre 2020. A titre subsidiaire, elle demande à être soumise à une nouvelle expertise psychiatrique respectant les particularités de sa personnalité. Le 30 octobre 2020, la recourante a versé une avance de frais de CHF 800.-. Par décision incidente du 12 novembre 2020, la Cour de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif. Dans ses observations du 20 novembre 2020, l'autorité intimée conclut au rejet du recours en se référant au dossier constitué et à la motivation de la décision querellée. Le 11 mai 2021, AXA Fondation LPP Suisse Romande Winterthur (ci-après: AXA-Winterthur) et la Bâloise-Fondation collective pour la prévoyance professionnelle obligatoire (ci-après: la Bâloise), à qui la décision attaquée avait également été notifiée, ont été appelées en cause en tant que fonds LPP intéressés. Dans sa détermination du 27 mai 2021, AXA-Winterthur indique qu'après avoir reçu et étudié le dossier AI complet, elle a décidé de renoncer à s'exprimer dans la procédure en question. Elle précise en outre que l'assurée n'est plus affiliée auprès d'elle et que, depuis le 1er janvier 2019, la nouvelle institution de prévoyance est la fondation Copré. Dans un courrier du 1er juin 2021, la Bâloise fait savoir qu'elle renonce également à prendre position sur l'objet du litige. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, 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 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 Est réputée 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 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020). 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). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a

droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière. 2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (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.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent 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). 3. 3.1. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé 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. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 3.2. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 Lorsqu'il s'agit d'examiner 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 de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères

jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 4. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 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 371 consid. 2b et 387 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). 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). 5. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'autorité intimée a diminué la rente entière d'invalidité perçue jusqu'alors par la recourante à un quart de rente à l'issue de la révision d'office initiée le 23 janvier 2019. Pour répondre à cette question, il faut, selon la jurisprudence susmentionnée en matière de révision, déterminer si son taux d'invalidité s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la décision du 19 avril 2018, dernière décision entrée en force qui repose sur un

