

FR_GERICHTE 605 2020 147 vom 2. Juni 2021

FR Kantonsgericht, 2021-06-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_147

FR: FR_GERICHTE 605 2020 147 du 2 juin 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 147 del 2 giugno 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension des délais durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b 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, dûment représentée et s'étant acquittée en temps utile de l'avance de frais requise, le recours est recevable.

E. 2

En réputée invalidité, au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

E. 2.1

L'incapacité de gain se définit, selon l'art. 7 al. 1 LPGA (dans sa version, ici applicable, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020), comme toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

E. 2.2

D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut notamment résulter d'une maladie. Par maladie, on entend, au sens de l'art. 3 al. 1 LPGA, toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

E. 2.3

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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 27

E. 3

La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (arrêt TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1).

E. 3.1

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, ou encore d'un syndrome de fatigue chronique, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM (ATF 143 V 418 et 141 V 281; arrêts TF 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2, 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4, 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3, et les références citées). Dans le domaine du droit de l'assurance-invalidité, le point de départ pour évaluer les troubles psychiques est l'ensemble des constatations médicales effectuées par les médecins psychiatres. Ces médecins – qu'ils exercent leur activité en qualité d'experts ou non – doivent motiver leurs diagnostics et décrire l'incidence de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressé de telle manière que les organes chargés de l'application du droit (soit l'administration ou le juge en cas de litige) soient ensuite en mesure d'apprécier définitivement cette capacité à l'aune des indicateurs (grille d'évaluation normative et structurée) développés dans l'ATF 141 V 281 (arrêts TF 9C_347/2020 du 25 mars 2021 consid. 6.2, 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2, 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2 *in fine*, et les références citées). En revanche, en l'absence de diagnostic psychiatrique, une appréciation en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée n'a pas à être effectuée (*ibidem*).

E. 3.2

Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple: une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1, 132 V 65 consid. 4.2.2 et 131 V 49 consid. 1.2). La capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 27 Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (ATF 141 V 281 consid. 4.1 et les références citées).

E. 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).

E. 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.

E. 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.

E. 5.1

A teneur de l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

E. 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. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (arrêts TF 8C_671/2020 du 14 avril 2021 consid. 3.1, 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1, et les références citées).

E. 5.3

Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves

Tribunal cantonal TC Page 6 de 27 et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêt TF 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1 et la référence citée).

E. 6

Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, par une diminution du degré d'invalidité, ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par voie de révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou de reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération. Il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêts TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 5.2, 9C_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1, et les références citées). Des exceptions ont déjà été admises lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente – de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel – ou lorsqu'elle disposait d'une agilité et d'une flexibilité particulières et était bien intégrée dans l'environnement social. Jusqu'à présent, la jurisprudence a laissé ouvert le point de savoir si la réalisation des critères (durée de 15 années d'allocation de la rente ou accomplissement de la 55ème année) doit être examinée par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ibidem). Dans ces situations, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituent une condition de la suppression (ou réduction) de la rente, cette suppression (ou réduction) ne pouvant prendre effet antérieurement (arrêt TF 9C_227/2020 du 5 octobre 2020 consid. 2.2 et les références citées).

E. 7

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).

E. 7.1

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 (arrêt TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 27 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). A noter que, même s'il peut constituer un indice à cet égard, le nombre d'avis médicaux concordants n'est pas un critère admis par la jurisprudence pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical (arrêt TF 9C_720/2019 du 13 mai 2020 consid. 5.2).

E. 7.2

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).

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).

E. 8

En l'espèce, le litige porte sur le droit à la rente d'invalidité au-delà du 31 juillet 2020 (date de sa suppression), singulièrement sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, l'état de santé de la recourante et ses répercussions sur sa capacité de travail, respectivement de gain, ont subi une modification notable depuis la décision d'octroi de rente, rendue le 10 février 2005 par l'OAI (cf. dossier AI, pièce 66), laquelle repose sur un examen matériel du droit aux prestations et est entrée en force. Ceci relève avant tout d'une appréciation médicale de la situation.

