

FR_GERICHTE 605 2020 13 vom 25. Februar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_13

FR: FR_GERICHTE 605 2020 13 du 25 février 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 13 del 25 febbraio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 22

septembre 2011). H. Par décision du 28 février 2013, l'OAI a refusé à cette dernière le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel pour défaut de collaboration, lui reprochant de ne pas avoir, après rappel et sommation, retourné le « questionnaire de réexamen du cas » qu'elle avait été invitée à remplir. I. Le 19 août 2016 (date de réception), l'assurée a déposé auprès de l'OAI une nouvelle et troisième demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi de mesures professionnelles, respectivement d'une rente, en raison de douleurs chroniques existant depuis 2002, d'un kyste de Baker, d'épicondylites et d'une artère principale "thrombosée", à l'origine d'une incapacité de travail totale alléguée à partir du 1er juillet 2016. J. Par communication du 13 mars 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune (nouvelle) mesure d'ordre professionnel n'entraîne en ligne de compte. K. Dans le cadre de l'instruction de cette dernière demande du 19 août 2016, l'OAI a mis sur pied une expertise pluridisciplinaire – en psychiatrie, médecine interne générale et rhumatologie – dont elle a confié la réalisation à E. _____ SA. Les experts ont évalué la capacité de travail de l'assurée à 100%, avec une baisse de rendement de 10% depuis qu'elle souffre d'une algie vasculaire de la face diagnostiquée en mai 2017 (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 17 septembre 2019). L. Par décision du 5 décembre 2019, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente. Se fondant sur les résultats de l'expertise pluridisciplinaire de E. _____, il n'a retenu aucune incapacité de travail mais une baisse de rendement de l'ordre de 10% depuis le diagnostic d'algie vasculaire de la face, soit depuis mai 2017. M. Contre cette décision, l'assurée dépose, seule, un recours (605 2020 13), assorti d'une requête (605 2020 14) d'assistance judiciaire partielle (ci-après: AJP), limitée aux frais de justice, auprès du Tribunal cantonal le 17 janvier 2020. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à son annulation, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 En particulier, elle allègue que le rapport d'expertise de E. _____ du 17 septembre 2019 n'est plus d'actualité dans la mesure où des diagnostics, nouvellement posés dans l'intervalle, n'ont pas été pris en considération par les experts, et que la décision querellée se fonde dès lors exclusivement sur un rapport "obsolète". A l'appui de ses dires, la recourante produit un rapport établi le 3 décembre 2019 par les médecins du Centre de la douleur de l'Hôpital fribourgeois (ci-après: HFR). N. Dans ses observations du 5 février 2020, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. S'agissant de la requête d'AJP, elle déclare ne pas avoir de remarques particulières à formuler et s'en remettre à justice. O. Le 5 mars 2020, par l'intermédiaire de son assistante sociale, la

recourante produit une seconde fois le rapport du Centre de la douleur de l'HFR du 3 décembre 2019. Le 29 mai 2020, la recourante produit deux convocations de l'HFR pour des consultations en cardiologie et angiologie fixées aux 8 et 25 juin 2020. P. Le 16 décembre 2020, Me Karim Hichri, avocat au service d'Inclusion Handicap, informe l'Instance de céans qu'il représente dorénavant la recourante dans le cadre de la présente procédure. Le 12 janvier 2021, à la demande du délégué à l'instruction, la recourante indique qu'elle maintient sa requête d'AJP mais n'entend pas l'étendre en une requête d'assistance judiciaire totale. Q. Le 4 février 2021, la recourante produit un nouveau rapport, établi le 21 janvier 2021 par les médecins du Centre de la douleur de l'HFR, rapport dont une copie est transmise à l'OAI, le 10 février 2021, pour information. R. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état du détail des arguments de celles-ci dans les considérants de 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. en droit 1. Interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension des délais durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c 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]), et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière par une assurée directement touchée par la décision attaquée, puis dûment représentée en cours de procédure, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 2. De jurisprudence constante, lors de l'examen du droit à la rente de l'assurance-invalidité, la date de la décision administrative circonscrit l'état de fait déterminant pouvant être soumis à l'examen du juge. En ce qui concerne le droit applicable, le juge applique les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé qu'il n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (arrêt TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1 et les références citées). 3. En réputée invalidité, au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA, l'incapacité de gain (art. 7 LPGA) totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 3.1. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGA), d'une maladie (art. 3 al. 1 LPGA) ou d'un accident (art. 4 LPGA). 3.2. Il découle de la notion d'invalidité que 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). 3.3. Les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie (arrêt TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.1 et la référence citée). 4. Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 5. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du

bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

5.1. A teneur de l'art. 88a al. 2, 1ère phr. du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18

5.2. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour déterminer si un tel changement s'est produit, il y a lieu de comparer, d'une part, les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et d'autre part, les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse. Peut en particulier justifier une révision, une modification sensible de l'état de santé ou des conséquences sur la capacité de gain d'un état de santé resté en soi le même. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (arrêt TF 8C_7/2018 du 22 février 2019 consid. 3 et les références citées).

