

NE_GERICHTE CDP.2018.177 vom 6. Mai 2019

NE Tribunal cantonal, 2019-05-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2018.177

FR: NE_GERICHTE CDP.2018.177 du 6 mai 2019

IT: NE_GERICHTE CDP.2018.177 del 6 maggio 2019

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable. Malgré son changement de domicile en cours de procédure, l'OAI de Neuchâtel reste compétent (art. 40 al. 3 RAI) pour rendre une décision en matière de révision du droit à la rente de la recourante attaquant devant la Cour de céans (art. 69 al. 1 let. a LAI).

E. 2

a) La recourante invoque une violation de son droit d'être entendue. Selon elle, la décision de l'OAI présente d'importantes lacunes en matière de motivation. Elle n'indiquerait pas les motifs de la suppression de la rente ainsi que les raisons pour lesquelles il conviendrait d'écarter les avis des médecins traitants. Par ailleurs, l'OAI n'aurait pas répondu sérieusement aux critiques élevées à l'encontre de l'expertise et pas examiné dans quelle mesure l'assurée pouvait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail. Enfin, la recourante allègue que la décision attaquée n'expose pas en quoi la révision du droit à la rente, à l'aune des nouveaux critères et de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, impliquerait la suppression de celle-ci. b) La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'article 4 aCst. féd. et qui s'applique également à l'article 29 al. 2 Cst. féd. (ATF 129 II 497 cons. 2.2, 127 I 54 cons. 2b, 127 III 576 cons. 2c, 126 V 130 cons. 2a) a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 15 cons. 2a/aa, 124 V 180 cons. 1a et 3b et les références). En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu leur nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre. La motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés. Il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114). Ainsi, si la motivation doit révéler les réflexions de l'autorité sur les éléments – de fait et de droit – essentiels qui ont influencé sa décision, l'autorité n'est cependant pas tenue de prendre position sur tous les faits, griefs et moyens de preuve invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui apparaissent décisifs pour la solution de la cause (ATF 126 I 97 cons. 2b, 112 Ia 107 cons. 2b). c) En préambule, il sied de rappeler que la décision attaquée fait suite à un arrêt de renvoi retenant que la mise en œuvre d'une expertise était nécessaire afin d'évaluer, au regard des nouveaux principes applicables en la matière, la pertinence du diagnostic de fibromyalgie et son éventuel caractère invalidant. En l'espèce, pour motiver sa décision,

l'autorité intimée s'est basée sur l'expertise du BEM-Vevey à laquelle elle confère pleine valeur probante. L'OAI a ainsi préféré l'avis des experts à celui des autres médecins ayant également examiné l'assurée. Bien qu'elle n'ait pas développé davantage les raisons de son choix, il est cependant aisé de suivre son raisonnement. En effet, dans son rapport d'expertise du 22 novembre 2017, les experts, ayant procédé à une étude minutieuse du dossier, ont exposé de manière détaillée les raisons les ayant conduits à se distancier de l'avis de leurs confrères. Dans la mesure où l'autorité intimée a fait siennes les conclusions desdits experts, elle a énoncé par là même les motifs pertinents qui l'ont guidée et sur lesquels repose sa décision. Aussi, suite à l'opposition de l'assurée contestant la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire, l'OAI a répondu aux différents griefs soulevés par cette dernière dans ses observations pour justifier le maintien de sa décision. Par conséquent, quand bien même sa motivation ne fait pas un état détaillé des différents avis médicaux en présence, ses explications sont suffisantes pour permettre à la recourante de saisir la portée de la décision entreprise. La motivation de l'OAI respecte ainsi le droit d'être entendu de l'assurée de sorte que ce grief doit être rejeté. Par ailleurs, dans la mesure où il porte sur le résultat de l'appréciation anticipée des preuves, le grief de violation du droit d'être entendu se confond avec celui de constatation manifestement inexacte ou incomplète des faits pertinents, que l'intéressée invoque également. Il sera examiné avec le fond du litige.