E. 8.1

Situation au moment de la décision d'octroi de rente entière du 10 février 2005

E. 8.1.1

Avant d'octroyer à l'assurée, par décision du 10 février 2005 (cf. dossier AI, pièce 66), une rente d'invalidité entière à partir du 1er février 2004, l'OAI avait d'abord recueilli l'avis des médecins traitants. C'est ainsi que, dans un rapport du 11 juin 2003 (cf. dossier AI, pièce 19) reposant en partie sur les résultats d'une IRM cervicale réalisée le 22 avril 2002 (cf. dossier AI, pièce 17), le Dr D._____, spécialiste en médecine interne, avait posé les

diagnostics, avec répercussions sur la capacité de travail, d'un syndrome cervico-brachial sur hernie discale et fibromyalgie, existant depuis 1991, et d'un état dépressif, existant depuis 2002. Il avait exposé que, "dès juillet 1991, des douleurs occasionnelles à la nuque et au bras droit ainsi que des lombagos lui faisaient consulter 3 à 4 x par année. Dès avril 2002, les douleurs s'intensifient avec un syndrome cervicaux-brachial droit pour lequel on met en évidence une hernie discale et des discopathies sévères (...). Cependant, malgré un traitement conservateur intensif, la situation empire et un état dépressif et une fibromyalgie Tribunal cantonal TC Page 8 de 27 typique apparaissent. Un traitement antidépresseur et un conseil psychiatrique auprès du Dr E. _____ ne changent pas la symptomatologie (...)". Le Dr D. _____ attestait une incapacité de travail totale de sa patiente depuis le 5 février 2003. Pour sa part, dans un rapport du 10 septembre 2003 (cf. dossier AI, pièces 26 et 27), le médecin psychiatre traitant, le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait posé le diagnostic, avec répercussions sur la capacité de travail, d'un état dépressif réactionnel à d'importantes difficultés familiales, existant depuis le printemps 2003. Il avait confirmé l'incapacité de travail totale établie à partir du 5 février 2003 par le Dr D. _____, et ce pour une durée indéterminée. Le Dr E. _____ avait estimé qu'une autre activité n'était pas non plus exigible de la part de l'assurée, en indiquant la raison suivante: "cette patiente est surchargée par ses soucis familiaux et les tâches familiales. On peut prévoir qu'elle n'aura ni la motivation, ni la possibilité de tenter une réinsertion professionnelle qui entraînerait pour elle un sentiment de faillir à son devoir de mère et de cheffe de famille depuis que son mari ne peut plus l'aider". Par ailleurs, dans un rapport ultérieur du 30 mars 2004 (cf. dossier AI, pièces 39 et 40), le Dr E. _____ avait désormais retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, d'un état dépressif majeur moyen avec composante somatique (F32.11), existant depuis le printemps 2003. Il avait confirmé à nouveau l'incapacité de travail totale attestée depuis le 5 février 2003. Il avait relevé que "cette patiente évolue de manière défavorable sur le plan de sa thymie et ceci malgré un traitement antidépresseur à dose habituelle et pour des durées suffisantes pour une évaluation. On peut craindre que des essais de réadaptation activent son sentiment de dépression car elle se sentirait coupable d'abandonner ses enfants et un mari qui est incapable de se gérer lui-même, ni de surveiller ses enfants" et que "les possibilités de récupération d'une capacité de travail en dehors de son milieu familial me paraissent difficiles étant donné les soucis légitimes que l'assurée a face à sa famille et les difficultés concrètes qui se présentent à elle (maladie de l'un de ses fils, incapacité de son mari à se gérer seul et difficultés financières graves, incapacité à avoir dans son ménage l'aide de son mari pour l'éducation de ses enfants). Pour les mêmes raisons, une motivation à un reclassement professionnel me semble difficilement exigible. Le pronostic me paraît sombre étant donné les difficultés à changer, même de petits éléments dans son fonctionnement et devant la réalité des difficultés qui se présentent à elle".