examen matériel du droit à la rente, avec celui qui était le sien à la date à laquelle la décision querellée a été rendue, soit le 10 septembre 2020. 5.1. Au moment de la décision du 19 avril 2018, la situation médicale de la recourante était la suivante: Dans un rapport du 8 mai 2017 (dossier OAI, p. 643), la Dre C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, atteste que l'assurée est suivie à sa consultation depuis septembre 2013 en raison d'un trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0). Elle ajoute que l'état de santé s'est aggravé depuis le début de l'année dans le cadre de douleurs et d'interventions chirurgicales liées à des problèmes articulaires et orthopédiques. Elle précise que, dans ce contexte, l'état de santé psychique a été marqué par la réapparition de symptômes anxieux et dépressifs. Dans un rapport du 14 juillet 2017 (dossier OAI, p. 654), le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne, soutient la demande de révision de l'assurée et donne les indications suivantes: "Sur le plan fonctionnel, suite à un traumatisme banal, elle a présenté des lésions bilatérales des deux épaules qui ont nécessité une double opération arthroplastie en janvier et mai 2017 (Dr E. _____, [...]), puis un séjour hospitalier à [...] pour soins impossibles à domicile et suivi antalgique spécialisé. Sur le plan diagnostique, elle m'informe qu'elle a consulté le Dr F. _____, à [...], qui a posé le diagnostic de syndrome d'Ehler-Danlos. [...] Ce diagnostic d'une maladie congénitale du tissu conjonctif, ainsi que l'aggravation actuelle du status fonctionnel (aggravation qui peut être mise en lien avec le diagnostic), sont des éléments qui n'étaient pas présents lors de la détermination de la rente actuelle, et qui justifient à mes yeux une réévaluation [...]". Dans un rapport du 8 août 2017 (dossier OAI, p. 656), le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après SMR), estime que l'assurée a rendu plausible une modification de son état de santé avec effet sur sa capacité de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 travail. Il relève qu'elle a été opérée en janvier et en mai pour des lésions des épaules et qu'elle souffre du syndrome d'Ehlers-Danlos selon le Dr F. _____. Il précise que cette atteinte à la santé n'est pas en relation avec l'atteinte qui a conduit à la rente. Dans un rapport du 25 août 2017 (dossier OAI, p. 668), la Dre C. _____ considère que l'état de santé est stationnaire et pose les diagnostics de trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) présent depuis l'enfance et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) existant depuis 2007. Elle fait les constatations suivantes: "Depuis mon dernier rapport du 17.01.2014, l'évolution clinique, au plan psychiatrique, est stationnaire avec persistance d'épisodes de tristesse, d'une anxiété de fond constante, de difficultés de concentration et d'attention, d'une fatigabilité. Depuis le début de cette année, [la patiente] a subi deux interventions chirurgicales liées à des problèmes articulaires et orthopédiques. Dans ce contexte, les épisodes de tristesse et d'anxiété ont été plus fréquents. L'assurée rapporte des douleurs importantes et m'a transmis que des problèmes lombaires ainsi qu'un syndrome d'Ehlers-Danlos étaient suspectés". Elle estime que, sur le plan purement psychiatrique, la diminution de la capacité de travail est toujours de 40 %. Elle précise que, sur le plan purement psychiatrique, l'activité exercée jusqu'à maintenant pourrait être exercée à un taux de 60 %, mais que les problèmes somatiques entraînent une incapacité de travail totale. Dans un rapport du 14 septembre 2017 (dossier OAI, p. 709), le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne, pose les diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, de status après stabilisation d'une lésion labrale des deux épaules en 2017, status après opération de hernie discale L3-L4 en 2003 et de L4-L5 gauche en 2015, syndrome d'Asperger. Il constate que cette patiente présente des douleurs articulaires dans le cadre d'un syndrome d'Ehlers-Danlos et

qu'actuellement, la rééducation reste difficile avec une limitation fonctionnelle des membres supérieurs et au niveau du rachis, de sorte qu'un reconditionnement musculaire reste nécessaire. Il retient les limitations fonctionnelles suivantes: posture assise limitée à 5-10 minutes, pas de travail au-dessus de l'horizontal, concernant les ports de charge, une évaluation des capacités fonctionnelles serait nécessaire, mais il est trop tôt pour pouvoir l'effectuer. Il atteste une incapacité de travail à 100 % dès le 22 mars 2017. Dans un rapport du 4 décembre 2017 (dossier OAI, p. 779), le Dr H. _____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr I. _____, médecin-assistant, retiennent les diagnostics avec effets sur la capacité de travail suivants: syndrome radiculaire L5 droit chronique acutisé sur possible conflit disco-radiculaire, syndrome Asperger (F84.5), probable syndrome d'Ehlers-Danlos type III, status après stabilisation d'une lésion labrale des deux épaules en 2017, status après cure d'hernie discale L3-L4 en 2003, status après cure d'hernie discale L4-L5 en 2015, trouble anxio-dépressif (F31.2). Ils considèrent que, compte tenu de la chronicité des symptômes rachidiens, des antécédents opératoires récents aux deux épaules, du contexte d'hyperlaxité ligamentaire et des comorbidités psychiatriques, le pronostic est très réservé avec un risque très élevé de chronicisation. Ils retiennent une incapacité de travail à 100 %. Ils concluent qu'une reprise de l'activité semble actuellement peu envisageable à court et moyen terme. Dans un rapport d'expertise du 15 janvier 2018 (dossier OAI, p. 818), réalisée à la demande de l'assureur-maladie perte de gain de la recourante, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne, retient les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dorsolombalgies chroniques, discopathie étagée, status après cure de hernie discale L3-L4 en 2003 et L4-L5 gauche en 2015, status après opération de stabilisation des deux épaules en janvier et mai 2017 pour lésion SLAP V à droite et instabilité antérieure sur hyperlaxité bilatérale. En revanche, il estime que les diagnostics