E. 3

Lorsque l'autorité de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. Ce principe vaut dans la procédure administrative en général (ATF 117 V 237 cons. 2a). L'autorité inférieure voit donc sa latitude de jugement limitée par les motifs de l'arrêt de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours (ATF 131 III 91 cons. 5.2, 120 V 233 cons. 1a), laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (RJN 1999, p. 265 cons. 2a et les références citées; arrêt du TF du 17.06.2008 [9C_522/2007] cons. 3.1). Des faits "nouveaux" importants, qui existaient déjà avant l'arrêt de renvoi mais ont été découverts subséquentement par l'intéressé (faux nova), peuvent rompre l'autorité attachée à l'arrêt de renvoi (arrêt du TF du 25.06.2013 [9C_340/2013] cons. 3.1 et 3.2 et les références).

E. 4

a) L'arrêt rendu par la Cour de céans le 22 mars 2016 dans cette même cause expose les règles légales applicables en matière de révision, d'évaluation de l'invalidité, ainsi que les principes jurisprudentiels relatifs à la valeur probante des rapports médicaux. On peut donc, sur ces aspects, se contenter d'y renvoyer (cf. arrêt non publié de la CDP du 22.03.2016 [CDP.2014.352]). b) On ajoutera que, selon un arrêt en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (dont la fibromyalgie; ATF 141 V 281 cons. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2 et références citées), la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit désormais être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur un catalogue d'indicateurs, lesquels sont regroupés dans deux catégories, intitulées "degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle" et

"cohérence" (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] ch. 1006 et Annexe VI). S'agissant de la première catégorie, il convient de mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme douloureux" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements médicaux et des mesures de réadaptation professionnelle sont également d'importants indicateurs du degré de gravité. L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré signale un pronostic négatif. En revanche, dans la mesure où les troubles somatoformes douloureux ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités, en cas de maladie dont la durée est encore relativement courte, qui n'est donc guère passée à l'état chronique, il devrait en règle générale exister encore des options thérapeutiques, et une résistance au traitement devrait donc être exclue. La question des ressources personnelles dont dispose l'assuré, eu égard en particulier à sa personnalité et à son environnement social, doit aussi être analysée. Quant à la seconde catégorie (de "cohérence"), il s'agit d'examiner si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance ressentie se traduit par un recours effectif aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281 ; CIIAI ch. 1003 ss; Kieser , Atteintes à la santé non objectivables – Etes-vous au clair ?, in Bulletin des médecins suisses 2015, p. 1212-1214; Dupont , Commentaire de l'ATF 9C_492/2014 [i.e. ATF 141 V 281], www.droitpourlepraticien.ch). En outre, 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 cons. 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 cons. 2.2.1; 132 V 65 cons. 4.2.2; 131 V 49 cons. 1.2). c) Dans un arrêt récent (ATF 143 V 409), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient "résistantes à la thérapie" (ATF 140 V 193 cons. 3.3; arrêts du TF du 08.02.2017 [9C_841/2016] cons. 3.1, du 14.04.2016 [9C_13/2016] cons. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait

qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible (arrêts du TF du 24.04.2018 [9C_142/2018] cons. 5.2, du 14.03.2018 [9C_73/2017] cons. 5.1, du 05.07.2018 [9C_115/2018] cons. 4.1) .

