

## **FR\_GERICHTE 605 2019 81 vom 15. Mai 2020**

FR Kantonsgericht, 2020-05-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2019\\_81](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_81)

FR: FR\_GERICHTE 605 2019 81 du 15 mai 2020

IT: FR\_GERICHTE 605 2019 81 del 15 maggio 2020

### **Regeste**

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

### **Volltext**

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2019 81 605 2019 82 Arrêt du 15 mai 2020 Ie Cour des assurances sociales Composition Président : Marc Boivin Juges : Dominique Gross, Marc Sugnaux Greffière : Pauline Volery Parties A. \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité - droit à la rente - capacité de travail résiduelle Recours du 29 mars 2019 contre la décision du 28 février 2019 Tribunal cantonal TC Page 2 de 20 considérant en fait A. A. \_\_\_\_\_, née en 1973, sans formation, en cours de divorce, mère de trois enfants dont un majeur et deux adolescents, a travaillé successivement comme ouvrière d'usine, employée de sacristie puis, dès 2005, comme serveuse. Au début octobre 2012, elle a repris l'exploitation et la gestion d'un tea-room, activité qu'elle a définitivement arrêtée à la fin mai 2015. À partir du mois de juillet 2014, elle s'est retrouvée en incapacité de travail pour cause de maladie. Elle a présenté des taux d'incapacité successifs variables, pour finalement aboutir à une incapacité de travail totale dès le 1er juin 2015. Le 21 août 2014, elle a transmis une déclaration de maladie à l'assurance B. \_\_\_\_\_, auprès de laquelle elle était assurée pour la perte de gain en cas de maladie dans le cadre d'une assurance collective d'indemnités journalières. Lors de l'instruction du cas, l'assurance perte de gain précitée a mis en œuvre une expertise psychiatrique et une expertise rhumatologique. B. Le 2 juillet 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal AI du Valais en invoquant différentes atteintes à la santé, à savoir une coxalgie, une fibromyalgie, une maladie de Sudeck, une hypothyroïdie et de l'arthrose. Sa requête a été transmise le 8 juillet 2015 à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : OAI) comme objet de sa compétence. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est notamment procuré les rapports des expertises psychiatrique et rhumatologique diligentées par B. \_\_\_\_\_, datés respectivement des 16 janvier et 17 février 2016. Le rapport d'expertise psychiatrique constate qu'il n'y a que très peu d'arguments pour retenir une incapacité de travail liée à une maladie psychiatrique, tandis que le rapport d'expertise rhumatologique conclut à l'exigibilité d'une activité adaptée à 50% dès le jour de l'expertise, soit dès le 12 février 2016, tout en précisant que le pronostic est favorable et qu'une augmentation de la capacité de travail exigible à un taux de 100% sera réalisable d'ici trois mois à compter de la date de l'expertise. Par communication du 13 juillet 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'entraîne en ligne de compte en l'état. C. Après avoir soumis le dossier à son service médical régional (ci-après : SMR), il

s'est basé sur les conclusions des experts pour octroyer à l'assurée, par décision du 28 février 2019, une rente d'invalidité échelonnée et limitée dans le temps, soit une rente entière du 1er janvier au 29 février 2016 et une demi-rente du 1er mars au 31 août 2016. Il a retenu que l'état de santé de l'assurée avait engendré une incapacité de travail de 100% du 31 juillet 2015 au 11 février 2016 et de 50% du 12 février au 11 mai 2016, l'assurée ayant ensuite retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 12 mai 2016. Il a ainsi notamment considéré que, du 12 février au 11 mai 2016, l'assurée avait présenté une perte de gain de 50% et un degré d'invalidité du même taux et que, depuis le 12 mai 2016, elle ne subissait plus aucune perte de gain et donc aucune invalidité, le revenu que l'on pouvait exiger d'elle étant même supérieur au revenu qu'elle réalisait avant son atteinte à la santé. Tribunal cantonal TC Page 3 de 20 D. Contre cette décision, A.\_\_\_\_\_, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours auprès du Tribunal cantonal. Avec suite de frais et dépens, elle conclut principalement à la modification de la décision attaquée en ce sens qu'une rente AI entière illimitée dans le temps doit lui être octroyée dès le 1er janvier 2016, ainsi qu'au renvoi du dossier à l'OAI, à charge pour lui de calculer notamment le montant de la rente; subsidiairement, elle conclut au maintien de la décision attaquée sur les points non contestés - étant précisé qu'elle ne conteste pas avoir droit au moins à une rente entière du 1er janvier 2016 au 29 février 2016 et à une demi-rente du 1er mars 2016 au 31 août 2016 - ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants, l'OAI devant en particulier se poser la question de l'octroi d'une rente entière illimitée dans le temps dès le 1er janvier 2016. À l'appui de ses conclusions, la recourante fait d'abord valoir qu'il n'y a pas lieu de donner aux deux rapports d'expertises davantage de valeur probante qu'aux rapports établis par ses médecins traitants, les expertises ayant été mandatées par un assureur privé et n'ayant donc pas été établies avec la même rigueur procédurale qu'en matière d'assurance-invalidité. Elle relève à cet égard que, si l'expertise rhumatologique a été réalisée de manière correcte, le pronostic établi par l'expert quant au retour d'une capacité de travail de 100% trois mois après la date de l'expertise ne s'est toutefois pas réalisé, de sorte qu'il n'y a aucune raison de s'écarter des diagnostics établis par ses médecins traitants. S'agissant de l'expertise psychiatrique, elle soutient que celle-ci n'a aucune valeur probante car elle est plus que sommaire, pour ne pas dire lacunaire. Elle s'étonne par ailleurs du fait que l'expert psychiatre n'ait pas contacté son médecin traitant afin d'obtenir les rapports médicaux idoines dès lors qu'elle semblait réfuter toute maladie psychique et être ainsi anosognosique. Enfin, elle allègue que les avis du médecin SMR doivent être appréciés avec prudence dès lors que ce dernier n'est pas spécialiste en rhumatologie, ni en psychiatrie. La recourante sollicite par ailleurs le bénéfice de l'assistance judiciaire totale pour la procédure de recours, en invoquant notamment son indigence. Dans ses observations du 9 mai 2019, l'OAI propose le rejet du recours en se référant à la motivation de la décision querellée. Appelée en cause en sa qualité de fonds de prévoyance LPP intéressé, la Caisse de pension C.\_\_\_\_\_ indique, dans une détermination du 18 juillet 2019, que sa responsabilité n'est pas engagée pour l'événement assuré et qu'elle peut dès lors renoncer à se déterminer plus en détails sur l'objet du litige. Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures. Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leurs moyens de preuve. Tribunal cantonal TC Page 4 de 20 en droit 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.

2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi 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. Conformément à l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) 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).

2.2. Les atteintes à la santé psychique - y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie - peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281; 130 V 396). En outre, l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics, par exemple si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable qui permettent de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance. 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, en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. ATF 143 V 409; 141 V 281).