5.3. Les nouvelles demandes et les révisions du droit à la rente ne sont pas identiques, mais il s'agit d'institutions juridiques similaires, dans la mesure où les deux visent à réexaminer un droit aux prestations en fonction de l'évolution du taux d'invalidité. Dans le cadre de l'examen matériel du droit aux prestations, il existe une analogie fondamentale entre ces deux institutions. Ainsi, les dispositions légales et la jurisprudence en matière de révision du droit à la rente d'invalidité sont en principe applicables par analogie à l'examen d'une nouvelle demande (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et les références citées).

6. Selon une jurisprudence constante, 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 (arrêt TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5 et les références citées).

6.1. 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ibidem). 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 (ibidem).

6.2. Le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour celui-ci, ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure (arrêt TF 9C_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 Cependant, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait mettre en cause les conclusions d'une expertise médicale du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour mettre en cause les conclusions de l'expertise (arrêt TF 9C_459/2019 du 5 novembre 2019 consid. 4 et la référence citée). 7. Est litigieux, en l'espèce, le droit de la recourante à une rente d'invalidité. 7.1. A titre liminaire, on précisera que la dernière décision administrative – précédant celle, attaquée, du 5 septembre 2019 – entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, est celle du 27 mars 2007 (cf. dossier AI, pièce 261), à l'exclusion de celle du 28 février 2013 (cf. dossier AI, pièce 387) fondée uniquement sur un défaut de collaboration de l'assurée. La décision du 27 mars 2007 constitue dès lors le point de départ temporel pour l'examen de la modification du degré d'invalidité. Cela étant, il s'agit d'examiner si, dans l'intervalle qui sépare les deux décisions prises par l'OAI le

E. 27

mars 2007 et le 5 décembre 2019, l'état de santé de la recourante et ses répercussions sur sa capacité de travail, respectivement de gain, ont subi une modification notable au point de lui ouvrir désormais le droit à une rente. 7.2. Situation au moment de la décision de refus de l'OAI du 27 mars 2007 7.2.1. Lorsque l'OAI a rendu sa première décision, le 27 mars 2007, l'assurée s'était fait opérer en 1999 et 2003 d'une double hernie discale (L4-L5 et L5-S1), avec implantation d'une prothèse totale de disque lors de la seconde intervention chirurgicale (cf. rapport opératoire du 26 avril 1999 du Dr F. _____, spécialiste en neurochirurgie, et protocole opératoire du 7 avril 2003 des Drs G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et H. _____, spécialiste en neurochirurgie, in dossier AI, pièce 7). En conséquence de quoi, l'assurée avait été mise au bénéfice d'incapacités de travail passagères. 7.2.2. Dans l'intervalle, l'OAI avait recueilli l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR). Dans son rapport du SMR du 26 janvier 2007 (cf. dossier AI, pièce 251), le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecine du travail, exposait ce qui suit: "1. Compte tenu des problèmes dorso-lombaires de l'assurée, une formation de « Wellness trainer » ne peut pas être considérée comme une formation adaptée aux problèmes de santé de l'assurée. Ce type d'activité nécessite trop de contraintes au niveau ostéo-articulaire. Je propose donc de ne pas poursuivre dans cette voie, en accord avec le médecin traitant et compte tenu de l'évolution de la situation. 2. Il se surajoute actuellement un problème à l'épaule à droite, mais qui est normalement bénin et traitable. Il s'agit d'une tendinopathie du sus-épineux, en l'absence de rupture de la coiffe et de troubles dégénératifs. 3. Je suis par contre beaucoup plus réservé sur une éventuelle amplification des douleurs dans un contexte de dysthymie. Je me pose également des questions

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 sur la motivation réelle de l'assurée à reprendre une activité à plein temps. Je note dans un des rapports d'entretien de l'AI la notion de douleurs diffuses dans tout le corps et l'impression de développer « une fibromyalgie ». Ce qui est de mauvais augure pour la suite de la réadaptation. Il se surajoute un problème de déconditionnement qui n'est apparemment toujours pas réglé. 4. En l'état, sur le plan médico-théorique, la capacité de travail de l'assurée dans une activité bien adaptée serait de