E. 5

a) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le taux d'invalidité de la recourante a subi une modification notable, de manière à influencer son droit à la rente, et, au préalable, si la cause a été suffisamment instruite. Il s'agit donc de comparer son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision de l'OAI du 13 octobre 2009 avec celui qui était le sien au moment de la décision litigieuse, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. A cet égard, il sied de rappeler que la demi-rente a été fondée sur l'existence d'un état dépressif en sus d'un SPECDO, la fibromyalgie constituant une atteinte sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Dans son arrêt de renvoi du 22 mars 2016, la Cour de céans a considéré que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise était nécessaire afin d'évaluer, au regard des nouveaux principes applicables en la matière, la pertinence du diagnostic de fibromyalgie et son éventuel caractère invalidant. b /aa) Dans leur rapport d'expertise du 22 novembre 2017, les Drs B. _____ et C. _____ ont retenu les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, de trouble anxieux et dépressif mixte (intensité légère). Les Drs B. _____ et C. _____ ont réalisé cette expertise sur la base du dossier asséurologique de l'assurée, d'entretiens et d'examens cliniques spécialisés. Le rapport comporte notamment une description des plaintes exprimées par l'expertisée, de son anamnèse, du contexte médical et des constatations cliniques ainsi qu'une explication de la méthodologie utilisée. Les experts ont exposé les raisons pour lesquelles ils renaient les diagnostics mentionnés plus haut. Sur la base de l'anamnèse et des déclarations de l'expertisée, ils ont fixé l'amélioration du trouble psychique à début juin 2013, en dépit d'un état jugé aggravé depuis 2015 par les médecins et psychiatres traitants dans leurs rapports (rapports du Dr E. _____ du 27.06.2016 et du 24.10.2016, du Dr F. _____ du 24.08.2016). Sur le plan somatique, l'expert-rhumatologue a indiqué que la confrontation radio-clinique réalisée en cours d'expertise était rassurante et concordait avec le bilan clinique normal pour son âge. Aussi, sur le plan rachidien, l'atteinte dégénérative en L3-L4 ne mettait pas en évidence de syndrome rachidien segmentaire à cet étage, ni d'atteinte radiculaire ou de syndrome sous-lésionnel. L'expert a ainsi précisé que le bilan était concordant avec l'absence d'affection significative de l'appareil locomoteur. En conséquence, malgré les inaptitudes alléguées par la recourante, l'examen permettait de retenir que celle-ci présentait des aptitudes résiduelles de travail. Selon le médecin, il n'y a pas de contre-indication à l'exercice de son ancienne activité ou d'une activité professionnelle sans port de charge de plus de 10 kg de manière occasionnelle et de 5 kg de manière répétée. Il a relevé que l'assurée a eu les ressources de quitter un mari avec lequel elle n'avait plus d'affinité, de refaire sa vie et de déménager dans une nouvelle région en conservant des liens avec sa fille et en établissant avec les enfants de son compagnon qu'elle recevait volontiers en visite. Partant, l'expert a expliqué qu'il ne pouvait se rallier aux appréciations médicales retenant une incapacité totale de travail de l'expertisée. Sur le plan psychique, l'expert-psychiatre a précisé que l'assurée présentait des troubles thymiques avec une déprime et une anxiété

d'intensité légère. A mesure que les symptômes anxieux et dépressifs étaient présents depuis 1995, qu'ils n'avaient guère varié d'intensité et en l'absence de plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de périodes de rémission, le médecin a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Cependant, les algies présentes en permanence, associées à une détresse émotionnelle et à des conflits psychosociaux permettaient de retenir le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant accompagné de troubles anxieux et dépressifs mixtes, d'intensité légère, réactionnels aux douleurs. L'expert a expliqué que le réseau social de la recourante était limité mais bien maintenu avec ses proches et des amis en Italie. Aussi, l'assurée a pu nouer une nouvelle relation affective. Par ailleurs, le médecin a expliqué que dans ses loisirs, celle-ci appréciait notamment cuisiner, s'occuper de son petit chien, jouer à des jeux sur internet, voir régulièrement sa fille et effectuer des sorties avec son ami. Enfin, il a relevé qu'elle alimentait régulièrement son compte Facebook et était capable d'effectuer certaines tâches ménagères, soit enlever la poussière, faire la lessive, cuisiner quotidiennement et faire les courses avec son ami. Au vu de ces éléments, le médecin a précisé qu'il s'écartait des limitations et de l'incapacité de travail à 100 % retenue par les Drs G._____ et E._____, médecins traitants. bb) Examinant les atteintes potentiellement invalidantes, soit le syndrome somatoforme douloureux persistant ainsi que les symptômes anxieux et dépressifs à l'aune des nouveaux critères, les médecins ont précisé ce qui suit : I. Catégorie "Degré de gravité fonctionnel" Le degré de gravité fonctionnel est léger à moyen concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant et léger concernant les symptômes anxieux et dépressifs (rapport d'expertise, p. 59). I a) Complexe "Atteinte à la santé" Expression des éléments pertinents pour le diagnostic : les algies présentes en permanence, associées à une détresse émotionnelle et à des conflits psychosociaux permettent de retenir le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant accompagné de troubles anxieux et dépressifs mixtes, d'intensité légère, réactionnels aux douleurs . Succès du traitement ou résistance à cet égard : Au plan somatique, la recourante prend des antalgiques de palier I à II dont les ordonnances sont renouvelées par son médecin traitant qu'elle voit 2 à 3 fois par an et fait également surveiller sa fonction thyroïdienne. Il n'y a pas d'autre thérapie (p. 64). Au plan psychique, les médecins ont indiqué qu'un traitement de Citalopram 10mg a été prescrit à l'assurée depuis plusieurs années (p. 60). Aucun taux sérique n'a été effectué. Le suivi psychiatrique à quinzaine a été espacé à une fois par mois traduisant une amélioration de l'état psychique (p. 64). L'assurée s'est montrée coopérante lors de ses thérapies. Au niveau des options thérapeutiques, sur le plan somatique, les médecins ont proposé la prise en charge de l'obésité avec la pratique d'une activité physique quotidienne pour lutter contre la sédentarité. Sur le plan psychique, le Citalopram pourrait être remplacé par de la Duloxétine à mesure que cette molécule agit conjointement sur les douleurs et l'humeur. Des taux sériques réguliers sont recommandés afin de s'assurer de taux thérapeutique et de la compliance de l'assurée (p. 64). Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard : Aucune réadaptation n'a été mise en place du fait que la recourante s'estime dans l'incapacité totale d'exercer une activité, même à temps partiel, en raison de ses importantes douleurs rendant ainsi toute mesure de réadaptation vouée à l'échec (p. 60 et 64). Comorbidités : selon l'expert, la recourante présente un trouble anxieux et dépressif mixte, d'intensité légère . I b) Complexe "Personnalité" (diagnostics de la personnalité, ressources personnelles) Le médecin relève que la personnalité est frustrée, peu différenciée et dispose de peu de ressources adaptatives. I c) Complexe "Contexte social" Il ressort du rapport d'expertise que le contexte social se limiterait aux relations proches et à quelques amis du