2.3. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes Tribunal cantonal TC Page 5 de 20 relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

3. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque 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 (lit. a), qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (lit. c). L'al. 2

prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. 3.1. Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Ce dernier article indique que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 1 2e phr.). 3.2. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références). Pour diminuer son dommage, il suffit, au sens de la jurisprudence sus exposée, qu'un assuré puisse réaliser, dans une activité adaptée, un revenu d'invalide supérieur à celui provenant de la poursuite de son métier (arrêt TF 9C\_924/2011 du 3 juillet 2012). 4. 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 Tribunal cantonal TC Page 6 de 20 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). 4.1. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 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 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). 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). Enfin, 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 (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008).

4.2. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des services médicaux régionaux (ci-après : SMR) ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au cas sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, Tribunal cantonal TC Page 7 de 20 dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. La jurisprudence a souligné que le rapport d'un service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C\_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

5. En l'espèce, le litige porte sur le taux de la rente de l'assurance-invalidité allouée à la recourante pour la période du 1er mars au 31 août 2016 et sur le droit de l'intéressée à une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2016, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle. La recourante estime avoir droit à une rente d'invalidité entière également après le 29 février 2016, et ce pour une durée non limitée dans le temps. Se fondant sur l'avis de ses médecins traitants, elle allègue souffrir de troubles physiques et psychiques qui l'empêchent de travailler. L'OAI, pour sa part, estime que la recourante n'a droit qu'à une demi-rente pour la période du 1er mars au 31 août 2016 et nie son droit à la rente au-delà de cette dernière date. Se basant sur les conclusions des expertises mandatées par l'assureur perte de gain de l'assurée, il retient que cette dernière a présenté une incapacité de travail de 50% du 12 février au 11 mai 2016 et qu'elle a retrouvé une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 12 mai 2016, de sorte qu'elle a subi une perte de gain de 50% du 12 février au 11 mai 2016 et qu'elle ne subit plus aucune perte de revenu depuis le 12 mai 2016. Qu'en est-il ?

5.1. Atteintes invoquées et

suites 5.1.1. L'assurée, née en 1973, était cafetière-restauratrice lorsqu'elle a été opérée au poignet droit le 21 juillet 2014 pour un syndrome du canal carpien. À partir de cette date, elle s'est retrouvée en incapacité de travail totale médicalement attestée (cf. rapport du 14 décembre 2015, dossier OAI, pièce 48, p. 130). Le 21 août 2014, elle a déclaré le cas à son assurance perte de gain en cas de maladie, à savoir B.\_\_\_\_\_. Le 19 septembre 2014, elle a subi une neurolyse du nerf cubital au coude droit pour une neuropathie cubitale irritative très douloureuse, mais non déficitaire. L'évolution de son état suite à cette intervention a été défavorable, avec des douleurs importantes au bras. Selon le chirurgien qui l'a traitée, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et de la main notamment, « l'évolution ultérieure fut marquée par une forme de complication bien singulière, d'apparence dramatique, et que l'on pouvait plutôt attribuer à une forme de syndrome de conversion qu'à un syndrome douloureux régional complexe » (cf. rapport du 14 décembre 2015, dossier OAI, pièce 48, p. 130).

5.1.2. La suite de la prise en charge a été assurée par le médecin traitant de l'intéressée, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, qui a adressé sa patiente à la Dre F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Celle-ci a posé le diagnostic de dystonie fixée douloureuse de la main droite, expliquant dans un rapport du 2 décembre 2014 adressé au médecin traitant : « Cette patiente développe, après une neurolyse du nerf cubital au coude droit le Tribunal cantonal TC Page 8 de 20 19 septembre dernier pour une neuropathie cubitale au coude très douloureuse, une dystonie fixée douloureuse de la main droite. (...) Il s'agit d'un trouble d'origine centrale qui est abondamment décrit dans la littérature qui peut être associé ou non à un syndrome douloureux complexe régional et qui peut survenir après un traumatisme ou après une chirurgie. On avance volontiers devant ces dystonies fixées une composante fonctionnelle. La prise en charge comprend une ergothérapie intensive. (...) Une prise en charge d'ordre psychologique est également conseillée dans ces situations. Le pronostic fonctionnel est décrit comme réservé » (dossier OAI, pièce 47, p. 126). Dans un rapport du 26 mai 2015 adressé à B.\_\_\_\_\_, le Dr E.\_\_\_\_\_ a indiqué les diagnostics suivants : « dystonie douloureuse de la main droite; probable Sudeck du membre supérieur droit; tendinite du moyen fessier gauche; trouble anxio-dépressif ». Il a précisé que l'assurée avait reçu une infiltration locale de corticoïdes au moyen fessier gauche le 21 avril 2015, parallèlement à une corticothérapie per os (dossier OAI, pièce 27, p. 55). Il a en outre attesté des incapacités de travail suivantes : 100% du 21 juillet 2014 au 4 janvier 2015, 50% du 5 janvier 2015 au 31 mars 2015, 100% du 1er avril au 30 avril 2015 et 50% dès le 1er mai 2015 (dossier OAI, pièce 27, p. 55). À la fin mai 2015, l'assurée a définitivement mis un terme à son activité de cafetière-restauratrice.

5.1.3. En date du 2 juillet 2015, elle a formulé une demande de prestations AI pour adultes en invoquant une coxalgie, une fibromyalgie, une maladie de Sudeck, une hypothyroïdie et de l'arthrose (dossier OAI, pièce 58, p. 62). À la mi-novembre 2015, sur conseil de son médecin traitant, elle a consulté la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie. Dans un rapport du 19 novembre 2015 adressé au Dr E.\_\_\_\_\_, la spécialiste précitée a émis le diagnostic de douleurs neuropathiques avec allodynie mécanique, avec des troubles sensitivo-moteurs dans l'hémicorps droit, ceci après une décompression du nerf médian au niveau du poignet droit en juillet 2014 et une neurolyse du nerf cubital au coude droit en septembre 2014 (« Neuropathische Schmerzen mit mechanischer Allodynie, mit Ausbreitung der Sensibilitätsstörungen über die gesamte rechte Körperhälfte, nach Dekompression des N. medianus am Handgelenk rechts 07/2014, und nach Neurolyse des N. Ulnaris am Ellbogen rechts 09/2014 »). Elle a précisé que les douleurs neuropathiques étaient prononcées et que la thérapie médicamenteuse était

