

## **NE\_GERICHTE TA.2007.177 vom 15. Juli 2009**

NE Tribunal cantonal, 2009-07-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_TA.2007.177](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TA.2007.177)

FR: NE\_GERICHTE TA.2007.177 du 15 juillet 2009

IT: NE\_GERICHTE TA.2007.177 del 15 luglio 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

#### **E. 2**

a) La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales et la novelle du 21 mars 2003 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (4e révision) sont entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2003 et le 1er janvier 2004, entraînant de nombreuses modifications légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Ratione temporis, un éventuel droit à une rente de l'assurance-invalidité né avant l'entrée en vigueur de cette modification s'examine en fonction de la LPGA et de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003 et, à compter de ce moment-là, selon les normes de la LPGA, de la LAI et de ses dispositions d'exécution dans leur teneur au 1er janvier 2004. La législation applicable en cas de changement de règles de droit reste en effet celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 130 V 445 cons.1, 130 V 329 cons.2.3). Cela étant, les principes développés par la jurisprudence sur les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité s'appliquent en principe également sous l'empire de la LPGA ainsi que de la 4e révision de la LAI (ATF 130 V 343 cons.2, 3.6; ATF non publié du 24.08.2006 [I 392/05] cons.3.2). b) Le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision administrative litigieuse (ATF 130 V 433, cons.1.2; 129 V 4, cons.1.2). En l'occurrence, la décision attaquée a été rendue le 23 avril 2007, de sorte que la modification du 16 décembre 2005 de la LAI, entrée en vigueur au 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) doit être prise en compte (dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005, litt.c), ce qui n'est en revanche pas le cas de la 5e révision de l'AI (RO 2007 5129), entrée en vigueur le 1er janvier 2008.

#### **E. 3**

a) Selon l'article 4 al.1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'article 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, psychique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art.6 LPGA). En vertu de l'article 7 LPGA, 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente AI, un taux d'invalidité de 50 %, à une demi-rente AI, un taux de 60 %, à trois quarts de rente AI et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art.28 al.1 LAI). b) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a eu recours, a besoin de renseignements que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF non publié du 29.06.2007 [I 312/06] cons.2.3; ATF 125 V 256 cons.4, 115 V 133 cons.2, 114 V 310 cons.3c). Par ailleurs, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. La valeur probante d'un rapport médical dépend ainsi des points de savoir si cet acte est complet, compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'assuré, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation médicale est claire et si les conclusions sont dûment motivées (ATF non publié du 08.01.2008 [9C\_168/2007] cons.4.2; ATF 133 V 450 cons.11.1.3, 125 V 351 cons.3a). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dans la mesure où celui-ci est généralement enclin, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute (ATF non publié du 12.06.2007 [4A\_45/2007] cons.5.1 in fine; ATF 125 V 351 cons.3b/cc et les références). c) Aux termes de l'article 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, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343, p.349 cons.3.5, 126 V 75 cons.1b; ATF non publié du 25.04.2007 [I 388/06] cons.3.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force 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 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse ( ATF 133 V 108 ; ATF non publié du 21.01.2008 [9C\_148/2007] cons.3.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'article 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF

112 V 371, p.372 , cons.2b; ATFA non publié du 27.04.2006 [I 60/05] , cons.2.1 et les références citées; Kieser , ATSG-Kommentar, 2003, no 9 ss ad art.17 LPGA). U ne appréciation différente sur le plan diagnostique et médico-théorique de l'état de santé d'un assuré ne saurait suffire (ATFA non publié du 25.09.2006 [I 755/04] cons.5.2.2). En revanche, alors que l'état de santé est stationnaire, une modification de la capacité de travail établie d'un point de vue médico-théorique peut suffire, pour autant qu'elle résulte d'un changement de circonstances survenu dans le chef de l'assuré et implique une modification quant au droit à la rente ( Kieser , op.cit., no11 et 15 ad art.17 LPGA).