compagnon. II. Catégorie "Cohérence" (point de vue du comportement) II a) Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Au vu des discordances observées, le médecin a retenu que les limitations invoquées n'étaient pas uniformes dans tous les domaines comparables de la vie. II b) Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La recourante présente, par moments, une détresse émotionnelle associée essentiellement à des conflits psycho-sociaux. c) Au cas particulier et conformément aux principes exposés ci-dessus, il convient d'examiner l'influence indirecte des troubles psychiques de la recourante sur l'intensité des douleurs qu'elle allègue et qui – selon ce qui a été vu ci-dessus – ne s'explique pas par les atteintes à sa santé physique. Il s'agit dès lors de se fonder sur une vision d'ensemble et un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux problématiques de nature psychosomatique, en prenant en compte en particulier 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, et les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. A ces égards, le dossier fait ressortir les éléments suivants : Il convient d'observer que certains éléments médicaux (avis du SMR du 05.12.2017 du Dr D. _____, expertise du BEM) font état de facteurs extra-médicaux qui relèvent de l'auto-limitation. Entre autres, le rapport d'expertise du BEM fait état de discordances entre les plaintes subjectives et le status clinique. Ainsi, les médecins relèvent que malgré ses plaintes, l'assurée n'a pas montré, durant les deux examens, un "fasciis" algique ni de gestuelle d'épargne (p. 55). Elle n'a manifesté aucun comportement douloureux (p. 60). Ils ont ainsi relevé qu'il existait des éléments contradictoires et d'incohérence et d'amplification des symptômes (p. 61) au vu de ses plaintes, de son comportement en situation d'examen et de son fonctionnement dans le quotidien ainsi que ses loisirs (p. 65). S'ils n'ont pas retenu "d'exagération des symptômes", les médecins ont fait état d'une constellation semblable, soit de discordances de sorte que ces facteurs permettraient d'exclure la valeur invalidante des douleurs de nature somatoforme. Cependant, la question de déterminer si les douleurs de la recourante dépendent pour l'essentiel de facteurs n'engageant pas la responsabilité de l'assurance invalidité, dans le sens de ce qui été exposé ci-dessus (cf. cons. 4 b), peut rester ouverte car quoi qu'il en soit, l'intensité des symptômes ne revêt pas un caractère particulièrement prononcé. En effet, les médecins ont certes relevé que la flexibilité, les capacités d'adaptation et d'endurance de l'assurée étaient réduites par ses algies et que ses aptitudes à établir des relations avec les autres et à évoluer au sein d'un groupe pouvaient être limitées par moments. Toutefois, il sied d'observer que les éléments déterminants pour poser les diagnostics ne revêtent pas un caractère particulièrement prononcé; qu'il existe encore des options thérapeutiques; que malgré ses limitations, l'assurée dispose encore de ressources – qu'elle n'est au demeurant pas très encline à mettre en pratique pour tenter une reprise du travail – et bénéficie d'un contexte social favorable. En conséquence, la prise en compte globale des indicateurs développés par les médecins conduit à confirmer l'appréciation des experts qui ont examiné le caractère invalidant des troubles à l'aune des indicateurs et ont retenu que les limitations observées interféraient à raison de 25 % dans l'activité professionnelle habituelle ainsi que dans une activité adaptée. Quoi qu'en dise la recourante, il sied de retenir que le rapport d'expertise du BEM du 22 novembre 2017, dûment motivé et comportant des conclusions claires et convaincantes, répond aux réquisits jurisprudentiels au sujet de la valeur probante en la matière. d) La recourante remet en

