

FR_GERICHTE 605 2015 175 vom 30. November 2016

FR Kantonsgericht, 2016-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_175

FR: FR_GERICHTE 605 2015 175 du 30 novembre 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2015 175 del 30 novembre 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent

insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. c) Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1).

E. 3

a) L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au

moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). b) 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 avec 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. Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 c) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. arrêt du TF I 511/03 du 13 septembre 2004 consid. 2; ATF 125 V 417 consid. 2d et les références citées). Dans un tel cas, pour déterminer si un changement important s'est effectivement produit, il convient de comparer l'état de fait au moment de l'octroi ou du début de la rente avec celui existant au moment de la réduction ou la suppression de celle-ci (ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les références citées). Selon l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A l'inverse, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

E. 4

a) 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). b) En ce qui concerne la valeur probante d'un

rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011). Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminante (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). c) Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 352 consid. 2.2.5), une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs de l'assuré qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que des éclaircissements de la part d'un médecin psychiatre n'étaient pas nécessaires lorsqu'il n'existait aucun indice que l'assuré présentât une problématique psychique invalidante (arrêts TF 9C_699/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2 et 4.3 et I 761/01 du 18 octobre 2002, in SVR 2003 IV n° 11 p. 31).

E. 5

Est en l'espèce litigieux le retour à meilleure santé de la recourante au 1er janvier 2014. La décision litigieuse lui a en effet accordé une rente entière d'invalidité du 1er mai 2013 au 31 mars 2014, puis lui a nié tout droit à une rente à compter du 1er avril 2014. Il convient dès lors de comparer l'état de fait au moment de l'octroi de la rente entière avec celui existant au moment de la suppression de celle-ci, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. a) début du droit à la rente entière d'invalidité (mai 2013) Suite au dépôt de la demande de prestations AI de l'assurée, le 5 octobre 2012, la documentation médicale suivante a été pour l'essentiel produite: - Le rapport d'expertise psychiatrique et son complément respectivement des 13 juillet et 28 novembre 2012 (rédigé à l'attention de F. _____) du Dr G. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué un état dépressif majeur récurrent, actuellement de gravité moyenne (éventuel état de stress post-traumatique), une hypothyroïdie substituée ainsi que de nombreux décès, deuils antérieurs non métabolisés. Il a noté que l'assurée refusait de prendre le Seroquel qui lui a été prescrit pour les troubles du sommeil. Le psychiatre a conclu à une incapacité de travail de 50% depuis le 3 mai 2012 et a expressément proposé une réévaluation d'ici fin septembre 2012. Se déterminant sur le rapport du 18 octobre 2012 de la Dresse H. _____, médecin spécialiste FMH en