insuffisante, tandis que l'ergothérapie réalisée jusqu'à présent était restée sans succès. Elle a suggéré une prise en charge à la fois médicamenteuse et ergothérapeutique, sous forme de Neurontin et Palexia associés à une thérapie intensive au Centre de rééducation sensitive (dossier OAI, pièce 51, p. 138). À la fin novembre 2015, l'assurée a débuté un suivi psychologique auprès de la Dre H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle a également changé de médecin traitant et s'est adressée à la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, pour reprendre son suivi général. Dans un rapport établi le 2 décembre 2015 à l'attention de l'OAI, le Dr E. \_\_\_\_\_ a énuméré les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail : syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de type II en phase froide et dystonie du membre supérieur droit depuis septembre 2014, F60.7 (personnalité dépendante), F07.0 (trouble organique de la personnalité), F45.4 (syndrome douloureux somatoforme persistant), F33.33 (trouble dépressif majeur chronique), F06.4 (trouble anxieux dû à une affection médicale générale), F43.22 (trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse), F51.0 (insomnie liée à un trouble dépressif anxieux et adaptatif), F13.24 (dépendance aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques) et F44.6 (trouble de conversion avec Tribunal cantonal TC Page 9 de 20 symptômes de déficit sensoriel) depuis octobre 2014. Comme diagnostics sans conséquences sur la capacité de travail, il a mentionné une maladie de Hashimoto depuis 2012, une polyarthralgie depuis 2006 et une rhino-conjonctivite saisonnière depuis 1989. Il a indiqué que l'assurée bénéficiait d'un traitement sous forme d'ergothérapie, d'antalgie et de soutien psychologique par le médecin traitant. Il a par ailleurs attesté des incapacités de travail suivantes : 100% du 27 juillet 2014 au 4 janvier 2015, 50% du 5 janvier 2015 au 31 mars 2015, 100% du 1er au 30 avril 2015, 50% du 1er au 31 mai 2015, puis 100% dès le 1er juin 2015 (dossier OAI, pièce 44, p. 118 s.). 5.1.4. Vers la mi-décembre 2015, une expertise psychiatrique et une expertise rhumatologique ont été mandatées par B. \_\_\_\_\_ dans le cadre de l'instruction du dossier perte de gain de l'assurée. Dans son rapport du 16 janvier 2016, l'expert psychiatre, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a laissé deux possibilités ouvertes quant au diagnostic psychiatrique : « En l'état, le soussigné ne peut pas poser de diagnostic de certitude sans connaître les conclusions de l'évaluation rhumatologique par spécialiste et d'autres appréciations somatiques qui pourraient suivre. Il y a dès lors deux cas de figure. Dans la mesure où une affection somatique expliquerait le tableau clinique de l'assurée, le soussigné considère qu'il n'y aurait pas lieu de retenir des troubles psychiques dans ce cas. (...) Dans la mesure où il n'y aurait que peu ou pas d'explication somatique au tableau clinique présenté par l'assurée, l'hypothèse d'un comportement anormal de malade sortant du champ médical, d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques voire d'un trouble (dissociatif) de conversion devraient être discutées » (dossier OAI, pièce 55, p. 179). En tous les cas, il a remarqué que l'assurée ne montrait pas de symptomatologie dépressive ou anxieuse : « Laisse à ses plaintes spontanées, l'intéressée réfute tout trouble psychiatrique. Elle se positionne comme une personne souffrant de douleurs chroniques très importantes qui envahissent totalement sa vie. (...) L'assurée réfute par ailleurs toute symptomatologie dépressive hormis la fatigue anormale, puisqu'elle ne dort que peu "à cause des douleurs". Elle dit que son estime de soi est conservée et qu'elle n'a pas d'idées suicidaires. Elle ne rapporte pas de problèmes de concentration et de mémoire. L'appétit est normal et le poids est stable. La libido est conservée. L'intéressée n'a pas de plaintes qui valideraient des attaques de panique. Il n'y a pas d'évitement phobique ni de symptômes obsessionnels et compulsifs. Il n'y a pas

d'anxiété chronique et sévère ni les items associés du trouble anxiété généralisée. L'assurée ne rapporte pas de problèmes avec les substances psychoactives et les conduites alimentaires. Elle n'a pas de plaintes du registre cérébro-organique. Il n'y a pas de symptomatologie psychotique floride ». Il a ainsi constaté l'absence de véritable épisode dépressif ou de trouble anxieux spécifique, observant notamment : « L'assurée n'est pas triste. Elle est souriante. Elle répond positivement à l'humour. Elle garde toujours le focus de l'entretien. Elle n'a pas la présentation d'une personne déprimée et/ou souffrante. L'intéressée ne se montre pas anxieuse. Son visage n'exprime pas d'inquiétude. Elle reste calme dans son fauteuil. Le cours de la pensée est toujours normal. Les associations d'idées sont bonnes. Il n'y a pas d'indices pour un délire. Il n'y a pas de signes indirects d'hallucinations » (dossier OAI, pièce 55, p. 176 ss). En ce qui concerne la capacité de travail de l'assurée, l'expert psychiatre a conclu : « Quelles que soient les conclusions de l'évaluation rhumatologique, le soussigné considère qu'il n'y aura que très peu d'arguments pour retenir une incapacité de travail liée à une maladie psychiatrique stricto sensu, au vu de ce qu'il a objectivement constaté le 13 janvier 2016 » (dossier OAI, pièce 55, p. 179).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 20 Quant à l'expert rhumatologue, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, il a posé le diagnostic suivant dans son rapport du 17 février 2016 : « syndrome douloureux du membre supérieur droit compatible avec un CRPS (complex regional pain syndrome) suite à une neurolyse du nerf cubital au coude droit en septembre 2014; status après cure de tunnel carpien droit le 21 juillet 2014; status après dystonie fixée de la main droite en décembre 2014 » (dossier OAI, pièce 55, p. 168). Concernant la capacité de travail exigible, il a conclu qu'elle était de 50% depuis le jour de l'expertise, soit depuis le 12 février 2016, dans une profession adaptée à certaines limitations, où l'assurée pourrait épargner globalement son membre supérieur droit. Il a néanmoins précisé que le pronostic était favorable et qu'une augmentation de la capacité de travail exigible à un taux de 100% serait réalisable d'ici trois mois à compter de la date de l'expertise (dossier OAI, pièce 55, p. 170 s.). L'OAI s'est procuré les rapports d'expertises des 16 janvier et 17 février 2016 dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations AI de l'assurée.

5.1.5. Dans un rapport établi le 7 juillet 2016 à l'attention de l'OAI, la Dre H. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante de l'assurée, a émis les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail : « trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque, au décours, début difficile à dater, probablement jeune adulte, voire dans l'enfance (F31.0); difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat (X61.4); difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (X61.6); dislocation de la famille par séparation et divorce (Z63.5) » (dossier OAI, pièce 59, p. 187). Dans ses observations médicales, elle a expliqué que l'état de l'assurée avait évolué ainsi : « Au début du suivi, épisode dépressif léger, avec des idées de suicide qui cèdent rapidement lorsque l'assurée prend conscience des effets qu'aurait un tel acte sur ses enfants. Échelle de Hamilton du 18.12.2015 = 15 (état dépressif léger 14-19). Plaintes centrées sur les douleurs étendues à tout l'hémicorps droit et sur la situation financière problématique en raison d'une situation asséculoologique non clarifiée et la procédure de divorce. Aggravation des symptômes dépressifs en janvier et février 2016, avec introduction d'une médication antidépressive. C'est aussi pendant cette période que l'assurée a commencé à aborder avec beaucoup de gêne mais aussi de colère les événements de son enfance. Évolution hypomane probablement dès le mois de mars, non apparente durant les entretiens où la patiente se contient. C'est en avril que le diagnostic d'hypomanie devient évident suite à l'intervention de son ami, la patiente n'ayant aucune conscience de

