

FR_GERICHTE 605 2017 70 vom 10. Januar 2018

FR Kantonsgericht, 2018-01-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_70

FR: FR_GERICHTE 605 2017 70 du 10 janvier 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 70 del 10 gennaio 2018

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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. 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.).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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 cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un

catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion aux termes desquels il y a lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2; arrêt TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2 et les références). 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). c) Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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) D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI). b) 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). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). c) 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). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 références citées). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (arrêt TF I 10/02 du 26 juillet 2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008), l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves

fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves, ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées).

E. 4

Est en l'espèce litigieux le droit à la rente de la recourante. Celle-ci estime que son incapacité de travail est totale et ce, dans toute activité, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de son état psychologique. Elle se fonde en cela sur l'avis de son médecin de famille, le Dr C. _____, FMH en médecine générale, selon lequel aucune activité en usine ne lui permettrait de respecter ses limitations relatives aux mouvements du rachis cervical. Elle invoque également le rapport du Dr D. _____, FMH en anesthésiologie, qui affirme que ses douleurs peuvent être expliquées médicalement. L'autorité intimée, pour sa part, se réfère à l'avis des différents experts ayant été amenés à se prononcer sur ce cas, lesquels concluent globalement à l'absence d'une atteinte invalidante, en présence de facteurs psychosociaux et extra-médicaux prédominants. Qu'en est-il ? a) éléments du dossier médical aa) Le 24 février 2012, l'assurée s'encoule à une serpillère sur son lieu de travail et chute en avant sur le côté gauche (dossier OAI, p. 734). Suite à cette chute, elle consulte le service des urgences du HFR, où un torticolis traumatique avec contracture musculaire importante est diagnostiqué le 29 février 2012 (dossier OAI, p. 729). Face à la persistance des douleurs, l'assurée est suivie par son médecin traitant le Dr E. _____, généraliste FMH, ainsi que par le service de chirurgie orthopédique du HFR. Le 27 mars 2012, une radiographie démontre la présence d'une discopathie étagée de C3 à C7, ainsi qu'une petite hernie discale postéro-latérale C6-C7 (dossier OAI, p. 737). Le suivi médical est alors repris par le service de rhumatologie. bb) Très rapidement, de nombreux spécialistes sont consultés par l'assurée, qui se révèlent tous perplexes quant aux causes objectives des douleurs alléguées.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 Ainsi, la Dresse F. _____, neurologue FMH, exclut tout syndrome déficitaire nerveux périphérique ou central, tout en suspectant une irritation radiculaire, mais relève déjà des difficultés d'ordre psycho-social: « Sur un plan social, l'agitation et l'angoisse de la patiente sont d'un côté compréhensibles vu l'échec provisoire de la réintégration au travail. De l'autre côté, elle insiste sur sa perception très angoissante des symptômes et la discussion avec elle tourne en rond » (rapport du 10 juillet 2012, dossier OAI, p. 584). Le Dr G. _____, généraliste FMH et remplaçant du Dr E. _____, finit par alerter la SUVA dans un rapport du 17 septembre 2012: « Evolution désastreuse ! La patiente ne se sent pas reconnue dans sa problématique, consulte tous azimuts pour prouver qu'elle est nettement plus atteinte dans son intégrité et qu'on ne la croit pas ! Pronostic: sombre. Porte démonstrativement une immense minerve prescrite en Serbie où elle a consulté ! Processus qui va vers une claire escalade » (dossier OAI, p. 582), et recommande un séjour auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR). Ces inquiétudes sont confirmées le 15 octobre 2012 par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et rhumatologie, qui déplore l'absence d'évolution positive malgré le nombre d'interventions médicales et physiothérapeutiques déjà entreprises (dossier OAI, p. 615). cc) Un premier séjour à la CRR a lieu du 6 novembre au 4 décembre 2012. Le rapport de sortie du 28 décembre 2012 fait une nouvelle fois état de l'absence d'atteinte traumatique objective