psychiatrie et psychothérapie, l'expert a précisé que les constatations de cette dernière étaient superposables aux siennes, mais qu'une incapacité de travail de 100% n'était pas justifiée (dossier AI pces p. 29 à 32, 37, 42 à 44). - Le rapport d'expertise rhumatologique du 29 avril 2013 (rédigé à l'attention de F. _____) du Dr I. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui a diagnostiqué un syndrome radiculaire déficitaire L5 gauche et un status après ablation d'une hernie discale L4-L5 Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 gauche. Il a noté que l'assurée était en arrêt de travail à 100% pour des motifs rhumatologiques depuis octobre 2012. L'expert a expressément conclu à une incapacité de travail de 80% depuis le 1er mai 2013; au demeurant, il a préconisé une reprise du travail d'abord à 20% dès le 1er mai 2013, puis à 50% dès le 1er juin 2013 et enfin à 100% dès le 1er septembre 2013 (dossier AI pce p. 102 à 107). - Les certificats médicaux successifs du Dr J. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, concluant à une incapacité de travail à 100% de sa patiente du 10 septembre 2012 au 30 avril 2013 et du 21 mai au 10 août 2013, puis à 80% du 1er au 31 mai 2013, puis à 50% du 23 juillet au 30 septembre, puis à 100% du 1er octobre au 31 décembre 2014 (dossier AI pces p. 108 à 114, 131 à 133, 137 s., 139, 246). - Le rapport médical de transmission du 21 mai 2013 et le rapport médical initial LAA du 6 juin 2013 du Dr K. _____, médecin assistant au service des urgences de L. _____, qui a fait état d'une chute avec traumatisme crânien à domicile (dossier AI pces p. 139, 210). - L'attestation du 23 juillet 2013 et la lettre du 26 juillet 2013 du Dr J. _____, qui a exposé que sa patiente avait fait une chute le 21 mai 2013 avec traumatisme crânien, contusions cervicales et déchirure au niveau du sus-épineux droit, responsable d'une incapacité de travail persistante de 50%. Il a conclu à une incapacité de travail de 100%, 50% pour raison maladie et 50% pour raison accident; il a estimé qu'aucune activité ne paraissait raisonnablement exigible (dossier AI pces p. 116, 120 s., 125 s.). - Le rapport médical du 11 septembre 2013 du Dr M. _____, médecin spécialiste FMH en neuropsychologie, de N. _____, qui a retenu un trouble attentionnel et de mémoire de travail avec insomnie majeure avec fatigue et état douloureux chronique (dossier AI pce p. 186 s.). - Le rapport d'expertise psychiatrique du 17 septembre 2013 (rédigé à l'attention de F. _____) du Dr O. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu, comme diagnostic avec influence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récidivant, épisode actuelle moyen, avec syndrome somatoforme (F33.11) ainsi que, comme diagnostic sans influence sur la capacité de travail, une accentuation de traits de la personnalité (immaturité émotionnelle, instabilité, impulsivité, narcissisme et histrionisme; Z73.0) et un soupçon de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4); il a en outre expressément exclu un trouble de stress post-traumatique invalidant. L'expert a finalement estimé que l'assurée pouvait exercer toute activité professionnelle adaptée à son âge et sa formation, à 50% au début, puis davantage dans les mois suivants (dossier AI pce p. 151 à 172). - Le certificat et l'avis de sortie des 16 octobre et 11 novembre 2013 du Dr P. _____, médecin assistant à Q. _____, qui a fait état d'une hospitalisation et d'une incapacité de travail totale du 2 octobre au 11 novembre 2013 et diagnostiqué un trouble de l'humeur (affectif) persistant (F34.9), un épisode dépressif moyen (F32.1) et un état de stress post-traumatique consécutif à un historique de guerre à R. _____ (F43.1) (dossier AI pces p. 177, 185). - Le rapport médical du 11 novembre 2013 de la Dresse H. _____, qui a conclu à une incapacité de travail de 100% dans toute activité, sans qu'une amélioration ne soit possible; elle a précisé qu'elle ne reconduisait pas le diagnostic spécifique d'état de stress post-traumatique (dossier AI pce p. 182, 188 à 193). - La prise de

position du 18 octobre 2013 du Dr S. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), qui a suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique (dossier AI pce p. 175). Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 b) suppression de la rente entière d'invalidité (avril 2014) Les pièces médicales suivantes ont ensuite été versées au dossier: - Le rapport médical du 5 novembre 2013 du Dr T. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie, qui a notamment retenu un syndrome post-commotionnel avec troubles de l'équilibre persistants (dossier AI pce p. 205 s.). - Le rapport d'expertise rhumatologique du 18 février 2014 (rédigé à l'attention de l'assurance- invalidité) du Dr E. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation, qui a retenu les diagnostics de syndrome post laminectomie chronique (M96.1) avec lombosciatalgies gauches persistantes, de hémilaminectomie L4-L5 gauche et discectomie pour cure de hernie discale avec stabilisation avec implant de type Loop, de cervicalgies communes, d'omalgie droite sur lésion de la coiffe des rotateurs de faible importance, de troubles dépressifs récurrents (F33.11) et de troubles mixtes de la personnalité (F61.0). Il a précisé que la douleur persistante après chirurgie du rachis était connue sous le nom de « failed back surgery syndrome ». Sur le plan thérapeutique, il a estimé que l'assurée prenait peu de médicament par rapport à la douleur décrite comme très invalidante. Il a retenu que « lors de l'examen, nous pouvons provoquer très peu de douleurs soit rachidiennes et pratiquement aucune douleur articulaire si ce n'est que quelques douleurs péri articulaires à l'épaule sans que ces dernières atteignent un niveau significatif. Par contre, le comportement algodysfonctionnel est très significatif. Son niveau fonctionnel est presque réduit à un niveau d'activité quotidienne de base avec quelques sorties de la maison et quelques tâches ménagères, Cette inactivité contraste donc fortement avec les traitements antalgiques et l'examen clinique ». L'expert a sommes toutes estimé que depuis le 17 mars 2013, sur le plan somatique, l'assurée était apte à exercer à plein temps, avec toutefois une diminution de rendement de 20%, une activité adaptée à son état de santé, à savoir une activité évitant la position en porte-à-faux, les charges de plus de 5 kg, les positions statiques debout ou assises, les positions en hyperlordose, la manipulation avec des machines lourdes, ainsi qu'un terrain inégal, en pente ou en échafaudage; il a précisé que la profession précédemment exercée par l'assurée était compatible avec sa situation clinique. L'expert a par contre souligné que l'exigibilité de de cette capacité de travail ne pouvait être déterminée que par un expert psychiatre (dossier AI pce p. 211 à 217). - La prise de position du 11 mars 2014 du Dr S. _____, du SMR, qui a suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique (dossier AI pce p. 219). - Le rapport d'expertise orthopédique du 2 septembre 2014 (rédigé à l'attention de F. _____ ensuite de la chute survenue le 21 mai 2013 et qui aurait aux dires de l'assurée péjoré son état de santé) du Dr U. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a exposé que l'assurée présentait des manifestations ne pouvait être expliquées par les suites de la chute ou par une quelconque pathologie. L'examen clinique a montré une mobilité de la tête, de la nuque et des épaules normale. L'expert a souligné que « lors de la mobilisation passive des deux épaules, [il percevait] une nette résistance volontaire. [L'assurée] souffle de manière bruyante et accentuée, avec révulsion des yeux ». Il a estimé que la commotion cérébrale « n'[était] que possible » et que « c'est le problème psychiatrique, voire l'amplification volontaire ou non des symptômes qui sont au premier plan ». Il a souligné qu'il ne voyait aucune nécessité à poursuivre les traitements d'ergothérapie et de physiothérapie. L'expert a finalement retenu que l'assurée, un an et demi après la cure chirurgicale de hernie discale lombaire, disposait