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 suivants n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail: hyperlaxité dans le contexte d'un possible syndrome d'Ehlers-Danlos, syndrome douloureux chronique, polyarthralgies, céphalée tensionnelle, colopathie d'allure fonctionnelle, troubles hyperkinétiques avec perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) traité, tremor essentiel, notion de syndrome d'Asperger et obésité de classe 1. Il énonce les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port répétitif de lourdes charges, pas de travail en longue position statique, immobile ou en flexion antérieure du tronc prolongée, ou dans une activité en zone basse, pas d'activité en terrain accidenté ou décliné, pas de travaux exigeant le passage d'escaliers, l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages. Il considère que, sur le plan somatique, il existe une totale capacité de travail, l'activité déployée respectant les limitations fonctionnelles, et ce probablement dès l'automne 2017. Il précise que, sur le plan orthopédique, l'incapacité de travail a pu être justifiée pendant 3 mois après l'intervention du 12 janvier 2017 et 3 mois après celle du 16 mai 2017. Dans un rapport du 16 janvier 2018 (dossier OAI, p. 793), le Dr G. _____ du SMR considère que l'état de santé s'est aggravé surtout par son hyperlaxité des articulations avec multiples chutes et lésions articulaires. Il fait remonter l'aggravation à la deuxième chute du 7 septembre 2016 et indique qu'une incapacité de travail à 100 % est attestée depuis le 22 mars 2017. Il constate que son ancienne activité de dessinatrice semble plutôt adaptée, mais qu'elle n'est pas exigible pour le moment. Il estime que la situation devra être réévaluée dans une année. Suivant l'avis de son médecin SMR, l'OAI a ainsi retenu que l'état de santé de la recourante s'était aggravé en raison de ses problèmes somatiques et que cette dernière présentait une incapacité de travail totale dès le 22 mars 2017, ce qui justifiait de lui d'accorder une rente entière d'invalidité dès le 1er juin 2017. 5.2. Au moment de la décision litigieuse du 10