#### **E. 4**

enfants), que les difficultés de vie accumulées au cours des ans (deuils, altération de la santé de son mari) avaient débordé sur ses capacités d'adaptation, d'autant plus qu'elle avait toujours eu de la peine à sortir ses émotions, qu'elle n'arrivait pas à réagir, "gardait tout pour elle" et que ses capacités d'élaboration étaient limitées. Il a retenu qu'il existait une alexithymie, une pensée opératoire entrant dans le cadre d'une personnalité psychosomatique (p.2-3). Il convient donc de retenir que l'octroi d'une rente entière d'invalidité (décision du 4 juillet 1996) était avant tout justifié par une atteinte à la santé sur le plan psychique, étant donné que le Dr B. avait précisé que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail sur le plan rhumatologique et avait préconisé une expertise psychiatrique et que le Dr H., après avoir retenu des constatations objectives sur le plan psychique uniquement, avait retenu une incapacité de travail totale. c) Dans son rapport médical concernant les capacités professionnelles du 19 septembre 2005, le Dr G. a retenu que l'assurée ne pouvait pas se mettre en position assise, debout, à genoux ou accroupie, ni parcourir un certain périmètre à pied, alterner les positions, incliner le buste, utiliser les deux bras, porter des charges, se baisser, effectuer des mouvements des membres ou du dos, avoir des horaires de travail irréguliers, travailler en hauteur, se déplacer sur sol irrégulier ou en pente, que son fonctionnement intellectuel n'était pas normal et son comportement pas acceptable pour l'entourage. Dans un rapport du 19 septembre 2005, il a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies et lombalgies chroniques, de status post triple cure de hernie discale lombaire et d'ostéoporose, de même qu'une incapacité de travail de 100 % depuis 1989. Il a retenu que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, qu'elle souffrait de douleurs musculo-squelettiques persistantes avec limitation des activités de la vie courante et n'a pas décelé de déficit neuro-musculaire. Dans son annexe au rapport médical du 19 septembre 2005, ce praticien a retenu que l'exercice de l'activité habituelle de l'assurée comme celui d'une autre activité n'étaient pas exigibles et que sa capacité de travail ne pouvait être améliorée. Dans leur rapport du 23 août 2006, les Drs P. et R. n'ont retenu aucun diagnostic psychiatrique ou somatique avec répercussion sur la capacité de travail et ont posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, de cervicalgies G chroniques sur trouble dégénératif et statique modéré M54.2, d'ostéoporose et de troubles dégénératifs au niveau du 1er et 2ème rayon au niveau des interphalangiennes de la main D. Ils ont retenu une capacité de travail exigible dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée de 100 % depuis toujours et ont indiqué que l'absence d'antécédents vis-à-vis du début de trouble de la personnalité et le fait que l'assurée avait pu s'adapter à son vécu tragique montraient l'absence de la persistance et une stabilité dans les temps d'un comportement envahissant et rigide, ce qui permettait de dire qu'un trouble de l'adaptation aurait dû être retenu plutôt qu'un trouble de la personnalité (psychosomatique). Ils ont également relevé qu'un trouble de l'adaptation n'était pas une maladie psychiatrique à l'origine d'une atteinte à la santé

mentale, que l'anamnèse socioprofessionnelle ne montrait pas de bouleversement significatif ou catastrophique dans la vie de l'assurée pour retenir un changement manifeste et durable, accompagné d'un comportement rigide et mal adapté, qu'elle était bien intégrée socialement et qu'un traitement spécialisé n'avait jamais été ressenti comme étant nécessaire par celle-ci ni demandé par son médecin traitant. Ils ont indiqué que l'examen psychiatrique ne mettait pas en évidence de symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse, que les plaintes douloureuses accompagnées par un sentiment de détresse correspondaient à un syndrome douloureux somatoforme persistant, pour lequel les critères permettant de retenir un pronostic défavorable (comorbidité psychiatrique, trouble de la personnalité, perte d'intégration sociale, échec des traitements) n'étaient pas mis en évidence. Par ailleurs, ils ont noté que l'examen clinique somatique n'avait pas révélé d'atteinte d'ordre somatique à caractère invalidant, que le status ostéoarticulaire et l'examen neurologique étaient dans les limites de la norme. Dans un rapport du 18 octobre 2006, le Dr C. a conclu à la présence de troubles dégénératifs mineurs du rachis cervical en adéquation avec l'âge de l'assurée associés à quelques troubles dégénératifs à la main droite; il a retenu que ces atteintes n'avaient pas de caractère invalidant en soi et n'induisaient pas de limitations fonctionnelles pouvant déboucher sur des capacités de travail de longue durée et a posé une capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée de 100 % depuis toujours. Il a pour le surplus rejoint les constatations, les conclusions et l'argumentation des experts du SMR. d) En s'écartant des diagnostics de trouble important de la personnalité (pathologie psychosomatique) et de deuil pathologique retenus par le Dr H. et en retenant une capacité de travail de 100 % depuis toujours, les experts du SMR semblent retenir une appréciation différente sur le plan médical de celle de leur confrère. Si l'anamnèse décrite par les experts du SMR est plus complète que celle retenue par le Dr H., notamment s'agissant des relations familiales et sociales de l'assurée, ses loisirs et le déroulement de sa vie quotidienne, ces praticiens n'exposent pas de modification sensible de l'état de santé de l'assurée au point de modifier le droit de celle-ci à une rente d'invalidité par rapport aux circonstances prévalant lors de la décision d'octroi de rente. S'agissant du status, notamment psychiatrique, de l'assurée, ils n'ont pas mis en exergue d'amélioration de l'état de santé de cette dernière ni n'ont expliqué les raisons pour lesquelles les diagnostics d'ordre psychique retenus par le Dr H. - soit un trouble important de la personnalité (pathologie psychosomatique) et un deuil pathologique - n'affecteraient plus la recourante. Dès lors qu'ils retiennent qu'un trouble de l'adaptation aurait dû être retenu plutôt qu'un trouble de la personnalité (psychomatique), il faut considérer que leur avis consiste clairement en une nouvelle appréciation du cas. Il n'y a donc pas lieu à révision du droit à la rente de la recourante.