E. 8.1.2

L'OAI avait ensuite diligenté une expertise bidisciplinaire – rhumatologique et psychiatrique – qui avait été réalisée durant le printemps 2004 par le Dr F. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et par le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

E. 8.1.2.1

Sur le plan rhumatologique, l'assurée avait été examinée le 14 mai 2004 par le Dr F._____. Dans son rapport d'expertise établi le 24 juin 2004 (cf. dossier AI, pièce 54), ce dernier avait posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'un "état douloureux diffus (céphalées – cervico-dorso-lombalgies et douleurs des extrémités) chronique et invalidant, compatible avec un syndrome de fatigue chronique et/ou une fibromyalgie", présent depuis 2001 environ, et de "troubles statiques et dégénératifs du rachis avec notamment hernies discales C5-C6 et C6-C7 médianes". Il retenait également les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, qui suivent: "status après cure chirurgicale d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral en 1999

Tribunal cantonal TC Page 9 de 27 avec récédive légère (...); trouble statiques des pieds avec hallux valgus débutant; possible impingement de la hanche gauche; dolichomégacôlon". A ce sujet, le Dr F._____ précisait ceci: "comme vous pouvez le constater, il ne m'a pas été possible de conclure à un diagnostic de certitude puisque, d'une part, certains auteurs estiment qu'il y a un recoupement entre les différentes pathologies telles que le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie, le syndrome de l'intestin irritable et les états anxio-dépressifs (...). Dès lors, en l'absence de critères diagnostiques validés, il n'est pas possible pour un seul individu d'établir un diagnostic de certitude de fibromyalgie. Dans tous les cas, [l'assurée] remplit passablement de critères pour ces 2 entités et, bien que je ne sois pas là dans mon domaine de compétence, probablement aussi une partie de ceux du syndrome de l'intestin irritable". A l'anamnèse, le Dr F._____ notait notamment que "[l'assurée] a alors été engagée au Café (...). Pendant cette période [début des années 90], en soulevant une caisse de bouteilles, elle a ressenti une douleur lombo-sacrée pour laquelle elle a consulté un orthopédiste" et que "[l'assurée] a commencé à ressentir des douleurs cervicales avec limitation fonctionnelle intermittente à partir de 2001 environ. Son médecin de famille aurait parlé de torticolis et effectué des injections intramusculaires avec une bonne réponse. Un essai de physiothérapie (...) s'est avéré sans effet. Petit à petit, les douleurs se sont étendues à tout le dos, puis aux membres supérieurs et inférieurs avec une nette prédominance à droite". A l'examen clinique, le Dr F._____ constatait que "les articulations sacro-iliaques sont douloureuses à la palpation directe. La manœuvre du trépied entraîne des douleurs diffuses sur la région fessière, sacrée et lombo-sacrée" et que "la recherche des points habituellement douloureux en cas de fibromyalgie est positive partout, tantôt de manière symétrique, tantôt avec une intensité douloureuse plus grande à droite ou à gauche. A signaler que de nombreux points contrôles sont également annoncés douloureux et que certaines réponses varient au cours de l'examen physique". S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'expert rhumatologue estimait que "cette patiente n'est pas en état d'assumer une quelconque activité rémunérée", tout en précisant qu'"il est assez difficile de justifier sur le plan purement somatique une incapacité de travail complète vu le côté relativement mal défini des entités nosologiques retenues dans le diagnostic". Son pronostic était réservé "puisque (...) plus les symptômes ont une durée importante, plus ils risquent de ne pas s'améliorer. D'ailleurs, l'estimation subjective de la patiente vis-à-vis de son avenir est assez pessimiste". Le Dr F._____ relevait enfin que, "étant donné la connaissance très incomplète que nous avons des pathologies comme celles dont souffre cette patiente, il est extrêmement difficile de se prononcer sur l'évolution future. Si l'on admet que la situation est devenue irréversible ou du moins que les chances d'amélioration significative sont extrêmement faibles, j'aurais tendance à conclure que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont guère envisageables".