question la valeur probante de l'expertise du BEM en raison de la façon dont l'expertise se serait déroulée. Il appert du dossier que l'assurée a sollicité la mise en œuvre d'un second rendez-vous auprès des experts dans le but de pouvoir préciser certaines de ses réponses et reporter, sur une planche à dessins, certaines douleurs qu'elle aurait oublié de mentionner lors du premier rendez-vous. Or, selon ses allégations, elle aurait été mal reçue relevant qu'une personne lui aurait remis un rapport en le lui lançant à la tête et en lui précisant que "si elle n'était pas contente elle pouvait aller voir ailleurs". Ce grief est néanmoins vivement contesté par le Dr B. _____ qui a précisé avoir eu, au contraire, un bon contact lors des deux rencontres avec l'assurée (courriel du 16.04.2018 du Dr B. _____). Au demeurant, aucun élément objectif ne permet de faire douter la Cour de céans de la conscience professionnelle, de la compétence et de l'objectivité de l'expert désigné. Par ailleurs, il ressort du dossier que la recourante n'a pas signalé l'incident immédiatement et a invoqué ce grief pour la première fois au stade de son opposition, ce qui est contraire au principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 Cst. féd.) qui oblige celui qui constate un prétendu vice de procédure à le signaler immédiatement, à un moment où il pouvait encore être corrigé, et lui interdit d'attendre, en restant passif, afin de pouvoir s'en prévaloir ultérieurement. En tout état de cause, dans la mesure où l'assurée se contente d'invoquer la façon apparemment contestable dont le rendez-vous se serait déroulé sans en tirer aucune conclusion ni expliquer en quoi cela influencerait son contenu, ce grief n'est pas fondé. A propos des contradictions et des incohérences qui entacheraient le rapport d'expertise, il sied de retenir que la recourante ne fait que substituer sa propre vision des faits en cherchant à démontrer que le degré de gravité fonctionnelle des atteintes à sa santé est grave. Cependant, et au vu des éléments développés ci-dessus, on ne saurait faire grief aux experts de ne pas avoir précisé sur quels éléments ils se fondaient pour retenir leurs conclusions. Concernant les supposées contradictions sur le plan somatique et psychique, les experts ont retenu l'existence d'un trouble somatoforme douloureux de degré léger à moyen alors même que les points de contrôle de la fibromyalgie étaient positifs avec des scores de 14/18 lors de l'examen rhumatologique et de 18/18 lors de l'examen psychiatrique (p. 33 et 35 rapport expertise BEM). Par ailleurs, lors de l'examen en médecine interne et rhumatologique, la recourante a obtenu un score de 4/5 pour les signes et de 5/5 pour les symptômes sur l'échelle de Waddell (p. 33) ainsi qu'un score de 2/5 pour les signes et de 5/5 pour les symptômes lors du second entretien du 9 octobre 2017 (p. 33). On ne saurait cependant y voir une contradiction. En effet, si les médecins ont mentionné des douleurs à la palpation digitale et des scores positifs sur les échelles d'indice d'étendue de la douleur, élément essentiellement subjectif, les experts ont aussi observé l'absence de concordance entre l'intensité alléguée des douleurs et l'inexistence de toute limitation lors de l'examen clinique, ainsi qu'avec la normalité des status clinique et radiologique ou avec le résultat des tests. Les deux experts ont ainsi retenu une majoration des symptômes, corroborée par les résultats des tests selon Matheson (p. 33 et 35). Ces éléments étant entièrement cohérents au regard des status somatique et psychiatrique et de la discussion circonstanciée du cas, on ne saurait reprocher aux experts de ne pas avoir motivé leur point de vue. En outre, la recourante objecte que les indicateurs consacrés par la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux ne seraient pas présentés de façon structurée dans l'expertise, contiendraient des contradictions et que les réponses aux questions spécifiques renverraient le lecteur à rechercher les réponses ailleurs dans l'expertise avec la mention "cf. discussion". En raison de ces manquements, il serait impossible à la recourante de déterminer précisément sur quels éléments se sont fondés les experts pour retenir leur