ses troubles. Ils se manifestent par une hyperactivité, des moments d'euphorie alternant avec de l'irritabilité, des dépenses inconsidérées, une insomnie massive avec impossibilité de se reposer et de se conformer aux instructions du suivi ergothérapeutique antalgique. Durant les entretiens, le discours devient chaotique et difficile à suivre, sans incohérence franches ni coq-à-l'âne. La relation avec ses enfants se révèle également très problématique, la patiente ayant beaucoup de difficultés à être attentive à leurs besoins, avec des attentes irréalistes et une irritabilité aboutissant à de fréquentes crises de colère. L'assurée a également beaucoup de peine à demander de l'aide dans son rôle de mère, vivant cette idée comme un aveu d'échec ou une nouvelle disqualification. (...) Réapparition de l'hyperactivité et des troubles du sommeil ces dernières semaines, probablement en lien avec le souci de l'approche des vacances et des difficultés d'assumer ses enfants 3 semaines de suite » (dossier OAI, pièce 59, p. 188 s.). Tribunal cantonal TC Page 11 de 20 La psychiatre traitante a attesté d'une incapacité de travail totale à partir du 20 novembre 2015, date correspondant à la première consultation de l'assurée, et ce pour une durée indéterminée (dossier OAI, pièce 59, p. 189).

5.1.6. Par communication du 13 juillet 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'entrait en ligne de compte en l'état.

5.1.7. Dans un rapport adressé le 26 juin 2018 à l'OAI, la Dre H.\_\_\_\_\_ a maintenu ses diagnostics de trouble affectif bipolaire (F31.9), difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat (X61.4), difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (X61.6) et dislocation de la famille par séparation et divorce (Z63.5). Elle a expliqué que le status de l'assurée était superposable à celui décrit dans son précédent rapport, avec une nette prédominance des phases dépressives : « Les symptômes sont superposables à ceux décrits dans mon rapport du 7 juillet 2016, avec peu de périodes euthymiques, surtout des phases dépressives, entrecoupées de brefs moments hypomanes. La gestion des douleurs neuropathiques est aggravée par les troubles de l'humeur, l'assurée a interrompu l'ergothérapie car dans l'incapacité de se conformer aux instructions données (le moins de stimulation possible sensitive et motrice de son hémicorps droit). (...) » (dossier OAI, pièce 81, p. 81 s.).

Dans un rapport à l'attention de l'OAI daté du 17 juillet 2018, la Dre I.\_\_\_\_\_ a indiqué comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail un trouble bipolaire, un syndrome douloureux régional complexe des branches sensitives palmaires du nerf médian, avec des allodynies mécaniques à droite, ainsi qu'une épicondylite et une épitrochléite droites chroniques. Comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, elle a mentionné une hypothyroïdie. S'agissant de l'évolution de la situation, elle a relevé : « La patiente est suivie depuis plusieurs années pour des douleurs chroniques sur une CRPS et souffre également d'un trouble bipolaire. Le traitement est difficile à gérer d'après la psychiatre car les médicaments provoquent des effets secondaires cardiologiques et empêchent leur augmentation ». Concernant la situation et les symptômes actuels, elle a indiqué : « Patiente hyperactive, ne dort que quelques heures par nuit. Douleur des membres supérieurs qu'elle ne parvient pas à guérir en raison de son hypomanie : trop active, pas assez de repos musculaire. Cercle vicieux car la médication ne peut pas être adaptée pour stabiliser son humeur » (dossier OAI, pièce 84, p. 249 ss).

5.1.8. Après avoir soumis le dossier au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin SMR, l'OAI s'est fondé sur les conclusions des rapports d'expertises psychiatrique et rhumatologique des 16 janvier et 17 février 2016 pour allouer à l'assurée, par décision du 28 février 2019, une rente d'invalidité échelonnée et limitée dans le temps, soit une rente entière du 1er janvier au 29 février 2016 et une demi-rente du 1er mars au 31 août 2016. Il a

retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100% du 31 juillet 2015 au 11 février 2016 et de 50% du 12 février au 11 mai 2016 en raison de son état de santé, mais qu'elle avait ensuite retrouvé une capacité de travail entière dès le 12 mai 2016 dans une activité adaptée, par exemple dans l'industrie légère à la surveillance de machines, le contrôle qualité ou le conditionnement léger. Il a ainsi notamment considéré que, du 12 février au 11 mai 2016, l'assurée avait présenté une perte de gain de 50% et un degré d'invalidité du même taux et que, depuis le 12 mai 2016, elle ne subissait plus aucune perte de gain et donc aucune invalidité, le revenu que l'on pouvait exiger d'elle étant même supérieur au revenu qu'elle réalisait avant son atteinte à la santé. Tribunal cantonal TC Page 12 de 20 5.2. Avis des médecins traitants quant à la capacité de travail Les médecins suivant ou ayant suivi l'assurée se sont pour la plupart prononcés sur sa capacité de travail exigible.

5.2.1. Dans son rapport du 2 décembre 2015 à l'attention de l'OAI, le Dr E. \_\_\_\_\_ indique que la profession de cafetière-restauratrice n'est plus exigible de l'assurée et que l'exercice d'une activité adaptée est également impossible. Il précise que l'assurée est dans l'incapacité d'utiliser sa main droite et qu'elle présente en outre une limitation psycho-mentale sur asthénie et manque de concentration. Il relève toutefois que les restrictions énumérées peuvent être réduites par des mesures médicales, à savoir une psychothérapie et de l'ergothérapie. À la question de savoir si on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, il répond à la fois par l'affirmative et la négative, en précisant : « Dès la fin de son divorce progressivement » (dossier OAI, pièce 44, p. 119 s.). Dans un rapport établi le 2 décembre 2015 à l'attention de B. \_\_\_\_\_, il indique que la capacité de travail de l'assurée peut être augmentée grâce aux nouveaux traitements envisagés, à savoir une thérapie spécifique des douleurs neuropathiques avec allodynie mécanique, une adaptation thérapeutique médicamenteuse par Palexia retard et dose croissante de Neurontin, une ergothérapie au Centre de rééducation sensitive de M. \_\_\_\_\_ et une prise en charge psychothérapeutique et psycho-analeptique adaptée auprès d'un psychiatre. Il explique que l'on peut escompter une amélioration de la situation dès la fin de la procédure de divorce : « En effet, l'assurée était décrite avant le début de son divorce comme une personne avenante, pleine de vie, motivée pour diverses activités sportives, artistiques et de bricolage. Toutes les thérapies réalisées jusqu'à maintenant ont été certes vouées à l'échec. Cependant, il nous semble qu'une fois le divorce prononcé, avec les capacités intrinsèques de la patiente, avec toutefois l'aide des différents nouveaux thérapeutes impliqués, il pourra être envisagé une reconstruction de la vie privée et professionnelle de l'assurée. Un épanouissement professionnel serait dès lors envisageable » (dossier OAI, pièce 51, p. 149 s.).