E. 8.1.2.2

Sur le plan psychique, l'assurée avait été examinée les 3 et 15 juin 2004 par le Dr G._____. Dans son rapport d'expertise établi le 5 juillet 2004 (cf. dossier AI, pièce 58), ce dernier avait retenu, comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, que "l'explorée présente un trouble dépressif majeur, ou évolution dépressive chronique, d'intensité importante, en évolution probablement depuis 2002, certainement présent au printemps 2003, avec une aggravation durant

Tribunal cantonal TC Page 10 de 27 l'été 2003. Toutes les caractéristiques d'un trouble dépressif majeur d'intensité importante sont présentes actuellement chez l'explorée, à savoir, au premier plan, un ralentissement psycho-idéo- moteur, avec des troubles de la concentration notamment, un état d'affliction et d'abattement, une perte des intérêts et des envies, une diminution de l'image de soi. On note, en outre, des insomnies, des accès de colère verbale, un repli sur soi socio-relationnel, un syndrome douloureux diffus et un syndrome de fatigue chronique". En revanche, selon l'expert psychiatre, "la personnalité de l'explorée, personnalité qui comporte des traits schizoïdes, dépendants et mélancoliformes, ne saurait être considérée comme pathologique. Il n'y a pas de composantes psychotiques à strictement parler chez l'explorée, dans son tableau dépressif, mais une touche mélancolique existe, repérable notamment à la diminution de la capacité de prendre plaisir en ce qui concerne quasiment toutes les activités, à un manque de réactivité à des situations habituellement agréables, à un intense sentiment d'incapacité et d'impuissance. (...). En résumé, la structure de la personnalité de l'explorée, actuellement aménagée sur un mode mélancolique, ne peut pas être considérée comme une structure pathologique; il n'y a donc pas de trouble de la personnalité à proprement parler chez l'explorée, actuellement". A l'anamnèse, le Dr G._____ notait que "c'est en 1994 que l'explorée a pour la première fois "le dos bloqué" suite à un transport d'une caisse de boissons. (...). En 2000, commencent alors des douleurs de la colonne cervicale, durant deux à trois jours au début, puis devenant plus intenses et plus fréquentes. En 2001, des examens auraient révélé, selon l'explorée, une hernie discale, des disques déformés, problèmes auxquels s'ajoutent des interventions chirurgicales en 2002 (une amygdalectomie et une cure de varices)". Ceci étant, le Dr G._____ expliquait que "l'étiologie du trouble dépressif majeur que présente actuellement l'explorée peut être qualifiée de mixte; à la composante mélancolique déjà citée, composante à laquelle renvoie également l'âge de survenue des premiers troubles, on peut ajouter une composante réactionnelle probable, en vertu du contexte conjugal et socio-économique pesant, existant depuis 1994 en partie, depuis 1999 de façon marquée. Une composante par épuisement psychogène est également probable, d'une part à cause de la persistance d'un contexte vécu comme puissamment pathogène, d'autre part à cause de la présence d'un syndrome douloureux chronique, diffus, ayant débuté en 2000 ou 2001 au plus tard". Le Dr G._____ relevait également que "l'existence d'une pathologie importante sur le plan psychiatrique, repérable à l'examen clinique et à l'interrogatoire, est (...) confirmée par les antécédents et les rapports et documents médicaux en notre possession. Tant le psychiatre traitant que le médecin traitant sur le plan somatique évoquent la présence d'une "dépression et fibromyalgie", d'un "état dépressif réactionnel à d'importantes difficultés familiales", puis "une évolution défavorable sur le plan de la thymie", ainsi qu'un "état dépressif majeur moyen avec composante somatique". Les médecins de l'explorée signalent une péjoration depuis avril 2002, l'absence d'antécédent psychiatrique avant le début de l'évolution dépressive actuelle, la "légitimité" des soucis que ressent l'explorée dans son contexte socio-familial, une nouvelle péjoration au

printemps 2003, un "pronostic sombre". (...). On comprend dès lors que (...) l'explorée ne peut, actuellement, dans le contexte qui est le sien, que très modérément et péniblement progresser et que, ainsi, le pronostic évolutif est effectivement sombre. La symptomatologie lourde, sur le plan dépressif, de même que le syndrome douloureux diffus, l'état de fatigue chronique, la pauvreté des ressources introspectives et une certaine sous-dotation intellectuelle, tout cela concourt davantage à renforcer la dépression qu'à permettre une évolution plus ou moins favorable. La possibilité de