(dossier OAI, p. 625) ainsi que de la discordance entre les plaintes de l'assurée et les atteintes objectives constatées [« Il a été noté des discordances entre le handicap fonctionnel annoncé et celui observé » (dossier OAI, p. 625)]. Des facteurs extra-médicaux sont également soulignés [« Il est mis en évidence une situation de surcharge du point de vue conjugal et au niveau familial, avec une réaction dépressive, teintée de dramatisation en relation surtout avec les limitations éprouvées par la patiente dans les activités » (dossier OAI, p. 624)]. Du point de vue professionnel, une reprise progressive de l'activité habituelle est préconisée après la poursuite de la rééducation dans un cabinet de physiothérapie (dossier OAI, p. 625). L'assurée reprend alors le travail à 25% à raison de deux heures environ tous les matins. Dès le 13 mars 2013, elle consulte un nouveau médecin généraliste, le Dr C. _____ (dossier OAI, p. 519). Le 16 avril 2013, le Dr H. _____ ne peut que constater la péjoration de l'attitude de l'assurée, malgré toute aggravation sur le plan clinique: « L'examen des MS et de la nuque est superposable au niveau de la colonne cervicale à l'examen effectué le 15.10.2012, mais par contre l'assurée est beaucoup plus démonstrative, ne tient pas en place, se lève et s'assied sans arrêt, change de position sans cesse, parle également de façon logorrhéique, répète inlassablement la liste de tous les problèmes, toutes les misères qui l'ont atteintes ces derniers mois » (dossier OAI, p. 572); « Nous n'avons aucune modification, mais plutôt une péjoration de la symptomatologie avec un syndrome somatoforme douloureux qui s'installe et un syndrome dépressif sous-jacent probable. (...) Il faut rappeler que la situation depuis l'accident et la chute du 24.02.2012 a été très largement explorée sur le plan neurophysiologique et locomoteur et qu'objectivement, il n'y a aucune atteinte qui puisse réellement justifier de la pérennité des douleurs et des limitations fonctionnelles actuelles » (dossier OAI, p. 573). A son tour, dans un rapport du 22 juillet 2013, le Dr I. _____, FMH en rhumatologie, constate l'absence d'aggravation clinique et relève une attitude démonstrative ainsi que des discordances

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 entre les plaintes et les atteintes objectives: « Während der Untersuchung wirken viele Tests demonstrativ invalisierend (siehe Diskrepanz zwischen passiver und aktiver Prüfung der Schulterbeweglichkeit, siehe Diskrepanz zwischen den verschiedenen unauffälligen neurologischen Untersuchungen und der Angabe der Patientin, dass sie Objekte wiederholt aus der Hand fallen lasse). (...) Somatisch können innerhalb der Funktionsstörungen der Bewegungssegmente insb. auf Höhe der HWS teilweise korrelierende Befunde festgehalten werden. Diese Befunde alleine erklären aber nicht den ganzen invalidisierenden Verlauf mit den Arbeitsunfähigkeiten » (dossier OAI, p. 550). dd) Elle continue, cela étant, à se prévaloir d'une incapacité de travail de 75%. Elle séjourne une nouvelle fois à la CRR, du 11 décembre 2013 au 8 janvier 2014. A cette occasion, aucun diagnostic invalidant n'est décelé sur les plans orthopédique ou neurologique. Seul un trouble somatoforme, sans incidence sur la capacité de travail, est diagnostiqué. L'incohérence des plaintes et limitations fonctionnelles est à nouveau soulignée: « Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les anomalies objectives constatées pendant le séjour » (dossier OAI, p. 420). En revanche, une dégradation du contexte social est relevée: « Depuis une année, son mari n'a plus droit au chômage et la seule ressource financière du couple est la patiente. Elle se sent « fatiguée » de voir autant de médecins et de physiothérapeutes » (dossier OAI, p. 420). L'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) réalisée durant le séjour est un échec: « La participation de la patiente aux thérapies a été considérée comme faible. Les résultats de la mini ECF n'aident pas à préciser les limitations fonctionnelles, car le comportement