5.2.2. La Dre H. \_\_\_\_\_, pour sa part, déclare dans son rapport du 7 juillet 2016 à l'attention de l'OAI que l'activité exercée en dernier lieu par l'assurée n'est plus exigible, mais elle ne répond pas à la question de savoir dans quelle mesure une activité adaptée est possible. Elle énumère les restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes en ces termes : « En période hypomane : hyperactivité, difficultés relationnelles, difficultés de concentration impliquant des problèmes pour s'organiser, gérer son alimentation, son sommeil et ses dépenses. En périodes dépressives : thymie dépressive, fatigabilité et aboulie. Je n'ai pas encore connu la patiente stabilisée ». Elle émet par ailleurs un pronostic mitigé pour la suite : « Une amélioration de la capacité de travail paraît peu probable à moyen, voire long terme au vu de la gravité du tableau clinique, un travail conséquent doit se faire dans le sens d'une meilleure connaissance et acceptation de la maladie, par la patiente et son entourage. Une stabilisation de son état ne sera probablement possible qu'après amélioration de la relation

mère-enfants et de sa situation sociale et financière. Une réévaluation de la capacité de travail devrait se faire tous les un à deux ans. Au vu de l'intrication entre les problèmes physiques et psychiques, il est probable qu'une réorientation et réinsertion professionnelle s'avère nécessaire à long terme si la situation psychique se stabilise et que la capacité de travail s'améliore » (dossier OAI, pièce 59, p. 189 s.). Dans son rapport du 26 juin 2018 adressé à l'OAI, la psychiatre précitée note que la capacité de travail de l'assurée est inchangée par rapport à juillet 2016 et qu'il n'existe actuellement pas de potentiel de réinsertion. Elle définit les limitations fonctionnelles suivantes : « Les symptômes Tribunal cantonal TC Page 13 de 20 psychiatriques liés à un trouble bipolaire de type 2 ne permettent pas d'assumer la continuité nécessaire à une activité professionnelle, des problèmes somatiques viennent encore compliquer la situation ». Son pronostic sur l'évolution de la capacité de travail de l'intéressée reste circonspect : « Actuellement, l'assurée utilise toutes ses forces pour gérer sa vie quotidienne et celle de ses enfants. Elle est toujours soutenue par une curatrice pour ses tâches administratives et par le réseau de santé pour le ménage et le repassage. Elle n'est pas en mesure d'assumer un travail au-delà de la garde occasionnelle d'enfants bénévole dans le cadre familial (neveux et nièce), cette occupation la valorise mais ne serait pas possible actuellement dans un contexte professionnel. La capacité de travail devrait cependant être réévaluée régulièrement. L'assurée a peu de capacité d'introspection, chaque remise en question est vécue comme une nouvelle blessure narcissique avec des idées de dévalorisation massives, raison pour laquelle un travail psychothérapeutique plus intensif n'est pas possible actuellement. Même si la médication n'aboutit qu'à une stabilisation partielle des symptômes, l'assurée a très peur d'un changement, dont l'issue serait par ailleurs incertaine et qui risque de la décompenser à nouveau plus gravement ». Elle relève par ailleurs l'impact de la procédure de divorce sur l'état de l'assurée : « Cinq ans après la séparation, la procédure de divorce est toujours en cours, suspendue à la question du revenu de la patiente, qui bénéficie actuellement de l'aide sociale. Pour l'assurée, ceci représente une charge supplémentaire, avec une aggravation des symptômes à chaque échéance de la procédure » (dossier OAI, pièce 80, p. 242 ss). Dans une attestation datée du 28 septembre 2018, la psychiatre traitante certifie qu'elle suit régulièrement l'assurée depuis le 20 novembre 2015 pour une problématique bipolaire, partiellement stabilisée sous médication neuroleptique. Elle ajoute que l'incapacité de travail est toujours totale et qu'elle n'a pas changé depuis ses rapports établis les 7 juillet 2016 et 26 juin 2018 à l'attention de l'OAI. 5.2.3. Quant à la Dre I. \_\_\_\_\_, elle indique, dans son rapport adressé le 17 juillet 2018 à l'OAI, que l'assurée ne peut pas travailler pour le moment et qu'elle ne peut exercer ni l'activité de cafetière-restauratrice, ni aucune autre activité. Elle décrit ses limitations fonctionnelles ainsi : « L'assurée a des périodes hypomaniaques durant lesquelles elle est trop active et a une exacerbation de ses douleurs. Elle a une attitude inadéquate avec les autres personnes et a de la peine à se focaliser sur quelque chose. D'autres périodes, elle souffre de dépression et s'enferme sur elle-même » (dossier OAI, pièce 84, p. 251 ss). 5.3. Avis des experts quant à la capacité de travail Les experts psychiatre et rhumatologue ayant examiné l'assurée dans le cadre de son dossier perte de gain se sont également déterminés sur sa capacité de travail exigible. 5.3.1. Dans son rapport du 16 janvier 2016, le Dr J. \_\_\_\_\_ constate qu'il n'y a que très peu d'arguments pour retenir une incapacité de travail liée à une maladie psychiatrique stricto sensu, au vu de ce qu'il a objectivement constaté le 13 janvier 2016 (dossier OAI, pièce 55, p. 179). Il émet les observations suivantes : « À l'examen, on est face à une femme restée svelte, dont la tenue vestimentaire et l'hygiène sont correctes et qui est soignée de sa

personne. Il n'y a pas de fœtor alcoolique ni de signes d'imprégnation par des substances psychoactives. Il n'y a pas de manifestations de sevrage. L'expertisée collabore à l'investigation. Elle donne les informations demandées. L'examen se passe dans de bonnes conditions. Votre assurée est orientée dans le temps et l'espace. Elle est parfaitement vigile. Elle ne présente pas de troubles attentionnels et mnésiques au simple examen clinique. Il n'y a rien pour un déficit praxique ou gnosique. Jugement Tribunal cantonal TC Page 14 de 20 et raisonnement sont parfaitement fonctionnels d'un point de vue neuropsychologique. Il n'y a pas de troubles du langage. L'observation parle contre une affection cérébrale organique. L'assurée n'est pas triste. Elle est souriante. Elle répond positivement à l'humour. Elle garde toujours le focus de l'entretien. Elle n'a pas la présentation d'une personne déprimée et/ou souffrante. L'intéressée ne se montre pas anxieuse. Son visage n'exprime pas d'inquiétude. Elle reste calme dans son fauteuil. Le cours de la pensée est toujours normal. Les associations d'idées sont bonnes. Il n'y a pas d'indice pour un délire. Il n'y a pas de signes indirects d'hallucinations » (dossier OAI, pièce 55, p. 177). Il note par ailleurs que l'assurée nie souffrir d'un trouble psychique : « L'intéressée réfute tout trouble psychique. En cours de consultation, elle finit néanmoins par rapporter qu'elle est bel et bien suivie par un médecin psychiatre depuis le mois de janvier 2016. Elle situe cette prise en soins dans le contexte de ses douleurs et, dans un deuxième temps, finit par lâcher qu'il y a aussi des choses à parler autour de sa séparation et des difficultés liées à la longue procédure de divorce » (dossier OAI, pièce 55, p. 175).