Tribunal cantonal TC Page 11 de 27 retrouver une place de travail, psychologiquement parlant, paraît difficile voire impossible, et un reclassement ne paraît pas exigible. L'état douloureux diffus, les symptômes de type "fibromyalgie", le syndrome de fatigue chronique, sont compatibles avec la présence, sur le plan psychiatrique, d'une évolution dépressive chronique ou trouble dépressif majeur d'intensité importante. (...). Sur le plan psychique et mental, l'explorée est fortement limitée en raison de son trouble dépressif majeur, en évolution chronique depuis plusieurs années (...). Le tout compose donc un état de handicap psycho-mental et socio-professionnel important". En outre, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'expert psychiatre estimait que "le trouble dépressif majeur (...) empêche complètement l'exercice de l'activité effectuée jusqu'ici. (...). Une maigre capacité résiduelle de travail, en tant que ménagère dans son propre ménage, existe (...), on peut considérer qu'elle peut, dans ce cadre, travailler à 25% environ". Il précisait que "l'incapacité de travail a commencé à diminuer dès avril 2002. Elle est de 100% depuis la fin 2002 probablement, depuis février 2003 en tout cas. Elle est durable depuis cette date-là". Il concluait que "l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible" et que "d'autres activités ne sont pas [non plus] exigibles de la part de l'explorée". Enfin, l'expert précisait que, "en raison de ses troubles psychiques, l'assurée n'est plus capable de s'adapter à un environnement professionnel en milieu économique libre. (...). Des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas envisageables, du fait de l'intensité du trouble dépressif majeur, du fait de l'évolution chronique de celui-ci, du fait de la nature du trouble dépressif majeur (...), du fait de la présence conjointe d'un syndrome de fatigue chronique et d'un état douloureux diffus, du fait de la rigidité et de la pérennité du noyau psychodynamique du trouble, du fait enfin de la pauvreté des ressources intrapsychiques de l'explorée".

E. 8.1.2.3

C'est sur la base des résultats de cette expertise bidisciplinaire que l'OAI avait rendu sa décision du 10 février 2005 octroyant à l'assurée le droit à une rente d'invalidité entière à partir du 1er février 2004, après avoir calculé un taux d'invalidité de 83% en appliquant la méthode dite mixte. Ce droit à la rente a été confirmé jusqu'en 2015.

E. 8.2

Situation au moment de la décision de suppression de rente du 25 juin 2020

E. 8.2.1

Dans le cadre de l'instruction d'une nouvelle procédure de révision d'office du droit à la rente, l'OAI a d'abord recueilli l'avis des médecins traitants. C'est ainsi que, dans un rapport du 17 septembre 2018 (cf. dossier AI, pièces 116 et 117), le nouveau médecin praticien de l'assurée, le Dr H. _____, a notamment retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'une dépression sévère et d'une fibromyalgie, existants depuis 2000, et d'une discopathie cervico-lombaire, existant depuis 1997. Il a par ailleurs mentionné que

l'état de santé de sa patiente s'était partiellement aggravé en raison de gonalgies sévères. Le Dr H. _____ a estimé que cette dernière restait en incapacité de travail totale dans sa dernière activité exercée jusqu'alors et qu'aucune autre activité n'était exigible de sa part. Quant au Dr E. _____, dans un rapport du 7 novembre 2018 (cf. dossier AI, pièces 121 et 122), il a attesté que l'état de santé était stationnaire. Il a posé le diagnostic d'un état dépressif majeur d'intensité moyenne avec forte composante somatique, existant depuis 2003. Le Dr E. _____ a estimé que la dernière activité exercée jusqu'alors par sa patiente n'était exigible qu'à 10% au maximum et qu'on ne pouvait exiger d'elle l'exercice d'une autre activité.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 27

E. 8.2.2

L'OAI a ensuite mis en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire – psychiatrique et rhumatologique – qui a été réalisée au printemps 2019 par le Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et par le Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, par ailleurs tous deux experts certifiés SIM.