septembre 2020, la situation médicale de la recourante se présente ainsi: Dans un rapport du 12 février 2019 (dossier OAI, p. 913), la Dre C. _____ maintient les diagnostics de trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et confirme que, sur le plan purement psychiatrique, la patiente présente une incapacité de travail de 40 % au long cours. Dans un rapport du 1er avril 2019 (dossier OAI, p. 922), le Dr D. _____ pose les diagnostics de syndrome psycho-organique complexe avec syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile, gonalgies chroniques, dorso-lombalgies chroniques sur hernie discale récidivante, symptômes d'Asperger et probable trouble de déficit d'attention sans hyperactivité. Il relève une détérioration depuis septembre 2016. Il considère que l'activité habituelle n'est plus exigible et qu'une activité adaptée est possible à maximum 30 % par jour. Dans un rapport du 18 juillet 2019 (dossier OAI, p. 934), le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne auprès du SMR, estime que l'avis du précédent médecin SMR était basé sur des données médicales incomplètes et un état de santé non stabilisé. Il se réfère au rapport d'expertise du Dr J. _____ pour retenir que la situation s'est améliorée tant du point de vue psychiatrique (aucune atteinte incapacitante n'est plus présente, l'assurée est euthymique) que du point de vue somatique (capacités fonctionnelles qui sont compatibles avec une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de dessinatrice). Il considère que les nouveaux rapports de 2019 sont globalement peu contributifs, peu objectifs, peu motivés et qu'ils n'amènent aucun nouvel élément pour remettre en discussion l'appréciation donnée ci-dessus.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 Dans leurs rapports respectifs du 23 août et du 5 septembre 2019, la Dre C. _____ et le Dr D. _____ maintiennent leur avis. Dans un rapport du 19 septembre 2019 (dossier OAI, p. 971), le Dr F. _____ explique que c'est le syndrome d'Ehlers-Danlos qui reste le facteur limitant, ayant une limitation sur les activités que la patiente peut effectuer, tant au niveau des membres supérieurs qu'au niveau du rachis. Comme limitations fonctionnelles, il relève que la position assise est limitée à 5-10 minutes et qu'elle ne peut pas faire de travail au-dessus de l'horizontal. En revanche, il ne peut pas se prononcer au sujet des limitations des ports de charges, car il n'y a pas eu d'évaluation des capacités fonctionnelles les concernant. Il estime que le travail en qualité de dessinatrice est fortement compromis, mais que, dans une activité alternant les postures, une capacité de 50 % serait possible. Il reconnaît toutefois qu'il n'a pas revu la patiente depuis plus d'une année. Suite aux objections de la recourante au projet de décision du 23 juillet 2019 qui prévoyait la suppression de la rente d'invalidité sur la base des avis des Drs K. _____ et J. _____, l'autorité intimée a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Dans leur rapport d'expertise du 10 mars 2020 (dossier OAI, p. 994), la Dre L. _____, spécialiste en rhumatologie, le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne, et le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, arrivent aux conclusions suivantes: "Aujourd'hui pour des raisons d'ordre purement somatique nous reconnaissons à cette assurée une incapacité (recte: capacité) de travail de 60 % par baisse de rendement, en raison des douleurs associées à ses antécédents ostéoarticulaires multiples, même dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus. Cette incapacité à 40 % a été reconnue à juste titre par l'AI dès 2012, ce qui a conduit à l'octroi d'un quart de rente dès avril 2013. La chute du 7 septembre 2016, qui a conduit aux interventions sur les épaules, a marqué le début d'une péjoration et, si nous n'avons pas apprécié nous-mêmes la capacité de travail à cette période, la reconnaissance d'une incapacité totale dans toute activité nous semble cohérente. Cependant, la situation s'est

améliorée après les deux interventions sur les épaules et nous nous accordons partiellement avec l'expertise du Dr J._____. L'amélioration a été confirmée peu après par l'enquête impotence. Selon nous, l'expertise de janvier 2018 peut être retenue comme marquant le retour au statu quo ante; c'est à dire à l'incapacité à 40 % dans une activité adaptée (et non le retour à une capacité totale). Cette appréciation est encore valide et se trouve d'ailleurs concordante avec celle du psychiatre traitant; même s'il y a eu, selon nous, une amélioration avec l'introduction d'un nouveau traitement. Et en aucun cas ces deux motifs d'incapacité ne sauraient s'additionner". Dans un rapport du 17 mars 2020 (dossier OAI, p. 1040), le Dr K._____ du SMR constate des contradictions entre l'expertise du Dr J._____ de 2018 et l'expertise pluridisciplinaire de 2020, en particulier dans son volet rhumatologique. Il estime néanmoins que l'on peut suivre l'avis issu de la deuxième expertise. Ses conclusions sont les suivantes: "L'appréciation de l'expert [de 2020] en regard des atteintes somatiques objectives qui peuvent limiter partiellement la capacité de travail est plausible. Il justifie l'incapacité de travail de 40% de manière objective et se base aussi sur l'ancienne décision de l'OAI, qui avait déjà reconnu une incapacité de travail de 40% dans toute activité en 2014. Par la suite la situation s'était aggravée (capacité nulle) et par la suite, grâce aux traitements, elle s'était à nouveau améliorée et la capacité de travail antérieure (60%) avait été retrouvée (mais pas une capacité de 100%). Cette conclusion est cohérente et peut être suivie. Cohérentes sont aussi les limitations fonctionnelles énumérées. En conclusion, l'expertise pluridisciplinaire [de 2020] est convaincante du point de vue sa forme et de ses contenus. Il y a un désaccord partiel avec l'expertise APG précédente, que le SMR ne peut pas expliquer entièrement, mais l'expertise [de