5.3.2. Le Dr K. \_\_\_\_\_, pour sa part, conclut dans son rapport du 17 février 2016 à une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle de tenancière de tea-room, avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas de préhension d'objets ou d'activités fines avec la main droite, pas de mouvements de flexion/extension répétitifs du coude droit, pas de port de charges excédant 5 kg avec le bras droit. Il retient cependant une capacité de travail exigible de 50% dès le jour de l'expertise - soit le 12 février 2016 - dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, tout en émettant un pronostic favorable pour la suite : « D'un point de vue rhumatologique, vu la paucité des éléments objectifs cliniques et radiologiques pathologiques, le pronostic demeure favorable et une augmentation de sa capacité de travail exigible à un taux de 100% sera réalisable d'ici trois mois à compter de la date de l'expertise » (dossier OAI, pièce 55, p. 170). Dans son appréciation du cas, il constate que le tableau clinique est relativement pauvre : « Objectivement, nous sommes confrontés à une assurée qui manifeste une attitude d'épargne complète du membre supérieur droit (selon les recommandations de ses thérapeutes selon ses dires), on constate un léger déficit thermique à la main droite, sous forme d'une hypothermie, associée une très discrète cyanose de la main droite. Il n'y a cependant pas de trouble trophique, avec une mobilité de la main qui est conservée, en ce qui concerne la flexion des doigts, avec une distance pulpe-paume qui est à 0 cm à tous les rayons. Le tableau clinique est surtout caractérisé par des plaintes subjectives lors de l'examen clinique, sous la forme de douleurs intenses et intolérables au moindre contact cutané au niveau du membre supérieur droit et cela pas uniquement au niveau de la main droite. Cependant, force est de constater que la mobilité de l'épaule, du coude, du poignet et des doigts à droite est entièrement conservée, il n'y a pas de rétraction tendineuse et aucune limitation de la mobilité. L'examen neurologique est quant à lui caractérisé par l'allégation d'une hypoesthésie diffuse mal systématisée du membre supérieur droit et par une faiblesse subjective (d'environ 50%) notamment en ce qui concerne la préhension d'objets, avec une certaine perte de dextérité, il n'y a cependant pas d'amyotrophie. Enfin, on constate au niveau de la hanche gauche une légère douleur rétro-trochantérienne, majorée à l'abduction

et la rotation externe contrariée, ainsi qu'à la palpation directe. Le reste de l'examen ostéo-articulaire et neurologique est dans les limites de la norme. Comme examen complémentaire, vu l'absence d'éléments de preuve, le soussigné a effectué des radiographies des deux mains, qui ne démontrent pas d'ostéopénie au niveau de la main droite et juste de très légers troubles dégénératifs compatibles avec l'âge, notamment aux articulations Tribunal cantonal TC Page 15 de 20 interphalangiennes distales. Au total on peut évoquer un syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit dans le cadre d'un CRPS en phase tardive, lui-même consécutif d'une neurolyse du nerf cubital au coude droit en septembre 2014 d'évolution progressivement favorable, compte tenu des constatations objectives rassurantes du status clinique, qui ne démontre en effet plus de dystonie ni de restrictions de la mobilité des articulations du membre supérieur droit » (dossier OAI, pièce 55, p. 169 s.).

5.4. Appréciation du médecin SMR

5.4.1. Sollicité par l'OAI pour se déterminer sur le dossier, le Dr L. \_\_\_\_\_ estime, dans un rapport du 21 juillet 2016, que les rapports d'expertises rhumatologique et psychiatrique des Drs J. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ remplissent entièrement les critères de qualité requis d'une expertise médicale, de sorte que leurs conclusions peuvent être validées. Il confirme ainsi l'exigibilité d'une activité adaptée à 50% dès le 12 février 2016 et à 100% dès le 12 mai 2016 (horaire et rendement), moyennant le respect des limitations prescrites par l'expert rhumatologue (dossier OAI, pièce 61, p. 196 s.).

5.4.2. Appelé par l'OAI à livrer une nouvelle appréciation sur le dossier suite aux rapports établis les 26 juin 2018 et 17 juillet 2018 par la Dre H. \_\_\_\_\_ et la Dre I. \_\_\_\_\_, le médecin SMR indique, dans un rapport du 14 septembre 2018, que les rapports précités des médecins traitantes n'amènent aucun élément nouveau sur le plan médical objectif, de sorte qu'il confirme ses conclusions du 21 juillet 2016, basées sur deux rapports d'expertises probants. En outre, il ne préconise aucune mesure d'instruction médicale supplémentaire (dossier OAI, pièce 86, p. 256).

5.5 Discussion

5.5.1. La recourante soutient essentiellement qu'il n'y a pas lieu de donner aux deux rapports d'expertises davantage de valeur probante qu'aux rapports établis par ses médecins traitants. Elle allègue que le pronostic de l'expert rhumatologue quant au retour d'une capacité de travail de 100% trois mois après la date de l'expertise ne s'est pas réalisé, tandis qu'elle conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique pour cause de lacunes.

5.5.2. Il y a tout d'abord lieu de constater que les médecins traitants de l'intéressée ne sont pas catégoriques en ce qui concerne sa capacité de travail exigible, certains envisageant même la reprise à terme d'une activité professionnelle. Si le Dr E. \_\_\_\_\_, ancien médecin traitant de l'assurée, estime qu'aucune activité n'est exigible à la fin 2015, il relève cependant que les limitations physiques et psychiques de l'assurée - incapacité d'utiliser la main droite et limitation psycho-mentale sur asthénie et manque de concentration - peuvent être réduites et sa capacité de travail augmentée par des mesures médicales, à savoir en particulier une prise en charge ergothérapeutique, une adaptation médicamenteuse et un suivi psychothérapeutique. Il indique en outre que l'on peut s'attendre à une reprise d'un travail dès la fin de la procédure de divorce progressivement (cf. rapports du 2 décembre 2015, dossier OAI, pièces 44 et 51, p. 119 s. et 150). La Dre H. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante, déclare pour sa part dans son rapport du 7 juillet 2016 que l'activité de cafetière-restauratrice n'est plus exigible en raison essentiellement de symptômes psychiatriques liés à un trouble bipolaire de type 2, mais elle ne répond pas formellement à la question de savoir dans quelle mesure une activité adaptée est possible. Elle indique qu'une amélioration de la capacité de travail paraît peu probable à moyen, voire long terme au vu de la gravité du tableau clinique, sans pour autant exclure la reprise

d'une activité professionnelle : Tribunal cantonal TC Page 16 de 20 « Une réévaluation de la capacité de travail devrait se faire tous les un à deux ans. Au vu de l'intrication entre problèmes physiques et psychiques, il est probable qu'une réorientation et réinsertion professionnelle s'avère nécessaire à long terme si la situation psychique se stabilise et que la capacité de travail s'améliore » (dossier OAI, pièce 59, p. 189 s.). Dans son rapport du 26 juin 2018, elle déclare que la capacité de travail est inchangée par rapport à juillet 2016 et qu'il n'existe pas de potentiel de réinsertion pour le moment. Elle répète néanmoins que la capacité de travail devrait être réévaluée régulièrement (dossier OAI, pièce 81, p. 242 ss). Quant à la Dre I. \_\_\_\_\_, qui a succédé au Dr E. \_\_\_\_\_ pour le suivi général de l'assurée, elle indique, dans son rapport du 17 juillet 2018, que l'intéressée ne peut exercer aucune activité professionnelle en raison de différentes limitations fonctionnelles psychiques, à savoir des périodes hypomaniaques durant lesquelles elle est trop active et a une exacerbation de ses douleurs, une attitude inadéquate envers les autres, des difficultés de concentration et un enfermement sur elle-même durant les périodes de dépression. En ce qui concerne le pronostic sur la capacité de travail et le potentiel de réadaptation de l'assurée, elle se réfère à l'avis de la psychiatre traitante (dossier OAI, pièce 84, p. 250 ss).