d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement (dossier AI pce p. 230 à 238). Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 - Le rapport d'expertise psychiatrique du 22 novembre 2014 (rédigé à l'attention de l'assurance- invalidité) du Dr D. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu les diagnostics, sans influence sur la capacité de travail, de dysthymie/dysphorie (F34.1), anxiété non spécifique d'intensité légère (F41.9), syndrome douloureux somatoforme persistant (F54.4) et processus d'invalidation en cours, voire avancé (F68.0). Le psychiatre s'est notamment fondé sur des critères psychopathologiques exposés en 11 chapitres et 115 points et a retenu que les items ne correspondaient que peu aux observations et qu'ils restaient dans un registre modéré. Il a en outre exclu un ralentissement psychomoteur significatif et constaté que l'assurée atteignait tout juste le seuil de la dépression. Il a souligné que, alors que l'assurée avait cessé de prendre des antidépresseurs, son état de santé s'est malgré tout amélioré à un stade de dysphorie/dythymie. L'expert a conclu son rapport ainsi: « Nous sommes en finalité face un syndrome psychiatrique objectivement léger mais un syndrome subjectif intensif. Il n'existe au stade actuel aucune incapacité de travail pour notre domaine, ni diminution de rendement. L'assurée est en majeure partie déconditionnée à l'idée d'une reprise d'activité professionnelle, ceci dans ledit processus d'invalidation mentionné. Il s'agit de facteurs subjectifs et extramédicaux. D'après notre appréciation, elle pourrait, d'un point de vue purement psychique, assumer toutes les activités qui sont considérées comme accessibles pour elle. A notre avis, des propositions de mesures de réinsertion ne font pas, ou peu sens, vu la très forte fixation. En ce qui concerne le passé, nous ne pouvons pas avec certitude déterminer les choses. Il existe une sorte de consensus de la part des deux experts précédents qui avaient les deux évalué la capacité de travail à 50 % dans un premier temps, ensuite à augmenter. Les deux fois, le potentiel esquissé d'amélioration n'a pas été utilisé et il n'y a eu qu'une tentative de réinsertion. Au contraire, le processus s'est plutôt alourdi comme mentionné. Prenant en compte les notions de 2012 et 2013, appliquant certaines tolérances, on peut dire que la capacité de travail médico-théorique était en septembre 2013 à 50% (l'amélioration esquissée par Dr G. _____ n'a pas eu lieu) et à 0% pendant l'hospitalisation en octobre 2013. Au plus tard, au début de l'année 2014 la capacité de travail médico-théorique sur le plan psychiatrique était entière. Il nous paraît en effet juste d'accepter les conclusions du Dr O. _____ ainsi que sa projection dans le futur. En somme, dès le 1er janvier 2014, il existe d'un point de vue médico-théorique une capacité de travail entière ». L'expert a encore constaté que l'assurée avait « une tendance histrionique » et que « beaucoup de ses énoncés étaient extrêmes, voire excessifs et, en finalité, sans preuve. Elle nous a par exemple dit ne dormir qu'une heure et demie par nuit et de rester par exemple toute la journée chez elle enfermée. Or, quelques autres informations relativisent un peu toutes ces notions; l'assurée nous disait par exemple utiliser de temps en temps sa voiture, d'utiliser les transports publics, d'avoir une vie conjugale positive, faire du tricot, d'être fière de l'évolution de sa fille, voir ses parents, etc. Elle était particulièrement peu précise dans la description de son quotidien et le concret de sa vie. En observation directe, nous étions également confronté à passablement de contradictions ». Il a expressément exposé que ses constats correspondaient aux descriptions faites par l'expert précédent (dossier AI pce p. 256 à 278). - La lettre du 19 février 2015 de la Dresse H. _____, qui a répété que sa patiente présentait bien une personnalité pathologique, un trouble de la personnalité avéré mixte (F61.0) avec une répercussion importante sur la capacité de travail; elle a fait état de troubles cognitifs avérés à mettre en relation avec les troubles dépressifs, anxieux et la personnalité pathologique, appuyant l'altération significative du