conclusions. A cet égard, la recourante se contente de mettre en avant des contradictions sans expliquer en quoi les indicateurs déterminants ne permettraient pas de faire une appréciation concluante du cas. S'il peut être regrettable que les médecins aient effectué des renvois à plusieurs reprises dans le rapport dans le but d'éviter les redites, il convient néanmoins de retenir que les éléments contenus dans l'expertise permettent de faire une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Enfin, et contrairement à ce que la recourante soutient, les experts ont expliqué en quoi consistait l'amélioration de sa situation médicale. S'ils n'ont pas consacré un chapitre du rapport à répondre expressément à cette question, la réponse ressort toutefois clairement du rapport d'expertise. Il y apparaît ainsi l'absence d'élément de la lignée dépressive auparavant retenu par l'OAI lors du dernier examen matériel du droit à la rente d'invalidité (décision du 13.10.2009). Sur le plan somatique, dans la mesure où il n'y a pas eu d'incapacité de travail durable attestée médicalement depuis 2014, les experts ont retenu une capacité totale de travail depuis janvier 2014 dans l'ancienne activité avec évitement de port de charges supérieures à 10 kg. Sur le plan psychique, au vu des limitations retenues, la recourante présente une capacité de travail de 75 % avec plein rendement depuis juillet 2013. La recourante se prévaut des avis médicaux de ses médecins traitants à l'appui de son allégation selon laquelle ses limitations fonctionnelles et ses atteintes psychiques se seraient aggravées sans le moindre espoir d'amélioration. A ce propos, force est de constater que s'il existe une divergence d'opinion entre les experts et les Drs E._____ et F._____, au sujet des diagnostics et de la capacité de travail, ces médecins traitants ne font toutefois pas état d'éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents qui auraient été ignorés par les experts. On relèvera pour le surplus que même si l'on se référait aux diagnostics de fibromyalgie, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique retenu, il n'en demeure pas moins que ces médecins s'abstiennent de motiver l'incapacité de travail qui en découlerait selon les indicateurs de gravité fonctionnelle et de cohérence prévus par la jurisprudence. Compte tenu de ces éléments, les rapports des médecins traitants de la recourante ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise. Le recours est mal fondé à cet égard. e) Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'OAI s'est fondé sur les conclusions de l'expertise et a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 75 % dans toute activité depuis plusieurs années. Il convient ainsi de retenir que l'état de santé de la recourante s'est amélioré.

E. 6

Cela étant, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer des mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou

qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt du TF du 10.09.2010 [9C_163/2009] cons. 4.2.2). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêts du TF du 26.04.2011 [9C_228/2010] cons. 3, du 15.11.2011 [9C_254/2011] cons. 7, du 31.01.2015 [9C_800/2014] cons. 5). Dans le cas particulier, la recourante est âgée de 56 ans et appartient donc à cette catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail, de sorte que l'octroi de mesures d'ordre professionnel doit être envisagé. Il ressort toutefois du dossier qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible du fait de son inaptitude subjective à toute activité et, partant, de réadaptation. Dans ces circonstances, des mesures d'ordre professionnel ne paraissent pas nécessaires et seraient selon toute vraisemblance vouées à l'échec. Il ne se justifiait dès lors pas de mettre en œuvre de telles mesures dans le cas d'espèce.

E. 7

Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent et de l'amélioration de l'état de santé de la recourante, la rente d'invalidité doit être supprimée. Il s'ensuit que la décision de l'intimé doit être confirmée, les griefs de la recourante étant mal fondés.

E. 8

Mal fondé, le recours est rejeté. Vu l'issue du litige, les frais de procédure doivent être mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1 bis LAI) et il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

E. 40

% au moins

un quart

50 % au moins

une demie

60 % au moins

trois quarts

70 % au moins

rente entière

1Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 6 oct. 2006 (5erévision AI), en vigueur depuis le 1erjanv. 2008 (RO20075129;FF20054215).2RS830.1

1 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.

2 De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

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