5.5.3. Les experts psychiatre et rhumatologue qui ont examiné l'assurée au début 2016 vont pour leur part dans le sens d'une reprise rapide d'une activité professionnelle. Le Dr J. \_\_\_\_\_ relève qu'il n'y a que très peu d'arguments pour retenir une incapacité de travail liée à une maladie psychiatrique compte tenu de ce qu'il a objectivement constaté le 13 janvier 2016 (dossier OAI, pièce 55, p. 179), tandis que le Dr K. \_\_\_\_\_ retient une capacité de travail exigible de 50% dès le 12 février 2016 dans une activité adaptée à certaines limitations, tout en annonçant une augmentation de la capacité de travail exigible à 100% d'ici trois mois à compter de la date de l'expertise au vu de la rareté des éléments objectifs cliniques et radiologiques pathologiques existants (dossier OAI, pièce 55, p. 170 s.). Cela étant, il sied de constater, à l'instar du médecin SMR, que les rapports établis par les experts précités remplissent les exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Leurs conclusions résultent en particulier d'une analyse complète de la situation médicale de la recourante (objective et subjective), les deux experts ayant réalisé leur rapport après avoir analysé le dossier assécurologique complet et après avoir examiné chacun séparément l'expertisée. À noter que l'expert psychiatre a par ailleurs eu un long entretien téléphonique le 14 janvier 2016 avec la Dre H. \_\_\_\_\_, au cours duquel il a notamment pu obtenir des renseignements complémentaires, et que l'expert rhumatologue s'est encore fait remettre différents rapports médicaux par la Dre I. \_\_\_\_\_. Leurs conclusions sont par ailleurs dûment motivées, avec entre autres des explications circonstanciées sur l'état de santé physique et psychique de l'assurée et les limitations qui en découlent ou non. On relèvera à cet égard que l'expert psychiatre a objectivement constaté que l'assurée ne montrait pas de symptomatologie dépressive ou anxieuse, qu'elle était orientée dans le temps et l'espace, qu'elle était parfaitement vigile et souriante, qu'elle ne présentait pas de troubles attentionnels ou mnésiques, ni de troubles du langage, qu'elle possédait un jugement et un raisonnement parfaitement fonctionnels d'un point de vue neuropsychologique, que le cours de sa pensée était toujours normal et que les associations d'idées étaient bonnes (dossier OAI, pièce 55, p. 176 ss). Quant à l'expert rhumatologue, il a constaté que le tableau clinique était relativement pauvre et qu'il était surtout caractérisé par des plaintes subjectives de douleurs lors de l'examen, soulignant notamment que le membre supérieur droit conservait une mobilité Tribunal cantonal TC Page 17 de 20 complète et ne présentait aucune rétraction tendineuse ni amyotrophie (dossier OAI, pièce

55, p. 169). Il convient en outre de relever que les plaintes de l'assurée ont été entendues et prises en considération par chacun des experts, étant précisé qu'elles concernent principalement des douleurs chroniques. Selon l'expert psychiatre, l'assurée réfute tout trouble psychiatrique et se positionne comme une personne souffrant de douleurs très importantes qui envahissent totalement sa vie (dossier OAI, pièce 55, p. 176). Selon l'expert rhumatologue, le tableau clinique est surtout caractérisé par des plaintes subjectives lors de l'examen clinique, sous la forme de douleurs intenses et intolérables au moindre contact cutané au niveau du membre supérieur droit (dossier OAI, pièce 55, p. 169). Il mentionne en outre que l'assurée ne se considère pas comme une invalide et que, comme projet d'avenir, elle souhaiterait pouvoir se reclasser par le biais de l'AI dans une activité qui serait plus légère pour son bras droit (dossier OAI, pièce 55, p. 166). Les rapports des experts comprennent par ailleurs une anamnèse détaillée, les indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques ainsi qu'une appréciation du cas. De surcroît, aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des expertises, lesquelles aboutissent à des conclusions convaincantes.

5.5.4. Les médecins traitants de la recourante ont certes des avis divergeant des résultats des expertises psychiatrique et rhumatologique. Néanmoins, ils n'excluent pas la possibilité d'une reprise - à terme - d'une activité professionnelle. Par ailleurs, force est de remarquer qu'ils prennent en compte des facteurs extra-médicaux importants dans le cadre de leur appréciation, tels que la procédure de divorce qui touche l'assurée ou les difficultés relationnelles qu'elle rencontre avec ses enfants. En effet, le Dr E. \_\_\_\_\_ estime que l'on peut attendre une amélioration de la capacité de travail dès la fin de la procédure de divorce (rapports du 2 décembre 2015, dossier OAI, pièces 44 et 51, p. 120 et 150), laissant ainsi entendre que cette procédure joue un rôle majeur dans l'incapacité de travail de l'assurée. La Dre H. \_\_\_\_\_, pour sa part, signale expressément la dislocation de la famille par séparation et divorce (Z63.5) comme étant un diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assurée, au même titre qu'un trouble affectif bipolaire qui a probablement débuté jeune adulte, voire dans l'enfance, des difficultés liées à de possibles sévices sexuels dans l'enfance et des difficultés liées à de possibles sévices physiques dans l'enfance (rapport du 7 juillet 2016, dossier OAI, pièce 59, p. 187). Elle relève l'impact de la procédure de divorce et de la relation mère-enfants sur l'état de santé de l'assurée : « Cinq ans après la séparation, la procédure de divorce est toujours en cours (...). Pour l'assurée, ceci représente une charge supplémentaire, avec une aggravation des symptômes à chaque échéance de la procédure » (rapport du 26 juin 2018, dossier OAI, pièce 80, p. 243); « La relation avec ses enfants se révèle également très problématique (...). Réapparition de l'hyperactivité et des troubles du sommeil ces dernières semaines, probablement en lien avec le souci de l'approche des vacances et des difficultés d'assumer ses enfants 3 semaines de suite » (rapport du 7 juillet 2016, dossier OAI, pièce 59, p. 188 s.). Elle estime en outre que l'état de l'assurée évoluera certainement en fonction des facteurs psychosociaux : « Une stabilisation de son état ne sera probablement possible qu'après amélioration de la relation mère-enfants et de sa situation sociale et financière » (rapport du 7 juillet 2016, dossier OAI, pièce 59, p. 189). Quant à la Dre I. \_\_\_\_\_, elle s'en remet à l'avis de la psychiatre traitante s'agissant du pronostic sur la capacité de travail et le potentiel de réadaptation de l'assurée (rapport du 17 juillet 2018, dossier OAI, pièce 84, p. 250 ss), de sorte que son avis sur la question n'est pas significatif à lui seul.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 20