100% horaire. On pourrait tout au plus lui reconnaître une petite diminution de rendement de 10-20% compte tenu de la nécessité d'une alternance régulière de positions. 5. J'insiste sur la nécessité de bien respecter les limitations fonctionnelles que je me permets de résumer à nouveau: « port de charges lourdes (max: 5-10 kg occasionnellement), travaux pénibles de manutention, mouvements de contraintes répétitifs au niveau du rachis et des membres supérieurs, position statique prolongée, position à genoux ou accroupie, longs déplacements ou déplacements sur sol irrégulier, travail en hauteur ou sur une échelle, exposition au froid, horaire de travail irrégulier ». 6. En cas de nouvel échec des mesures de réadaptation, la question d'une expertise rhumato-psychiatrique serait à discuter". 7.2.3. Se fondant pour l'essentiel sur l'avis précité de son SMR, l'OAI avait retenu, dans sa décision du 27 mars 2007, que l'assurée était en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, par exemple comme vendeuse dans le commerce de détail ou dans la représentation, à plein temps mais avec un rendement diminué de 20%. Ceci se traduisait, après comparaison des revenus de valide et d'invalides, par une perte de gain calculée de 17%, insuffisante pour lui ouvrir le droit à la rente. Cette décision est entrée en force après qu'un recours déposé à son encontre eut été déclaré irrecevable. 7.3. Situation au moment de la décision de refus de l'OAI du 5 décembre 2019 7.3.1. Après la décision du 27 mars 2007, un anévrisme artériel hépatique – qui avait été diagnostiqué chez l'assurée en décembre 2006 (cf. rapport du 9 décembre 2006 du Dr J. _____, spécialiste en chirurgie, in dossier AI, pièce 432) – a été traité chirurgicalement, par embolisation, en juillet 2017 (cf. rapport du 21 août 2017 des Drs K. _____ et L. _____, spécialistes en chirurgie, in dossier AI, pièce 432). En outre, une algie vasculaire de la face (cluster headache) fut diagnostiquée en mai 2017 (cf. rapport du 23 mai 2017 du Dr M. _____, spécialiste en neurologie, in dossier AI, pièce 432), traitée depuis par antalgiques. Enfin, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, à prédominance gauche, et une lésion du nerf radial à l'arcade de Frohse, à prédominance gauche, ont été diagnostiqués en février 2017 (cf. rapport du 13 février 2017 du Dr M. _____, in dossier AI, pièce 432) et traités chirurgicalement en mars 2017 (cf. protocole opératoire du 15 mars 2017 du Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, in dossier AI, pièce 431). Cela étant, il ne ressort d'aucune pièce médicale figurant au dossier que ces atteintes et interventions chirurgicales aient été à l'origine d'une incapacité de travail permanente ou de longue durée.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 7.3.2. Parallèlement, l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée a notamment été documenté par un rapport du 4 avril 2007 de l'Hôpital C. _____ (cf. dossier AI, pièce 306), où cette dernière a séjourné du 2 mars 2007 au 10 avril 2007. Dans ce rapport, le Dr O. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenait les diagnostics suivants, sans toutefois préciser leur incidence sur la capacité de travail de l'assurée: trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22); probable trouble dysthymique (F34.1); difficultés liées aux conditions économiques (anamnestiquement) (F59); difficultés liées à d'autres situations juridico-administratives/refus rente AI (anamnestiquement) (F65.3). Plus récemment, dans un rapport du 2 mars 2018 (cf. dossier AI, pièce 437), le médecin- psychiatre traitant de l'assurée, le Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait cette dernière depuis septembre 2007, reprenait en grande partie le contenu d'un précédent rapport qu'il avait établi neuf ans plus tôt, le 25 mai 2009 (cf. dossier AI, pièce 298). Il posait les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail: trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen (F33.0 et F33.1); antécédents familiaux de troubles