douloureux prononcé s'est accompagné d'autolimitations lors de tous les tests » (dossier OAI, p. 421). Sur le plan psychique, aucune atteinte médicale n'est constatée: « Il n'y a aucun élément orientant vers un trouble psychotique ou un problème de dépendance. Du point de vue de la personnalité, on est frappé par le côté démonstratif, voire histrionique du comportement » (dossier p. 432). Le 3 décembre 2014, le Dr H. _____ déclare le cas stabilisé (dossier OAI, p. 359), ce qui amène la SUVA à mettre un terme à ses prestations. ee) D'autres experts et spécialistes vont encore constater l'attitude démonstrative de l'assurée ainsi que l'absence d'explication objective aux douleurs alléguées. Tout d'abord, le Dr J. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, qui réalise une expertise sur mandat de la Bâloise le 13 février 2015, dans laquelle il confirme le diagnostic de discopathies C5-C6 et C6-C7 et de petite hernie discale C6-C7, mais retient également une amplification des symptômes: « Vu les incohérences cliniques constatées à l'examen clinique, le comportement particulièrement démonstratif tant lors de l'entretien que de l'examen clinique, l'existence de stigmates d'amplification des symptômes, le manque de réponse à tous les traitements qui ont déjà été initiés avec une tendance à l'extension des douleurs, on se doit d'évoquer l'existence d'un syndrome d'amplification des symptômes voire d'un trouble somatoforme » (dossier OAI, p. 290). S'agissant de la capacité de travail, il confirme une capacité de travail de seulement 25% dans l'activité habituelle, mais retient en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui découlent de l'atteinte rhumatologique, à savoir « sans ports ou soulèvements de charges de plus de 5 kg, avec la possibilité de pouvoir alterner les

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 positions assis/debout toutes les 20 minutes, sans mouvements répétitifs en flexion-extension et rotation cervicale, et sans travaux avec les bras au dessus de l'horizontale » (dossier OAI, p. 291). La Dresse K. _____, cheffe de clinique de rhumatologie, perplexe face à l'origine « peu claire » des troubles de l'assurée (rapport du 10 mars 2015, dossier OAI, p. 254), l'adresse à nouveau à la Dresse F. _____, qui ne peut que confirmer l'absence de causes neurologiques: « le bilan clinique et myographique (...) ne fournit pas d'élément pouvant expliquer les algies insupportables et rebelles aux traitements, du moins d'un point de vue neurologique » (rapport du 2 juin 2015, dossier OAI, p. 247). Ce point de vue est corroboré par le Dr L. _____, spécialiste FMH en neurologie, qui, dans une expertise du 30 mars 2016, se montre abasourdi par le nombre d'investigations médicales réalisées [« le bilan radiologique est insensé. Entre 2012 et 2016, l'assurée a eu sept IRM cervicales ! » (dossier OAI, p. 231)], et confirme l'absence de diagnostic neurologique: « D'un point de vue neurologique, il n'y a pas de diagnostic ni de limitation fonctionnelle. La présence d'une composante non organique, type majoration des symptômes, décrites par les experts rhumatologue et psychiatre ne fait pas de doute » (p. 231). L'assurée consulte encore le Dr M. _____, spécialiste FMH en cardiologie, qui confirme encore, si besoin était, que les troubles de l'assurée ne peuvent pas non plus être expliqués par un trouble rythmique cardiaque (dossier OAI, p. 107ss.). ff) Sur le plan psychique également, l'absence de diagnostic objectif invalidant, l'exagération des symptômes ainsi que des facteurs extra-médicaux sont constatés par le Dr N. _____, psychiatre – psychothérapeute FMH, dans son expertise du 1er avril 2015 demandée par la Bâloise. Se ralliant aux conclusions du consilium psychiatrique du second séjour à la CRR, l'expert confirme l'absence de troubles cognitifs, dépressifs ou de tout autre particularité, tout en soulignant que « les signaux comportementaux ont pris encore de l'ampleur » (dossier OAI, p. 277). A cet égard, il relève diverses contradictions entre l'attitude de l'assurée lors de l'expertise et