Au vu de ces éléments, force est de constater que les médecins traitants attribuent une part importante aux facteurs extra-médicaux dans leur appréciation de la capacité de travail de l'assurée. De tels facteurs ne pouvant être pris

en considération pour déterminer le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, les rapports des médecins traitants ne remettent pas en cause les conclusions des expertises psychiatrique et rhumatologique, ce d'autant plus qu'ils doivent être appréciés avec toute la retenue imposée par la jurisprudence à cet égard compte tenu du lien thérapeutique existant entre leurs auteurs et l'assurée. C'est le lieu de souligner que le supposé trouble bipolaire diagnostiqué à l'assurée par sa psychiatre traitante, qui aurait débuté selon celle-ci au début de l'âge adulte, voire dans l'enfance, n'a pas empêché l'intéressée de travailler durant de nombreuses années avant le début de son incapacité de travail médicalement attestée en juillet 2014, de sorte que l'on peine à imaginer comment un tel trouble pourrait avoir une incidence sur sa capacité de travail de manière autonome.

5.5.5. De l'avis de la Cour, le dossier constitué par l'autorité intimée est suffisamment étoffé pour se forger une opinion, sans que des mesures d'instruction complémentaires ne soient nécessaires. Sur la base des éléments médicaux à disposition, et en particulier des résultats des deux expertises probantes, on peut ainsi légitimement conclure que la recourante possède une capacité de travail résiduelle de 50% dès le 12 février 2016 et de 100% dès le 12 mai 2016 dans une activité professionnelle adaptée aux limitations énoncées par l'expert rhumatologue, soit une activité n'impliquant pas de préhension d'objets ou d'activités fines avec la main droite, ni de mouvements de flexion/extension répétitifs du coude droit ou de port de charges de plus de 5 kg avec le bras droit.

5.5.6. S'agissant des rapports du médecin SMR, dont la recourante conteste également la valeur probante, il sied de rappeler qu'ils ont uniquement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de fournir des recommandations quant à la suite à donner au cas sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale ou d'un examen médical. Ils ne sont ainsi pas soumis aux mêmes exigences formelles dès lors que leurs fonctionnalités sont différentes. Cela étant, force est de constater que les deux rapports du médecin SMR présents au dossier remplissent parfaitement leur rôle de synthèse et de recommandation et n'appellent aucune critique particulière.

6. 6.1 Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la Cour constate que c'est à bon droit que l'autorité intimée a retenu que l'assurée est en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps depuis le 12 mai 2016, par exemple dans l'industrie légère. En ce qui concerne la période du 12 février au 11 mai 2016, on peut se demander si l'autorité intimée n'aurait pas dû constater que l'assurée a présenté une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée - et non pas une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle de cafetière-restauratrice - et retenir comme revenu d'invalidé le salaire réalisé dans une telle activité à 50% au lieu du salaire effectif réalisé à 50% dans l'ancienne activité de cafetière-restauratrice. Cette question peut néanmoins être laissée ouverte dès lors que, dans un tel cas, il aurait fallu procéder à un parallélisme des revenus à comparer, de sorte que le degré d'invalidité aurait été sensiblement le même que celui de 50% retenu par l'autorité intimée pour la période concernée.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 20

6.2. Pour le surplus, le calcul du degré d'invalidité est correct tant pour la période du 12 février au 11 mai 2016 qu'à partir du 12 mai 2016. Ainsi, il y a lieu de confirmer la perte de gain de 50% découlant de l'atteinte à la santé du 12 février au 11 mai 2016 ainsi que l'absence de perte de revenu dès le 12 mai 2016 et, partant, l'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1er mars au 31 août 2016 ainsi que le refus de toute prestation au-delà du 31 août 2016 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

6.3 Dans ces conditions, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

7. Reste à statuer sur la requête d'assistance judiciaire totale afférente à la présente procédure de recours. Il sied d'examiner dite requête au regard des art. 142 s. du

Code de procédure et de juridiction administrative du 23 mai 1991 (CPJA; RSF 150.1). La recourante étant au bénéfice de l'aide sociale, il ne fait aucun doute que sa situation financière ne lui permet pas de supporter les frais de sa défense confiée à un avocat. Par ailleurs, l'on ne peut affirmer que sa cause paraissait d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable dès lors que ses médecins traitants ont soutenu sa demande de prestations AI. Enfin, la désignation d'un défenseur d'office se justifie en l'espèce dans la mesure où la cause présente un certain degré de difficulté et où le faible niveau de formation de la recourante ne lui permettait sans doute pas de discuter les rapports médicaux figurant au dossier. Dans ces circonstances, il convient de mettre la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre de la procédure de recours, sans frais de justice, et de lui désigner comme défenseur d'office son mandataire choisi. Compte tenu de la liste de frais déposée par Me Benoît Sansonnens le 16 avril 2020, qui fait état d'un montant total de frais de CHF 2'568.54 (CHF 2'208.36 d'honoraires, CHF 176.50 de débours et CHF 183.68 de TVA) sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.-, il convient de fixer l'indemnité du défenseur d'office à CHF 1'902.50 après correction du tarif horaire applicable à CHF 180.- (cf. art. 145b al. 1bis CPJA et 57 al. 2 du Règlement du 30 novembre 2010 sur la justice, RSF 130.11). Ce montant correspond à CHF 1'590.- d'honoraires, CHF 176.50 de débours et CHF 136.- de TVA (7.7%). L'indemnité de CHF 1'902.50 est mise à la charge de l'État de Fribourg, sous réserve d'un retour ultérieur à meilleure fortune de la recourante au sens de l'art. 145b al. 3 CPJA. Elle sera versée directement à Me Benoît Sansonnens. Enfin, la procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne seront toutefois pas prélevés vu l'assistance judiciaire totale qui lui est octroyée ce jour.

Tribunal cantonal TC Page 20 de 20 la Cour arrête : I. Le recours (605 2019 81) est rejeté. Partant, la décision du 28 février 2019 est confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2019 82) est admise pour la procédure de recours. Me Benoît Sansonnens, avocat, est désigné en qualité de défenseur d'office de A. \_\_\_\_\_.

III. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 1'902.50 (honoraires par CHF 1'590.-, débours par CHF 176.50 et TVA par CHF 136.-). Elle est mise à la charge de l'État. IV. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A. \_\_\_\_\_. Ils ne sont toutefois pas prélevés dès lors que celle-ci est mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 15 mai 2020/pvo Le Président : La Greffière :

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