mentaux et de troubles du comportement (mère schizophrène avec hospitalisation en milieu psychiatrique) (Z81.8); douleurs tendinomusculaires chroniques nécessitant une thérapie au centre de la douleur de la Clinique Générale; status après une mise en place de deux prothèses de disques intervertébraux L4-L5 et L5-S1 en 2003; polynévropathie d'origine à déterminer; interventions chirurgicales au niveau du tunnel carpien des deux côtés; status après une intervention chirurgicale d'une malformation au niveau de l'artère hépatique au CHUV. Le Dr P. _____ attestait une incapacité de travail de sa patiente de l'ordre de 80% dans toute activité sur le plan strictement psychiatrique. 7.3.3. En outre, dans le cadre de l'instruction de la deuxième demande de prestations, déposée par l'assurée le 1er mai 2009 et qui s'était soldée par une décision négative pour cause de défaut de collaboration, l'OAI avait mis sur pied, en 2011, une expertise pluridisciplinaire qui avait été réalisée à la Clinique D. _____ par le Dr Q. _____, spécialiste en neurochirurgie, le Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr S. _____, médecin praticien. Dans leur rapport d'expertise du 22 septembre 2011 (cf. dossier AI, pièce 371), ces derniers avaient retenu les diagnostics suivants: status post-double prothèse discale L4-L5 et L5-S1 et douleurs neuropathiques du membre inférieur droit; névralgie dorso-intercostale; bronchite chronique; hémangiomes hépatiques multiples; trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0); modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), en rémission; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation nocive pour la santé (F12.1). Parmi ces diagnostics, seul le premier (status post-double prothèse discale L4-L5 et L5-S1 et douleurs neuropathiques du membre inférieur droit) avait été considéré comme influant sur la capacité de travail de l'assurée. Les experts avaient ainsi conclu à une capacité de travail de 100% avec un rendement de 80% dans un emploi adapté aux limitations fonctionnelles de l'assurée.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 Cela étant, compte tenu de l'ATF 144 V 258 rendu ultérieurement, le 16 août 2018, par le Tribunal fédéral qui a réduit à néant, de manière générale, la valeur probante des expertises réalisées au sein du "département expertise" de la Clinique D. _____ depuis le premier semestre 2011 (à ce sujet, cf. notamment arrêt TC FR 605 2017 130 du 6 mars 2019), cette pièce médicale ne sera pas prise en considération dans le cadre de la présente procédure. L'OAI ne semble d'ailleurs pas non plus l'avoir prise en compte. 7.3.4. Enfin, suite à la nouvelle et troisième demande de prestations du 19 août 2016 (cf. dossier AI, pièce 388) et à son instruction par l'OAI, l'état de santé de l'assurée et son évolution ont été documentés par le rapport d'expertise pluridisciplinaire – en psychiatrie, médecine interne générale et rhumatologie – établi le 17 septembre 2019 par E. _____ (cf. dossier AI, pièce 456). Il en ressort ce qui suit. 7.3.4.1. Sur le plan psychiatrique, le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, expose que "nous n'avons pas soutenu le diagnostic de trouble dépressif retenu par son psychiatre [Dr P. _____], mais plutôt celui de personnalité dépressive (dysthymie F34.1). La dysthymie, selon la CIM-10, est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. (...). Chez l'expertisée, l'atteinte existe depuis l'adolescence, avec des décompensations dépressives l'ayant amenée à une hospitalisation en milieu psychiatrique en 2007. Il existe également une privation des relations affectives pendant l'enfance Z61.0, avec des changements dans la relation familiale pendant l'enfance Z61.1, ainsi que des difficultés liées à des sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à l'entourage immédiat Z61.5. Bien que la

consommation de cannabis ne semble pas être un problème pour cette expertisée, nous retenons, de par la régularité de la consommation, le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation épisodique F12.26". En plus, le Dr T. _____ relève que "l'expertisée est suivie depuis plusieurs années par un psychiatre, actuellement à une fréquence d'un entretien tous les deux à trois mois. Nous nous interrogeons sur le fait que [l'assurée] prend le même antidépresseur depuis des années alors même que son psychiatre reconnaît son manque d'efficacité, et les dosages plasmatiques montrent que [l'assurée] ne prend pas le Cymbalta à la dose prescrite par son psychiatre". Enfin, l'expert-psychiatre estime que "[l'assurée] est capable de s'adapter à des règles de routine, de planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, elle est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation et établir des contacts avec des tiers. Elle est apte à vivre en groupe et à lier d'étroites relations, à prendre soin d'elle-même et à subvenir à ses propres besoins. Elle dispose de mobilité et peut se déplacer. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée". En conclusion, le Dr T. _____ retient que, "du point de vue psychiatrique, l'expertisée est capable de travailler en tout cas depuis sa dernière demande de prestations en août 2016" et que, "du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune limitation fonctionnelle".

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 7.3.4.2. Sur le plan de la médecine interne générale, la Dre U. _____, médecin praticienne, pose les diagnostics suivants, sans incidence sur la capacité de travail: algie vasculaire de la face (G44.0) et status post-embolisation de l'anévrisme de l'artère hépatique commune, avec bon contrôle angiographique le 6 juillet 2017. Elle rapporte que "l'expertisée présente des céphalées chroniques, pour lesquelles un diagnostic d'algies vasculaires de la face a été évoqué en 2017, avec des épisodes de 1 heure plusieurs fois par jour, peu soulagées par les traitements antalgiques et le Triptan. L'expertisée présente par ailleurs des hémangiomes hépatiques avec status post-embolisation d'un anévrisme de l'artère hépatique". Cela étant, la Dre U. _____ expose que "l'expertisée est en capacité de préparer et cuire les aliments, de se servir le repas, de nettoyer la cuisine au quotidien et faire du petit réapprovisionnement. (...). L'expertisée a besoin de l'aide de ses filles pour le gros ménage, nettoyages à fond, aspirateur, panosse, nettoyage des sanitaires, changer les draps de lit, faire les vitres; elle est par ailleurs capable d'un entretien minimal quotidien (ranger, épousseter, passer sur de petits espaces l'aspirateur et la panosse). (...). Elle est capable de sortir les déchets, n'a que de petites poubelles de 17 litres. (...). Ce sont les filles de l'expertisée qui la réapprovisionnent pour les achats les plus lourds. (...). L'expertisée va chez une de ses filles pour faire ses lessives et le séchage au sèche-linge. Elle ne fait pas de repassage, est capable d'étendre et de plier le linge en petites quantités". En conclusion, l'experte praticienne considère que, "pour la médecine interne générale, il n'y a pas de perte de capacité. Tout au plus peut-on retenir une baisse de rendement de 10 % en lien avec les céphalées". Plus précisément, elle retient que l'assurée dispose d'une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 10% depuis mai 2017 – date du diagnostic d'algie vasculaire faciale – dans une activité correspondant à ses aptitudes, dont celle exercée jusqu'ici. 7.3.4.3. Sur le plan rhumatologique, le Dr V. _____, spécialiste en rhumatologie, pose les diagnostics suivants: "dorsalgies sur troubles statiques sans limitation des mouvements. Paradoxalement, c'est le rachis lombaire qui a motivé plusieurs interventions qui la fait le