lorsqu'elle ne se sent pas observée. A son tour, il insiste sur les facteurs psychosociaux défavorables du cadre familial et économique de l'assurée: « Madame est maintenant dans une anxiété augmentée par rapport au revenu futur. Elle vient d'être licenciée et elle a exprimé ses craintes par rapport aux futurs revenus. Elle ne pouvait rien nous dire par rapport au processus de la maladie de son mari, sur les aides, une annonce AI, etc., mais il est dès lors pour nous devenu évident que cette problématique conditionne en partie la symptomatologie ressentie et montrée » (dossier OAI, p. 278). En conséquence, il pose les diagnostics de « somatisation (F45.0), accentuation des traits de personnalité, ici sous forme histrionique (Z73.1), difficulté aux conditions économiques (Z59) et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (et sociales) (F68.0) », de sorte qu'il exclut toute incapacité de travail sur le plan psychiatrique, ni dans l'activité habituelle exercée, ni dans une activité exigible sur le plan somatique (dossier OAI, p. 279) gg) En définitive, le seul médecin qui semble pouvoir apporter une explication objective aux symptômes de l'assurée est le Dr D. _____, FMH en anesthésiologie auprès du Centre Anti- Douleur. Contrairement à tous les médecins consultés jusqu'alors, ce dernier estime qu'il existe une cause objective aux douleurs de l'assurée: « Nous avons donc démontré, avec une précision

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 de 90%, que les douleurs de la patiente proviennent de l'articulation C2-C3 en particulier, mais également de C3-C4 » (rapport du 6 février 2015, dossier OAI, p. 171). Invité à se déterminer à ce propos, l'expert J. _____ estime toutefois que « le tableau clinique global de l'assurée ne peut pas être expliqué uniquement par la problématique dégénérative cervicale postérieure qui est décrite par le Pr. D. _____ (...) » (courrier du 20 février 2015, dossier OAI, p. 200). Etonnamment, l'assurée refuse cependant le traitement proposé par le Dr D. _____, une dénervation des articulations C2-C3 et C3-C4, pourtant considéré comme fiable à 85%: « la patiente nous a annoncé qu'elle ne voulait pas être traitée (...). Cette décision est regrettable » (courrier du 13 février 2015, dossier OAI, p. 328). hh) Quant au médecin traitant, le Dr C. _____, consulté dès le 13 mars 2013, il constate rapidement à son tour une « péjoration de la composante psychologique » ainsi que l'« échec de toutes tentatives de rééducation de physiothérapie » (rapport du 3 février 2014, dossier OAI, p. 408). Pour autant, il ne relativise nullement les allégations de sa patiente et va jusqu'à contester directement au projet de décision de l'OAI, qualifié d'« arbitraire » et d'« improbable et inadapté », affirmant qu'aucune activité professionnelle n'est exigible et qu'il n'existe aucun moyen médical classique adapté (courrier du 27 janvier 2017, dossier OAI, p. 34ss). Invité à se déterminer à ce propos, le Dr O. _____, médecin SMR de l'OAI, constate que le Dr C. _____ « fait part des limitations fonctionnelles, telles que perçues et rapportées par sa patiente » et « propose des conclusions basées sur les allégations de sa patiente, en faisant le « postulat de sincérité » nécessaire à une prise en charge thérapeutique », ce qui, compte tenu du phénomène d'amplification des symptômes constaté par les différents experts, l'empêche de se prononcer sur l'exigibilité médicale d'une activité professionnelle (dossier OAI, p. 32). Dans un courrier du 3 avril 2017, le Dr C. _____ confirme soutenir la démarche d'opposition de sa patiente ainsi que sa demande d'une contre-expertise: « la dernière expertise s'est déroulée dans des conditions inacceptables et a duré peu de temps; l'expert avait un parti pris et ne se sentait pas impliqué dans l'expertise semble-t-il » (bordereau recourante, pièce 4). Enfin, le 30 mai 2017, il déclare que sa patiente « souffre d'une dysfonction chronique des cervicales hautes C2-C3 avec des accès fréquents de névralgies du nerf grand occipital et du nerf petit occipital », engendrant un « handicap

important dans les tâches de la vie quotidienne » et rendant impossible la reprise d'un travail (« il n'est pas permis d'imaginer de lui attribuer ni une profession manuelle ni une profession administrative »). Sans autre explication, il affirme ainsi que « son taux d'invalidité atteint les 70% » (bordereau recourante, pièce 5). b) discussion A la lumière des éléments qui précèdent, on constate d'emblée que les nombreux médecins amenés à se prononcer sur ce dossier se sont tous montrés perplexes sur les causes objectives des douleurs alléguées par la recourante. Les seules atteintes organiques avérées [minime discopathie dégénérative C3-C4 et C4-C5, disco- uncarthrose C5-C6 gauche et hernie discale foraminale interne gauche C6-C7 (rapport d'IRM du 18 janvier 2016, dossier OAI, p. 158)] ne permettent pas d'expliquer, au degré de la vraisemblance