## **E. 5**

a) Dans leur avis médical du 9 mars 2006, les Drs W. et C. ont retenu que l'expertise du 4 avril 1996 était dénuée de valeur probante et que l'attribution d'une rente était manifestement erronée. Il convient d'examiner cette question. b) Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 469 , cons.2c et les arrêts cités; ATF non publié du 30.4.2008 [9C\_187/2007] cons.4.1). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque. Par le biais de la reconsidération, on

corrige une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (ATF 125 V 383 , cons.3; 117 V 8 , cons.2c; ATF non publié des 17.07.2008 [9C\_74/2008] cons. 2 et 29.02.2008 [9C\_442/2007] cons.2.2). Cette réglementation - de la reconsidération - l'emporte sur celle de la révision au sens de l'article 17 LPG ( ATF 130 V 349 cons.3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'article 17 LPG ne sont pas remplies (ATF non publié du 30.04.2008 [9C\_187/2007] cons.4.1). Lorsque c'est le juge qui, le premier, constate le caractère sans nul doute erroné de la décision de rente initiale, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration en application de l'article 17 LPG ( ATF 125 V 368 , cons.2, p.369 et les arrêts cités; ATA du 16.02.2009 [TA.2008.296] cons.2b). c) Selon la littérature médicale, le terme psychosomatique désigne une relation de l'esprit au corps, un trouble psychique pouvant se répercuter sur la santé physique. L'alexithymie désigne les difficultés dans l'expression verbale des émotions communément observées parmi les patients psychosomatiques. Le trouble de la personnalité est un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans les temps et qui est la source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement ( [www.psycom.ch /](http://www.psycom.ch/), qui se réfère au DSM-IV-TR). d) En premier lieu, le fait que les Drs P. et R. contestent les conclusions et les constatations médicales du Dr H. n'est pas en soi décisif. C'est en effet à l'aune de la situation que l'office AI avait instruite à l'époque uniquement qu'il y a lieu de juger l'existence d'un motif de reconsidération (ATA du 16.02.2009 [TA.2008.296] cons.3c). Ensuite, dans son expertise, le Dr H. a relevé dans l'anamnèse que l'assurée avait eu un passé très lourd sur le plan de ses maternités, avec la perte de 3 (recte: 4) jeunes enfants, qu'elle n'a pu à aucun moment évoquer lors des entretiens les émotions ressenties lors du décès de ces enfants et qu'elle montrait de la tristesse en évoquant l'intensité de ses douleurs et la maladie de son mari. Ce praticien a ensuite relevé ce qui suit : "Cette patiente a commencé à travailler à l'âge de 16 ans et a toujours fonctionné malgré plusieurs deuils. Il y a six ans, les choses se dégradent: la santé de son mari s'altère, les enfants sont adolescents et Mme Troncone se retrouve seule pour tout assumer. Elle n'avait pas la possibilité de montrer que les choses pouvaient être difficiles pour elle. C'est le corps qui pris le relais pour montrer que les choses n'allaient pas si bien que ça. Il est manifeste que les difficultés de vie accumulées au cours des ans ont débordé les capacités d'adaptation de Mme Troncone, d'autant plus qu'elle a toujours eu de la peine à sortir ses émotions. Elle n'arrive pas à réagir et "garde tout pour elle". Ses capacités d'élaboration sont limitées. Il existe une alexithymie, une pensée opératoire