moins souffrir. Douleurs articulaires périphériques diffuses de type somatoforme sans déformation, augmentation de volume, signes inflammatoires, ni limitation des mouvements". Le Dr V._____ relève qu'"elle a eu de nombreuses activités, de façon quasi continue jusqu'en 2015, date à laquelle elle a interrompu toutes ses activités en raison de douleurs importantes mais également d'un état dépressif. Sur le plan rhumatologique, l'examen clinique objectif est pauvre, ne montrant aucune limitation fonctionnelle, notamment au niveau du rachis. (...). Actuellement, elle n'a pas de handicap fonctionnel sur le plan rhumatologique". Il note que "les traitements ont été adaptés avec un excellent résultat au niveau lombaire. Il n'y a pas actuellement de pathologie rhumatismale nécessitant un traitement spécifique. (...). Il existe une discordance entre les doléances douloureuses et les données de l'examen clinique objectif, strictement normal. Ses douleurs paraissent essentiellement somatoformes". En conclusion, l'expert-rhumatologue estime que, "sur le plan rhumatologique, l'activité de sommelière pourrait être exercée à 100% sans limitation des performances depuis au moins 2016, date de la 3ème demande prestations AI".

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 Plus précisément, il retient que l'assurée dispose d'une capacité de travail de "100% dans une activité ne nécessitant pas de manutention lourde quoique le résultat fonctionnel post opératoire au niveau lombaire soit excellent depuis 2003, depuis au moins 2016, date de la 3ème demande prestations AI". 7.3.4.4. En définitive, lors de leur évaluation consensuelle, les experts n'ont retenu aucune incapacité de travail dans une activité adaptée ne nécessitant pas de manutention lourde, mais une baisse de rendement de 10% depuis le diagnostic d'algie vasculaire de la face, en mai 2017. 7.3.4.5. L'OAI a soumis le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 17 septembre 2019 à son SMR qui a rendu un rapport en date du 2 octobre 2019 (cf. dossier AI, pièce 459). Le Dr W._____, spécialiste en anesthésiologie, y expose ce qui suit: "le rapport d'expertise de médecine interne, psychiatrie et rhumatologie de E._____ se base sur une pleine connaissance du dossier de l'expertisée et des examens complets. Les plaintes de l'expertisée ont été prises en considération. Les points litigieux, donc notamment les diagnostics psychiatriques, ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. L'appréciation de la situation médicale est claire. Les conclusions sont motivées. Les critères formels de qualité définis par la jurisprudence sont donc remplis. Sur le fond médical, les diagnostics attestés sont concordants avec les données cliniques rapportées et conformes aux critères d'une classification reconnue. Les limitations fonctionnelles décrites sont basées sur l'observation clinique et l'évaluation selon le mini-CIF-app qui est un outil standardisé et reconnu. Ces limitations sont cohérentes avec les troubles constatés. La capacité de travail fixée par les experts est cohérente avec les atteintes à la santé objectivées. Ce rapport satisfait aux exigences de qualité attendues d'une expertise médicale. Ses conclusions sont valides sous l'angle de la médecine d'assurance". 7.3.4.6. Par la suite, lors du dépôt de son recours, le 17 janvier 2020, l'assurée a produit un rapport de consultation du Centre de la douleur de l'HFR, cosigné le 3 décembre 2019 par les Drs X._____ et Y._____, tous deux spécialistes en anesthésiologie et au bénéfice d'une formation en traitement interventionnel de la douleur. L'auteur de ce rapport pose les diagnostics suivants: probable névralgie du nerf grand occipital droit, probablement associées à des névralgies du nerf trijumeau droit; probable neuropathie intercostale droite à environ T12 (diagnostic différentiel: syndrome de Maigne); probable polyneuropathie; syndrome hyperlaxe; et probable hypersensibilisation centrale secondaire. Il expose ce qui suit: "comme la patiente présente de multiples plaintes douloureuses, j'ai dû procéder par étape. Comme la symptomatologie occipitale est au

premier plan, je lui ai proposé de débiter par une infiltration du nerf grand occipital droit sous ultrason, avec instillation de corticoïdes. En effet, la patiente a déjà bénéficié de deux infiltrations de ce type par la Doctoresse Z._____ (...), sans corticoïde, avec une excellente réponse clinique, malheureusement temporaire. J'enchaînerai ensuite avec une infiltration du ganglion sphéno-palatin, afin de moduler le nerf trijumeau, probablement impliqué. Pour ses douleurs d'allures intercostales, le diagnostic différentiel comprend une neuropathie intercostale, ainsi qu'un syndrome de Maigne. Comme ce dernier avait été infiltré par le Docteur AA._____, avec une réponse peu satisfaisante, j'ai proposé à la patiente d'effectuer cette fois-ci une infiltration intercostale diagnostique". Il poursuit en ces termes: "j'ai encore été frappé, à l'examen clinique, par une pallesthésie diminuée, ouvrant le diagnostic différentiel de polyneuropathie. Je prierai sa médecin traitante qui