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 2020], à elle seule, suit son propre fil de cohérence et ses conclusions sont cohérentes avec ses diagnostics et ses observations cliniques". Dans un rapport du 28 avril 2020 (dossier OAI, p. 1060), la Dre C._____ constate que les diagnostics posés par l'expert-psychiatre rejoignent ceux qu'elle a elle-même posés, soit un trouble hyperkinétique (F90) et un trouble anxieux et dépressif mixte (F41). Elle prend note que le trouble hyperkinétique, actuellement efficacement traité, n'est plus considéré comme incapacitant. En revanche, elle maintient que le trouble anxieux et dépressif mixte est incapacitant et que les limitations fonctionnelles constituées par la présence constante d'un chagrin et d'une fatigue engendrent une incapacité de travail de 40 %. Elle conclut ainsi que l'incapacité liée au trouble anxieux et dépressif mixte devrait, additionnée à l'incapacité liée aux pathologies somatiques, participer au calcul du taux d'incapacité de travail global. Dans un rapport non daté (dossier OAI, p. 1058), le Dr D._____ indique qu'il rejoint les experts dans l'évaluation rhumatologique et médicale de la situation, mais considère que c'est surtout la dimension psychosomatique de cette situation qui lui semble incomplètement identifiée dans cette expertise. Il se prononce en outre sur le plan psychiatrique et relève que, malgré l'absence de diagnostics positifs de trouble de la personnalité, de trouble thymique grave, de trouble anxieux majeur, la coexistence de perturbations dans différents domaines du fonctionnement psychique semble constituer une limitation significative à une réinsertion professionnelle. Enfin, il souligne également la présence de tremblements invalidants des membres supérieurs prédominant à droite qui empêchent la patiente de reprendre son activité antérieure de dessinatrice en bâtiments. Dans un complément d'expertise du 17 août 2020 (dossier OAI, p. 1066), les experts répondent aux arguments des médecins traitants. Ils soulignent en premier lieu que le Dr D._____ s'exprime sur le plan psychiatrique alors que ce n'est pas sa spécialité médicale et qu'il évoque un diagnostic de trouble somatoforme qui n'a jamais été retenu par les

psychiatres. S'agissant du tremblement fonctionnel, ils relèvent qu'il est très ancien et s'est accentué en 2006, mais qu'il n'a jamais empêché l'expertisée d'exercer son métier. Ils estiment en outre qu'une incapacité de travail de nature psychiatrique ne se justifie plus en raison de l'effet bénéfique du traitement psychothérapeutique et pharmacologique. Ils précisent également que, même s'ils avaient suivi l'avis de la psychiatre traitante en maintenant une incapacité de travail de 40 %, aucune interaction entre l'atteinte psychiatrique et l'atteinte somatique n'aurait justifié que ces deux incapacités de nature différente s'additionnent. Enfin, ils soulignent qu'ils n'ont pas négligé la composante émotionnelle de la douleur, puisqu'ils ont retenu le diagnostic d'état douloureux chronique diffus (R52.2), lequel n'est cependant pas incapacitant au regard des critères jurisprudentiels qu'ils ont passé en revue dans une annexe. 5.3. Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate que l'expertise pluridisciplinaire du 10 mars 2020 remplit les conditions formelles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle repose sur une pleine connaissance de l'anamnèse, se base sur des examens complets et tient compte des plaintes exprimées par la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions communes sont convaincantes. Dans le rapport d'expertise rhumatologique du 22 janvier 2020, la Dre L. _____ conclut que, d'un point de vue strictement rhumatologique, la capacité de travail dans une activité légère adaptée aux limitations est de 60 % et ce depuis la première demande de prestations AI en 2004. Elle reconnaît qu'il y a eu des incapacités de travail totales transitoires liées aux interventions chirurgicales subies, mais n'excédant pas 6 mois chacune. Elle précise en outre que d'autres atteintes, en particulier