fonctionnement qui leur est inhérente. La psychiatre a finalement conclu à l'octroi d'une rente à 60% pour des raisons psychiatriques (dossier AI pce p. 316 s.). - Le certificat médical du 2 avril 2015 du Dr J. _____, qui a exposé que seule une activité extrêmement légère nécessitant de nombreuses pauses était exigible de l'assurée. Il a précisé que Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 « si l'on additionne cet état physique à son état psychique, il paraît illusoire d'attendre d'elle une capacité de travail telle qu'estimée par l'assurance-invalidité ». L'interniste a déclaré sa patiente totalement incapable de travailler du 1er janvier au 30 juin 2015 (dossier AI pces p. 293, 306, 315). - La prise de position du 19 mai 2015 du Dr S. _____, du SMR, qui a estimé que l'appréciation médicale de la Dresse H. _____ du 19 février 2015 – selon laquelle il existerait un trouble de la personnalité invalidant (F61.0) ayant valeur de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux – ne saurait convaincre, puisqu'aucun des deux experts psychiatres ayant précédemment examiné l'assurée n'ont conclu à l'existence d'un tel trouble et que par définition un trouble de la personnalité existe depuis l'adolescence. Le Dr S. _____ a ainsi considéré que le dossier était instruit à satisfaction et que l'exigibilité médicale est celle fixée par les experts (dossier AI pce p. 330 s.).

E. 6

Comme il a été dit, la recourante conteste essentiellement son retour à meilleure santé au 1er janvier 2014, tant sur le plan physique que psychique. Elle a, en substance, fait valoir que les expertises produites étaient contradictoires et que l'opinion de sa psychiatre traitant, la Dresse H. _____, devait être préférée à celle des experts ayant conclu à une capacité de travail entière. a) Sur le plan physique, l'amélioration de la situation clinique de la recourante entre mai 2013 et avril 2014 est patente. En effet, alors qu'initialement le Dr I. _____ avait constaté une incapacité de travail de 100% depuis octobre 2012 (la première opération subie par l'assurée datant du 24 octobre 2012) puis de 80% depuis mai 2013, par la suite le Dr E. _____ a conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle avec toutefois une diminution de rendement de 20%. La capacité de travail totale de l'intéressée a été confirmée par le Dr U. _____ – qui a par ailleurs exclu toute diminution de rendement – et correspond en outre aux prévisions du Dr I. _____. Les conclusions des trois experts susmentionnés sont donc parfaitement concordantes s'agissant de la capacité de travail exigible. La Cour constate, cela étant, que les expertises en question se fondent sur des examens complets, ont été établis en pleine connaissance du dossier après que les médecins aient personnellement reçu la recourante, ont pris en considération les plaintes exprimées, ont été fondées sur des études fouillées et ont abouti à des appréciations médicales claires et univoques ainsi qu'à des conclusions dûment motivées. Seule l'opinion du Dr J. _____ apparaît somme toute dissidente. Toutefois, celle-ci est partiellement justifiée par des motifs psychiques, n'a pas été fondée sur des examens approfondis et n'a pas été motivée à satisfaction, les certificats médicaux en cause étant par trop succincts. Il convient, de surcroît, de tenir compte du fait que les médecins traitants, dans leur appréciation médicale, sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient. La fixation dans le temps de l'amélioration de l'état de santé de la recourante est en revanche plus discutée: Le Dr I. _____ a préconisé une reprise du travail à 50% dès le 1er juin puis à 100% dès le 1er septembre 2013, le Dr E. _____ a conclu à une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20% depuis le 17 mars 2013 et le Dr U. _____ a retenu une capacité de travail totale sans diminution de rendement à compter du 17 juin 2013. Une lecture croisée de ces différents avis pousse la Cour de céans à retenir que la recourante a présenté, sur le plan somatique, une incapacité de travail de 100%