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 nous lit en copie de considérer un bilan vitaminique, thyroïdien et du glucose, si cela n'a jamais été effectué. J'ai également été frappé par une hyperlaxité extrêmement importante chez une patiente ayant présenté un anévrisme de l'artère hépatique embolisé en 2017". L'auteur du rapport note en outre que, "face à cette constellation clinique, je pense qu'il serait adéquat d'exclure une maladie du collagène qui pourrait nécessiter des examens cliniques complémentaires et bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire. De plus, la patiente explique que ses quatre enfants présentent des symptomatologies douloureuses similaires à leur maman. En cas de trouvaille génétique, cela aurait un impact sur la prise en charge de la famille". Il explique que, "par ailleurs, la patiente présente des signes cliniques de neuropathies divers, probablement dans le cadre de son hyperlaxité, qui pourrait répondre à des perfusions de Lidocaïne dont je réévaluerai l'indication ultérieurement. Je discuterai de cette situation lors de notre colloque multidisciplinaire avec mes collègues neurologues et rhumatologues, afin d'évaluer quelle suite donner à ces trouvailles cliniques". 7.3.4.7. Une année plus tard, le 4 février 2021, la recourante a produit un nouveau rapport du Dr Y._____ qui, dans l'intervalle, a pris connaissance du contenu du rapport d'expertise de E._____ du 17 septembre 2019. Le teneur de ce rapport est la suivante: "selon mon évaluation, la patiente présente des douleurs multiples, essentiellement sises au niveau de l'hémicorps droit, probablement d'origine mixte, avec des composantes musculo-squelettiques et mécaniques, ainsi que des composantes neuropathiques, sans que je ne puisse, pour l'heure, poser de diagnostics plus précis. Cliniquement, je rejoins les constatations du status neurologique de l'expert en médecine interne, mais rajouterai que la patiente présente une pallesthésie diminuée de manière symétrique au niveau des malléoles internes, pouvant évoquer une polyneuropathie, ainsi que des Tinel multiples, évoquant des syndromes canaux. Ces points du status n'ont pas été évoqués dans l'expertise, il est donc difficile de savoir s'ils ont été examinés ou relevés. Concernant l'expertise rhumatologique, je remarque que l'expert a constaté, je cite, « en flexion du tronc mains posées facilement par terre ». Cette observation peut évoquer un syndrome hyperlax. J'avais donc complété mon examen clinique avec un score de Beighton (avec malheureusement une faute d'orthographe non relevée par mes soins dans mon rapport de décembre 2019) qui était élevé. Face à cette constellation clinique, et comme la patiente avait présenté un anévrisme de l'artère hépatique en 2017, problématique pouvant intervenir dans le cadre de maladies du tissu conjonctif, j'avais adressé la patiente pour une consultation rhumatologique, qui a actuellement débouché sur des investigations génétiques, toujours en cours, à la recherche d'une maladie du tissu conjonctif qui pourrait expliquer le syndrome hyperlax". En outre, le Dr Y._____ explique que "la clinique présentée par [l'assurée] reste mystérieuse, avec toutefois un

syndrome hyperlaxe qui peut générer des douleurs chroniques multiples, qu'elles soient mécaniques ou neuropathiques avec notamment des syndromes canaux multiples. J'ai dans ce contexte tenté divers traitements, qui jusqu'ici n'ont pas permis d'amélioration claire de la situation. Comme souvent dans les syndromes douloureux chroniques, la capacité de travail est fortement impactée, même en cas d'adaptation de l'activité, en raison de la situation envahissante de ces douleurs, leurs survenues imprévisibles, l'asthénie associée ainsi que les troubles de la concentration qu'ils occasionnent".