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 psychiatrique et neurologique, doivent être également prises en compte et que la capacité de travail finale ne sera donc déterminée qu'au terme de l'entretien de synthèse. Dans le rapport d'expertise psychiatrique du 23 janvier 2020, le Dr N. _____ conclut pour sa part que la capacité de travail au motif psychiatrique est de 100 % depuis toujours en l'absence de psychopathologie incapacitante et que seules des inflexions ponctuelles de la capacité de travail ont pu être retenues. Dès lors, dans leurs conclusions communes, ils retiennent qu'une incapacité de travail de 40 % a été reconnue à juste titre dès 2012 et que la chute du 7 septembre 2016, qui a engendré les deux interventions chirurgicales aux épaules en janvier et mai 2017, a marqué une péjoration de l'état de santé entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité. Par la suite, ils estiment que la situation s'est améliorée depuis janvier 2018 déjà (date de l'expertise du Dr J. _____, lequel retient toutefois une capacité de travail totale, et période qui correspond quasiment aux 6 mois post-opératoire après la deuxième intervention de mai 2017), que l'incapacité de travail est revenue au taux de 40 %, comme auparavant, et que cette situation perdure au moment de leur expertise. Au vu de l'ensemble du dossier médical, les conclusions communes des experts sont cohérentes et convaincantes sur le plan de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. En revanche, on ne peut pas les suivre sur le fait que l'incapacité de travail de 40 % est due exclusivement aux atteintes somatiques et cela depuis 2004 selon l'experte-rhumatologue. Compte tenu des éléments présents au dossier, il sied de constater que, depuis toujours, la recourante a présenté des atteintes tant somatiques (antécédents ostéo-articulaires multiples, syndrome d'Ehlers-Danlos) que psychiatriques (séquelles probables liées aux abus sexuels, maltraitance, traumatismes durant l'enfance, trouble hyperkinétique, trouble anxieux et dépressif) et que leur incidence sur sa capacité de travail a fluctué selon les périodes. En effet, dès 2002-2003, la diminution de la capacité de travail était due aux atteintes somatiques et psychiatriques. Par la suite, les

médecins ont retenu qu'en 2012, la diminution de 40 % était due uniquement aux atteintes d'ordre psychique et qu'en 2017, une aggravation de l'état de santé sur le plan somatique engendrait une incapacité de travail totale. Il est ainsi démontré que les incidences des atteintes somatiques et psychiatriques sur la capacité de travail de la recourante ont toujours été liées. On doit dès lors se distancer quelque peu de l'appréciation individuelle de l'expert-psychiatre, dans le sens où il retient les mêmes diagnostics que la psychiatre traitante (trouble hyperkinétique [F90] et trouble anxieux et dépressif mixte [F41.2]), mais considère qu'ils ne sont pas du tout invalidants. Or, depuis 2012, la situation psychiatrique de la recourante n'a pas réellement changé, si ce n'est le trouble hyperkinétique qui est actuellement bien traité et n'est donc plus incapacitant, ce que la psychiatre traitante reconnaît également dans son dernier rapport du 28 avril 2020. En revanche, s'agissant du trouble anxieux et dépressif mixte, il faut relever que le traumatisme lié à l'enlèvement de ses enfants est toujours présent, puisqu'elle n'a toujours pas de contact avec eux. De plus, l'expert relève également des facteurs prédisposants tels que des éléments traumatiques durant la période infant-juvénile constitués d'une carence affective notamment maternelle, d'abus sexuels et de maltraitements par ses camarades de classe durant plusieurs années. Enfin, dans son rapport du 28 avril 2020, la psychiatre traitante souligne la difficulté de la recourante à exprimer ses souffrances, ce qui peut conduire à les sous-estimer: "Lorsqu'elle fait part de ses souffrances, [A. _____] présente, effectivement, une peine à exprimer ses émotions qui peut amener son interlocuteur à sous-estimer lesdites souffrances. Je suis régulièrement [A. _____] depuis septembre 2013, soit depuis presque sept années. Lors des premiers entretiens, il m'avait en effet été compliqué de saisir l'exacte teneur des souffrances de [cette patiente], en raison du détachement émotionnel avec lequel elle rapportait son histoire de vie. Il m'avait fallu plusieurs entretiens pour comprendre que ce détachement émotionnel (par exemple, absence de langage paraverbal,