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 prépondérante, les douleurs, insupportables et rebelles à tout traitement, dont se plaint la recourante. Tant les nombreux spécialistes consultés par la recourante elle-même que les experts, les médecins-conseils des différentes assurances ou encore les médecins de la CRR, ont constaté d'importantes discordances entre les atteintes cliniques et les douleurs alléguées, ainsi que des facteurs aggravants ne relevant pas du domaine médical. En présence d'un diagnostic largement partagé de « majoration des symptômes », il n'est démontré aucune atteinte objective sur les plans somatique ou psychiatrique justifiant une incapacité de travail au-delà des limitations fonctionnelles relevées par l'expert J. _____ (dossier OAI, p. 291). L'explication donnée par le Dr D. _____, seul à trouver une explication objective aux douleurs, n'est corroborée par aucun autre élément du dossier. L'avis isolé de ce médecin ne semble par ailleurs pas véritablement partagé par la recourante elle-même, qui a refusé de se soumettre au traitement préconisé par lui. Si les douleurs subjectives ressenties par la recourante ne sauraient être niées, celles-ci ne peuvent toutefois pas être considérées, en tant que telles, comme une atteinte invalidante au sens de la loi, susceptible d'engendrer une incapacité de travail dans une activité adaptée. Au contraire, il ressort du dossier qu'au-delà de cette absence d'explication clinique convaincante, le tableau est manifestement marqué par des facteurs étrangers, relevés à de nombreuses reprises (échecs successifs de reprise du travail puis licenciement, difficultés d'ordre socio-économique et anxiété face à l'avenir), qui n'ont intrinsèquement pas valeur d'atteinte à la santé et qui ne sauraient dès lors engager la responsabilité de l'assurance-invalidité. Quant au Dr C. _____, force est de constater que ses conclusions relatives à l'incapacité de travail totale se fondent majoritairement sur les douleurs alléguées par sa patiente, malgré les nombreuses discordances constatées. Dans ces circonstances, l'avis du médecin traitant, dont l'objectivité est par nature sujette à caution, n'est manifestement pas suffisant pour mettre en doute l'opinion unanime du reste du corps médical. Du reste, ce dernier ne fait pas ici que relayer les plaintes de sa patiente, mais également sa conviction d'être invalide. Quoiqu'il en soit, aucun élément probant ne permet de remettre en cause les différents avis médicaux sur lesquels se fonde la décision litigieuse, et en particulier l'appréciation de la capacité de travail, considérée comme entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles reconnues. Une nouvelle expertise n'est, dans ces conditions, pas indiquée, tant elle ne constituerait qu'une nouvelle occasion pour la recourante de tenter de persuader l'expert qu'elle est désormais totalement invalide. Sa requête en ce sens est par conséquent rejetée.

E. 5

Il découle de tout ce qui précède qu'un refus de rente apparaît ici juridiquement fondé. Résultant très probablement de difficultés vécues au quotidien, les douleurs de la recourante

ne peuvent être assimilées à une atteinte invalidante (médicale) au sens de la loi et ne sauraient ainsi manifestement engager la responsabilité de l'assureur saisi.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 Il s'ensuit que le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

E. 6

Le contentieux ressortissant au domaine de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuit, les frais de la procédure sont mis à la charge de la recourante qui succombe, par CHF 800.-, ceux-ci compensés toutefois avec l'avance consentie. Il n'est enfin pas alloué d'indemnité de partie. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 27 février 2017 est confirmée. II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante; ils sont compensés avec l'avance de frais du 11 avril 2017. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 10 janvier 2018/isc Le Président La Greffière

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