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 Ses conclusions sur la capacité de travail de sa patiente sont dès lors les suivantes: "en l'état actuel des choses, je suis d'avis que [l'assurée] présente une incapacité de travail importante, de l'ordre de 80% minimum. La suite du traitement va probablement consister en la poursuite d'infiltrations ciblées, ainsi que l'adaptation de traitements médicamenteux, si ceux-ci parviennent à calmer la problématique douloureuse. De plus, les résultats de l'investigation génétique pourraient permettre de mettre un nom sur une des problématiques que présente [l'assurée] et pourrait permettre une prise en charge potentiellement plus ciblée". 7.3.5. La Cour de céans se rallie au rapport d'expertise de E._____ qui répond aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. En effet, ce rapport émane de spécialistes qui se sont basés sur un dossier médical complet incluant notamment les rapports des différents médecins traitants qui se sont succédés, du SMR, des médecins hospitaliers de l'Hôpital C._____ et d'autres spécialistes, les résultats d'analyses de laboratoire, les rapports d'imagerie, ainsi que le précédent rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique D._____ du 22 septembre 2011 (sous réserve de la remarque qui précède ci-dessus). L'expert-psychiatre a par ailleurs complété les investigations médicales en faisant réaliser un test sanguin dont les résultats démontrent que l'assurée ne prenait pas son antidépresseur à la dose prescrite par son médecin-psychiatre traitant (cf. rapport du laboratoire promed du 16 août 2019, annexé au rapport d'expertise, in dossier AI, pièce 456). En outre, les experts ont procédé à un examen (clinique) personnel de l'assurée dont ils ont retranscrit les plaintes et l'anamnèse, et décrit le contexte médical dans lesquelles elles s'inscrivaient, lors d'entretiens particuliers ayant duré une heure et demie chacun. Enfin, les conclusions des Drs T._____, U._____ et V._____ sont conformes aux critères d'un système de classification (CIM) reconnu des maladies. Elles sont claires et motivées. En particulier, à l'appui de celles-ci, l'expert-psychiatre T._____ explique pourquoi il écarte le diagnostic d'un trouble dépressif retenu par le médecin-psychiatre traitant, le Dr P._____, et retient en lieu et place celui d'une dysthymie. Pour sa part, l'experte praticienne U._____ décrit en détail les effets des atteintes à la santé de l'expertisée sur ses activités de la vie quotidienne. Quant à l'expert-rhumatologue V._____, après avoir relevé que traitements avaient été adaptés avec un excellent résultat au niveau lombaire, il explique pourquoi il constate une discordance entre les plaintes de l'assurée et l'examen clinique objectif qui ne montre aucune limitation fonctionnelle, notamment au niveau du rachis. Les conclusions des experts de E._____ ont par ailleurs été rejointes par le Dr W._____ qui, dans son rapport du 2 octobre 2019 précité, les a validées sous l'angle de la médecine des assurances. La Cour de céans reconnaît dès lors une pleine valeur probante à ce rapport dont elle fait siennes les conclusions. Elle relève au demeurant que son contenu n'est pas contesté – en tant que tel – par la recourante, laquelle allègue uniquement qu'il n'est plus d'actualité. Ce grief est toutefois infondé, comme cela sera démontré plus loin.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 7.3.6. Cela étant, le rapport du 3 décembre 2019 des Drs X. _____ et Y. _____ et celui du 21 janvier 2021 du Dr Y. _____ ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des experts de E. _____. En effet, dans le premier, les Drs X. _____ et Y. _____ ne font pour l'essentiel que confirmer les multiples plaintes douloureuses présentées par leur patiente, qu'ils tentent de soulager par des infiltrations. Ils constatent à l'examen clinique divers signes cliniques de neuropathie dans le cadre d'une hyperlaxité, ainsi qu'une pallesthésie motivant le diagnostic différentiel d'une polyneuropathie. Ils estiment que, dans la mesure où les quatre enfants de leur patiente présentent des symptomatologies douloureuses similaires à leur maman, il serait adéquat d'exclure une maladie du collagène. Les Drs X. _____ et Y. _____ ne se prononcent toutefois pas sur la capacité de travail de cette dernière. Dans le second rapport, le Dr Y. _____ vient à nouveau confirmer la symptomatologie douloureuse affectant sa patiente. Il reprend pour l'essentiel le contenu de son précédent rapport du 3 décembre 2019 cosigné par le Dr X. _____. Il rejoint les constatations du status neurologique résultant de l'expertise de E. _____, tout en proposant d'y ajouter une pallesthésie évocatrice d'une polyneuropathie et des Tinel multiples évocateurs de syndromes canaux. Il précise que des investigations génétiques sont toujours en cours à la recherche d'une maladie du tissu conjonctif qui pourrait expliquer le syndrome hyperlaxé, lequel pourrait générer des douleurs chroniques multiples. Selon le Dr Y. _____, l'assurée présente une incapacité de travail de l'ordre de 80% au minimum. Cette évaluation de la capacité résiduelle de travail a toutefois été faite en date 21 janvier 2021, soit plus d'une année après le prononcé de la décision querrellée du 5 décembre 2020, de sorte qu'elle ne fait pas partie de l'état de fait déterminant circonscrit par cette dernière. Ainsi, même si elle avait emporté la conviction de la Cour de céans, cette évaluation n'aurait de toute façon pas pu être prise en considération dans le cadre du présente litige. Il en va de même des futurs résultats des investigations génétiques en cours, qui pourraient apporter un nouvel éclairage sur la problématique douloureuse dont souffre l'assurée, pour l'heure incertain. Force est dès lors de constater que les deux rapports précités – dont le second semble avoir été requis et établi pour les besoins de la présente procédure de recours – n'apportent aucun élément nouveau au dossier médical. Au demeurant, conformément à la jurisprudence susmentionnée qui rappelle la distinction entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait mettre en cause, en l'absence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise, les conclusions d'une expertise médicale du seul fait qu'un médecin traitant a une opinion contraire. Et ce d'autant plus que le lien de proximité et de confiance existant entre un médecin traitant et sa patiente peut également se traduire par une plus grande subjectivité lors de l'établissement de rapports.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 8. 8.1. En résumé, au moment de la première décision administrative du 27 mars 2007, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et moyennant une diminution de rendement de 20% due en particulier à ses problèmes dorsaux (double hernie discale opérée) et aux douleurs y relatives. Actuellement, soit au moment de la dernière décision querrellée du 5 décembre 2019, parmi les nouveaux diagnostics figurant dans les rapports médicaux retranscrits ci-dessus, seul celui d'une algie vasculaire de la face – se manifestant selon l'experte U. _____ sous la forme de céphalées chroniques – a été tenu responsable d'une baisse de rendement de 10% à compter du mois de mai 2017 dans le cadre d'une activité adaptée exigible à plein temps. Force est dès lors de constater que, dans l'intervalle qui sépare les décisions du 27 mars 2007 et du 5 décembre 2019, l'état de santé de l'assurée