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 d'expression de la tristesse au niveau de la mimique, incapacité à pleurer), constituait un mécanisme de défense permettant à [la patiente] de lutter contre ses souffrances et d'éviter d'être envahie par celles-ci. Je crains donc que les difficultés de [la patiente] à exprimer son mal-être, la desservent lorsqu'elle doit s'entretenir avec des experts qui ne la voient qu'à une seule reprise". Au vu de l'ensemble de ces éléments, il faut constater que l'avis de l'expert-psychiatre en lien avec le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte constitue en fait une appréciation différente d'un même état de fait et qu'il est difficile de le suivre lorsqu'il retient qu'il n'existe aucune incapacité de travail sur le plan psychique et cela depuis toujours. Cela étant, comme le soulignent les experts, même si l'on doit retenir une diminution de la capacité de travail sur le plan psychiatrique, elle ne peut pas s'ajouter à celle retenue sur le plan somatique. Il faut plutôt considérer que, de façon globale, la capacité de travail de 60 % dans son ancienne activité de dessinatrice en bâtiment, laquelle est considérée comme adaptée, tient correctement compte de l'incidence de l'ensemble des atteintes somatiques et psychiatriques présentées par la recourante. Les experts ont également reconnu que, suite à la chute de 2016 et aux interventions chirurgicales de 2017, une incapacité de travail totale était justifiée. Dans la mesure où ils concluent à une capacité de travail de 60 % au moment de leur expertise, on doit donc constater que l'état de santé de la recourante a effectivement subi une amélioration de nature à modifier son taux d'invalidité. Il faut également mentionner que les médecins traitants reconnaissent la présence d'une amélioration. Le Dr D. _____ partage l'avis des experts sur le plan somatique, il reconnaît donc qu'après une période d'incapacité de travail totale, la recourante a retrouvé une capacité de travail de 60 %. Cette appréciation se

rapproche également de l'avis du Dr F. _____ qui estime qu'une capacité de 50 % serait exigible de la part de la recourante. Pour sa part, la Dre C. _____ reconnaît également que le trouble hyperkinétique est actuellement correctement traité, mais considère que le trouble anxieux et dépressif mixte continue à engendrer une incapacité de travail de 40 % au long cours. On doit donc conclure que, de façon séparée, tous les médecins consultés s'accordent sur une capacité de travail de 60 %. En revanche, contrairement à l'avis des médecins traitants, on ne peut pas considérer que les incapacités de travail psychiatrique et somatique s'additionnent. Au contraire, on doit constater qu'une capacité de travail de 60 % est totalement compatible avec les atteintes présentées par la recourante tant sur le plan somatique que psychiatrique. Le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté par la recourante ni d'ailleurs contestable, de sorte que ce dernier est fixé à 40 %. Il faut ainsi conclure que l'état de santé de la recourante s'est effectivement amélioré depuis la décision de l'autorité intimée du 19 avril 2018 et que cette amélioration entraîne une modification notable de son taux d'invalidité, ce qui justifie la réduction de la rente entière d'invalidité versée jusqu'ici à un quart de rente. 6. 6.1. Au vu de l'ensemble des considérants qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. 6.2. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais du même montant versée. 6.3. Succombant, la recourante n'a pas droit à une indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____. Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant versée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. 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 15 juillet 2021/meg Le Président : La Greffière-rapporteuse :

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