entrant dans le cadre d'une personnalité psychosomatique". L'avis du Dr H. s'explique dès lors en raison du vécu de l'assurée et plus spécifiquement de sa difficulté à évoquer le deuil de ses enfants de même qu'à extérioriser et exprimer ses émotions. En ce sens, la présence d'une alexithymie, une pensée opératoire entrant dans le cadre d'une personnalité psychosomatique, se justifie de par les constatations faites par ce praticien et l'anamnèse retenue. Quant au diagnostic de trouble important de la personnalité (pathologie psychosomatique), il faut retenir qu'il résulte de l'appréciation de ce praticien, selon lequel l'alexithymie et la personnalité psychosomatique sont d'une ampleur telle qu'ils engendrent un tel trouble, quand bien même ce dernier se base dans son expertise sur une anamnèse plutôt brève, des examens qui semblent limités et une motivation qui aurait pu être plus approfondie. On relèvera par ailleurs que les constatations du Dr H. rejoignent celles du Dr L., lequel a également constaté la présence d'alexithymie. Si ce dernier ne s'est pas prononcé quant à la capacité de travail de l'assurée et n'a pas retenu le diagnostic de trouble important de la personnalité (pathologie psychosomatique), il n'a cependant examiné l'assurée qu'à une seule reprise, a relevé que celle-ci était très défensive et ne s'est pas montré très affirmatif dans ses conclusions. Son avis ne saurait donc remettre en cause l'avis du Dr H.. Peu importe que, de l'avis des experts du SMR, un trouble de l'adaptation aurait dû être retenu plutôt qu'un trouble de la personnalité (psychosomatique). Même si l'analyse des Drs P. et R. peut sembler convaincante et dûment motivée et résulte d'une anamnèse détaillée et d'examen approfondis, on ne saurait en déduire que l'avis du Dr H. était faux et la décision d'octroi de rente manifestement erronée. En effet, selon la jurisprudence, il paraît peu vraisemblable qu'un médecin psychiatre puisse émettre a posteriori un avis pertinent sur l'état de santé psychique de son patient et son évolution, lorsque les éléments invoqués portent sur une période où celui-ci ne faisait l'objet d'aucun suivi spécialisé (ATF non publié du 25.09.2006 [I 755/04] cons.5.2.2), quand bien même il n'est pas exclu de se rendre compte a posteriori que l'invalidité d'un assuré était due à un autre trouble psychique que celui initialement retenu (ATF non publié du 02.02.2009 [9C\_371/2008] cons.2.1). En outre, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée (ATA du 16.02.2009 [TA.2008.296] cons.3c). Par ailleurs, en se fondant sur l'expertise du Dr H. pour accorder à la recourante le droit à une rente entière, on ne saurait dire que l'instruction menée par l'OAI était lacunaire à un tel point qu'il n'a pas satisfait à ses obligations légales en la matière (ATF non publié du 08.05.2008 [9C\_359/2007] cons.3). Dès lors, la décision d'octroi de rente n'était pas manifestement insoutenable, de sorte qu'il n'y a pas lieu à reconsidération.

## **E. 6**

Au vu de ce qui précède, en l'absence d'un motif de révision ou de reconsidération, la décision du 4 juillet 1996 doit être maintenue, de sorte que le recours s'avère bien fondé. Il n'y a pas lieu d'examiner si, au vu du courrier spontané du

## **E. 11**

janvier 2007 du Dr B. adressé à l'OAI, l'assurée présente une détérioration de son état de santé, dès lors que son droit à une rente entière doit être maintenu. 7. Vu l'issue du litige, les frais de procédure sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art.69 al.1bis LAI en relation avec l'art.61 litt.a LPGA). La recourante a droit à des dépens (art.61 litt.g LPGA), étant donné qu'elle obtient gain de cause.

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