E. 8.2.2.1

Sur le plan psychique, l'assurée a été examinée le 1er mai 2019 par le Dr I. _____. Dans son rapport d'expertise établi le 18 juillet 2019 (cf. dossier AI, pièce 139), ce dernier ne retient aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il pose en revanche les diagnostics, mais sans répercussion sur la capacité de travail, d'un trouble dépressif subclinique (évolution dysthymique) (300.4; F34.1) et d'une personnalité dépendante, avec des éléments masochiques (301.6; F60.7). Il retient une amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis au moins 2018. Le Dr I. _____ relève que, "s'agissant de l'hypothèse d'une personnalité schizoïde indiquée par le Dr G. _____, il n'y a aucun élément dans ce sens. Il n'y a pas d'antécédents de difficultés relationnelles et de contact avant les faits qui nous occupent, de bizarrerie du comportement ou de la pensée, d'abrasion des affects, ni de froideur. [L'assurée] a pu avoir plusieurs employeurs, éduquer ses enfants, a pu nouer des relations affectives. C'est surtout la dépendance affective qui est au premier plan. Les éléments de personnalité mentionnés par le Dr G. _____ se réfèrent surtout aux symptômes dépressifs présents lors de son évaluation psychiatrique". Ceci étant, les constatations de l'expert psychiatre sont les suivantes: "nous ne relevons pas de foetor éthylique, elle est vigile, orientée dans les trois modes. L'examen neuropsychologique succinct est parfaitement dans les normes. (...). On ne peut pas parler d'une anhédonie, aboulie ou d'un apragmatisme, chez une assurée qui investit beaucoup la relation à ses enfants, qui a une amie, visiblement vive, joviale. [L'assurée] se plaint pour l'essentiel de problèmes physiques. Il n'y a pas d'anxiété marquée, d'irritabilité. C'est surtout parfois un sentiment de fatigabilité et le besoin de se reposer, d'être contrainte à peu d'activité en raison de ses douleurs, qui domine le tableau clinique. Il n'y a pas de suicidalité. (...). Du point de vue anxieux il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique (...). [L'assurée] ne souffre pas de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang, d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique. (...). [L'assurée] ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie - boulimie. Il n'existe pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée. Au niveau somatique, les douleurs sont ubiquitaires, souvent mal

systematisables". En outre, le Dr I. _____ expose ce qui suit: "on sait un épisode dépressif relativement conséquent en 2003, qui prend racine sur une relation conjugale très difficile, marquée par de la violence, de la maltraitance, aboutissant à l'intervention de la Police et l'éloignement du domicile familial de son premier époux. En proie à des difficultés financières, [l'assurée] a dû gérer seule l'éducation de ses deux enfants. Par la suite, ceux-ci ont évolué sans difficultés et ont fait preuve d'une bonne insertion professionnelle". Il relate que "depuis 2003, [l'assurée] a été suivie par le Dr E. _____, psychiatre FMH, une fois par semaine, puis tous les 15 jours, actuellement une fois par mois environ. Le Cipralex aurait été diminué en automne 2018 de 20 à 10 mg/j en raison d'un "pic d'élan", nous dit-elle" et que, "d'un point de vue psychopathologique, le Dr E. _____ retient dans tous ses rapports, de 2003 au 07.11.2018, le diagnostic de: "trouble dépressif d'intensité moyenne avec forte composante somatique".