depuis octobre 2012, de 80% depuis mai 2013 et de 50% au plus tard depuis le 17 juin 2013; au plus tard à compter du 1er septembre 2013, elle a recouvré une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle, avec toutefois une diminution de rendement de 20%.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 b) Sur les plans psychique et psychosomatique, il a certes été reconnu qu'elle souffrait d'un état dépressif – ayant évolué vers un trouble somatoforme douloureux persistant – qui a généré une incapacité de travail de 50% depuis le 3 mai 2012 selon le Dr G._____. Les deux premiers experts psychiatres sollicités ont cependant d'emblée relevé qu'il ne s'agissait pas d'une situation clinique stabilisée et que l'assurée allait pouvoir augmenter sa capacité de travail dans les mois suivants. Le Dr D._____, dans son rapport d'expertise du 22 novembre 2014, a finalement considéré que l'amélioration pronostiquée par les Drs G._____ et O._____ n'était pas intervenue aussi vite que prévue, que la capacité de travail était encore de 50% depuis septembre 2013, qu'elle était inexistante pendant l'hospitalisation en octobre 2013 et qu'elle était redevenue complète au plus tard à compter du 1er janvier 2014. Il a finalement expressément souligné que l'atteinte à la santé de l'assurée atteignait tout juste le seuil de la dépression et que son état de santé s'était amélioré à un stade de dysphorie/dythyrie. Le psychiatre a, par conséquent, exclu toute incapacité de travail et toute diminution de rendement. Ainsi, dans la mesure où l'amélioration escomptée a bien eu lieu, les expertises psychiatriques figurant au dossier doivent être considérées comme concordantes, contrairement à ce que soutient la recourante; cette concordance a par ailleurs expressément été soulignée par le Dr D._____. La Cour de céans considère à cet égard que le rapport d'expertise psychiatre du 22 novembre 2014 du Dr D._____ satisfait parfaitement à toutes les exigences jurisprudentielles en matière d'expertise et qu'il sied dès lors de lui reconnaître une pleine valeur probante. Ledit rapport remplit en outre les critères fixés par la jurisprudence pour les expertises en matière de trouble somatoforme douloureux persistant. En l'espèce, l'expert ne s'est manifestement pas fondé sur la présomption – abandonnée – selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Au contraire, il a, par le truchement d'indices concrets (des critères psychopathologiques exposés en 11 chapitres et 115 points, le contexte assécurologique, les propres déclarations de la recourante quant aux douleurs ressenties, à ses habitudes, à sa situation familiale et la médication), établi l'existence d'une discordance manifeste entre les douleurs décrites et l'anamnèse, les constatations objectives. La tendance histrionique de la recourante avait d'ailleurs déjà été relevée par le Dr O._____ dans son rapport d'expertise du 17 septembre 2013, le Dr E._____ dans son rapport d'expertise du 18 février 2014, le Dr U._____ dans son rapport d'expertise du 2 septembre 2014 et à réitérées reprises le Dr D._____ dans son rapport d'expertise du 22 novembre 2014 (cf. à cet égard ATF 140 V 193 consid. 3.3). Il a, de surcroît, été mis en évidence que la recourante n'avait pas épuisé les offres thérapeutiques existantes, tant s'en faut (cf. à cet égard le rapport d'expertise et son complément respectivement des 13 juillet et 28 novembre 2012 du Dr G._____, ainsi que le rapport d'expertise du 18 février 2014 du Dr E._____). C'est le lieu de noter que le Dr D._____ a sommes toutes considéré que l'assurée était seulement déconditionnée à l'idée de reprendre une activité professionnelle et qu'il ne s'agissait là que de facteurs subjectifs et extramédicaux n'étant pas couverts par l'assurance-invalidité. Contrairement à ce qu'a soutenu la recourante, il ne convient pas dans la présente occurrence de donner préséance à l'opinion médicale de la Dresse H._____: tout d'abord parce que, en se fondant sur des constatations médicales superposables à celles