et ses répercussions sur sa capacité de travail, respectivement de gain, ne se sont pas sensiblement péjorés au point d'influer sur le droit à la rente. Au contraire, des conclusions des derniers experts, on pourrait même déduire que sa diminution de rendement est désormais moindre (10%) qu'auparavant (20%), traduisant en ce sens une amélioration de la situation. 8.2. Au demeurant, la Cour observe, comme relevé à plusieurs reprises par le corps médical, que des facteurs psychosociaux, caractérisés entre autres par un déconditionnement (cf. notamment rapport du Dr I. _____ du 26 janvier 2007 précité) et par une situation financière et juridico-administrative compliquée (cf. notamment rapport du Dr O. _____ du 4 avril 2007 précité), imprègnent manifestement l'anamnèse et contribuent très vraisemblablement aux difficultés rencontrées par l'assurée. Or, de tels facteurs, étrangers à l'AI, ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de travail, respectivement de gain, au sens où l'entend la loi. Ainsi, en dépit des souffrances vécues par l'assurée, que la Cour ne remet nullement en cause, on doit nier, d'un point de vue strictement juridique, le caractère invalidant de celles-ci. 8.3. Il s'ensuit que le refus du droit à la rente doit être confirmé, les conditions d'une révision au sens des art. 17 al. 1 LPGA et 88a al. 2 RAI n'étant pas réunies en l'espèce. 8.4. La cause étant suffisamment instruite sur le plan médical, il n'y a pas lieu de renvoyer la cause à l'OAI, comme requis par la recourante, pour instruction complémentaire. En effet, dans la mesure où le rapport d'expertise pluridisciplinaire de E. _____ a été établi le 17 septembre 2019, soit moins de trois mois avant le prononcé de la décision du 5 décembre 2019, et qu'aucun rapport ultérieur ne l'a remis en cause ni n'a apporté d'élément médical nouveau, on peine à saisir en quoi il aurait été "obsolète" lorsque l'OAI a statué. 9. Compte tenu de ce qui précède, le recours du 17 janvier 2020 doit être rejeté et la décision attaquée du 5 décembre 2019 confirmée.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 10. Reste à statuer sur la requête (605 2020 14) d'AJP, limitée aux frais de justice, afférente à la présente procédure de recours (605 2020 13). 10.1. Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 al. 1 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille. Selon l'al. 2 de cette dernière disposition, l'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable. En vertu de l'art. 145 al. 3, 1ère phr. CPJA, la procédure relative à l'assistance judiciaire est gratuite. 10.2. En l'occurrence, la recourante est au bénéfice de l'aide sociale, de sorte que son indigence paraît suffisamment établie sans de plus amples démonstrations. En outre, il n'était pas possible d'affirmer que son recours, bien qu'au final infondé, paraissait d'emblée voué à l'échec pour un plaideur raisonnable. 10.3. Dans ces circonstances, il convient de mettre la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle, limitée aux frais de justice, dans le cadre de la présente procédure de recours. Les frais de justice, fixés à CHF 800.- (cf. art. 69 al. 1bis LAI), bien qu'étant mis à la charge de la recourante qui succombe, ne seront dès lors pas perçus. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours (605 2020 13) est rejeté. II. La requête (605 2020 14) d'assistance judiciaire partielle est admise. III. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils ne seront toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire partielle octroyée. 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 25 février 2021/avi Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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