effectuées par les autres spécialistes sollicités (cf. le rapport d'expertise psychiatrique et complément d'expertise respectivement des 13 juillet et 28 novembre 2012 du Dr G. _____), elle est la seule à laconiquement conclure à une incapacité de travail totale de sa patiente, dans toute activité, sans possibilité d'amélioration aucune. Ensuite parce qu'en qualité de psychiatre traitante elle a Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 tendance à prendre le parti de sa patiente, comme l'indique le fait qu'elle s'est directement prononcée dans son rapport du 19 février 2015 sur le droit aux prestations de la recourante. En particulier, ainsi que l'a relevé le Dr S. _____ du SMR dans sa prise de position du 19 mai 2015, l'appréciation médicale de la Dresse H. _____ selon laquelle il existerait un trouble de la personnalité invalidant ne saurait convaincre, puisqu'aucun des deux experts psychiatres ayant précédemment examiné l'assurée n'avait conclu à l'existence d'un tel trouble et que l'on peut s'attendre à ce qu'un trouble de la personnalité existe depuis l'adolescence. Il sied de noter enfin que l'existence d'un état de stress post-traumatique a également été niée par les experts sollicités (cf. notamment le rapport d'expertise du 17 septembre 2013 du Dr O. _____), puis également par la psychiatre traitante de la recourante (cf. le rapport du 11 novembre 2013 de la Dresse H. _____). Ainsi, sur les plans psychique et psychosomatique, la Cour de céans retient que la recourante a présenté une incapacité de travail de 50% depuis le 1er mai 2012 et qu'elle a recouvré une capacité de travail de 100% au plus tard au 1er janvier 2014; l'incapacité de travail totale reconnue durant l'hospitalisation d'octobre 2013 n'est par contre pas déterminante au sens de l'art. 88a al. 2 RAI, à défaut d'avoir duré trois mois. c) En définitive, la recourante a présenté une incapacité de travail de 50% depuis le 1er mai 2012, une incapacité de travail de 100% depuis octobre 2012 et une incapacité de travail de 80% depuis mai 2013. Au plus tard à compter du 1er janvier 2014, elle a recouvré une capacité de travail entière, avec toutefois une diminution de rendement de 20%. Il ne sera pas tenu compte d'une éventuelle amélioration de la capacité de gain de la recourante entre fin juin et fin décembre 2013, aucun des médecins sollicités n'ayant effectué une appréciation globale de la capacité de travail de l'intéressée pour cette période; l'autorité intimée a d'ailleurs renoncé à reconsidérer sa décision dans un tel sens et a seulement conclu au rejet du recours.

E. 7

a) Les taux d'invalidité résultant des incapacités de travail de la recourante doivent encore, finalement, être déterminés. Les conditions fixées par la jurisprudence du Tribunal fédéral dans un arrêt de principe publié aux ATF 104 V 135 consid. 2b (et confirmée ultérieurement à plusieurs reprises, par ex. dans l'arrêt TF 8C_282/2012 du 11 mai 2012 consid. 7) relatives à une comparaison en pourcent (« Prozentvergleich ») entre les salaires de valide et d'invalides sont réalisées en l'espèce, l'assurée ne devant pas changer de branche professionnelle. b) Dès lors, la recourante a présenté un taux d'invalidité de 80% depuis le 1er mai 2013 (fin du délai d'attente d'un an art. 28 al. 1 LAI), puis de 20% au plus tard à compter du 1er avril 2014 (1er janvier 2014 + 3 mois art. 88a al. 1 RAI).

E. 8

a) La recourante a donc bien droit une rente entière du 1er mai 2013 au 31 mars 2014, tout droit à une rente devant lui être nié à compter du 1er avril 2014. b) Partant, le recours doit être rejeté.

E. 9

Dans son mémoire de recours, la recourante a pris de nouvelles conclusions tendant à l'octroi de mesures de réadaptation. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 1a; 122 V 34 consid. 2a; arrêt TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). Toutefois, selon la jurisprudence, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503; 122 V 36 consid. 2a et les références citées). La dernière condition faisant défaut dans la présente espèce, une extension de l'objet du litige à la question de l'octroi de mesures de réadaptation est exclue. Cette conclusion est en conséquence irrecevable. Elle devra faire l'objet, cas échéant, d'une nouvelle demande.

E. 10

a) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe et compensés avec l'avance du même montant. b) Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens.

la Cour arrête: I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____ et compensés

avec l'avance du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 30 novembre 2016/yho Président Greffière

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