Tribunal cantonal TC Page 13 de 27 Précisément au sujet de l'appréciation du médecin psychiatre traitant, l'expert se prononce comme suit: "selon le Dr E. _____, il n'y a aucune évolution de la symptomatologie dépressive pour laquelle on ne peut pas parler d'une évolution normale, car il est difficile de comprendre pour quelle raison depuis 15 ans cette symptomatologie n'a pas été modifiée. En effet, on constate que la situation personnelle de cette assurée s'est grandement clarifiée, puisqu'elle mène actuellement une vie de mère au foyer tout à fait heureuse et épanouie avec ses deux enfants. Au demeurant, [l'assurée] a bien pu les éduquer puisque ceux-ci se portent bien et ont une bonne insertion professionnelle. Les liens ne sont pas conflictuels. L'assurée a quelques amies. Les problèmes financiers se sont résolus avec l'obtention de la prestation invalidité. En d'autres termes, il n'y a plus de facteurs de stress aigus, ni d'éléments objectifs qui puissent faire comprendre cette mauvaise évolution. Les rapports du Dr E. _____ sont néanmoins peu détaillés. Il se contente à chaque fois de reprendre le même diagnostic. On ne peut qu'observer qu'il a diminué l'Escitalopram de 20 à 10 mg, ce qui implicitement semble suggérer qu'elle va mieux. Il n'y a pas d'évidence en faveur d'un épisode hypomaniaque". Le Dr I. _____ poursuit en ces termes: "il existe d'importantes divergences dans le dossier médical. Force est de constater que le Dr E. _____ reprend systématiquement le même diagnostic, peu étayé par des constatations objectives. Il ne procède pas à une analyse détaillée de son fonctionnement quotidien et de toutes les tâches réalisées, ni ne semble mentionner d'éléments favorables et positifs objectifs de l'environnement social et familial de ces dernières années, comme si la situation personnelle de l'assurée n'avait jamais évolué depuis 2003, ce qui bien entendu n'est pas le cas. Certes, [l'assurée] est volontiers assez plaintive, dramatique et insiste sur l'absence de perspective de pouvoir travailler. Autrement dit, si on se fie essentiellement aux dires de l'assurée, sans analyse plus précise, il est très difficile d'adhérer à son diagnostic et son appréciation de la capacité de travail. Enfin nos tests psychométriques vont dans le sens d'une majoration importante des résultats. Manifestement, le Dr E. _____ se trouve dans un mandat de traitement dit de "sollicitude médicale" qui se caractérise par une mise entre parenthèses du souci des objets et des preuves: le médecin traitant ne cherche pas à éprouver les doléances en allant chercher des garanties d'objectivité, mais il les écoute et tente de les apaiser. Dans ce régime, les plaintes ont une force inconditionnelle. Dans la "sollicitude médicale", c'est [l'assurée] qui possède l'initiative de l'intervention. Le praticien ne fait que suivre en définitive le plus souvent la direction des plaintes de sa patiente, ce que l'on ne saurait lui reprocher. Autrement dit le médecin traitant délègue d'une certaine manière l'appréciation à [l'assurée], en tenant a priori pour valide tout ce qu'elle dit d'elle-même". En outre, le Dr I. _____ est d'avis que

les symptômes, respectivement les pertes de fonctionnalité, dont se plaint l'assurée, sont "peu cohérents et plausibles. L'assurée est très plaintive, revient à de nombreuses reprises sur ses doléances physiques. Force est de constater qu'elle n'a pas de limitations dans ses relations affectives et certainement sociales. Ne disposant pas de femme de ménage, il est probable qu'elle assume toutes ses tâches domestiques. En effet, un de ses fils a pris son indépendance et l'autre est aux études. [L'assurée] reste très autocentrée, indulgente face à elle-même. Etonnamment, elle ne semble pas comprendre pour l'heure la raison d'une expertise psychiatrique, suggérant que l'assurée semble se sentir mieux de ce point de vue-là". Le Dr I. _____ ajoute que l'assurée a de "bonnes ressources familiales et sociales" mais qu'"il existe certainement des causes extra-médicales qui jouent maintenant un rôle dans la revendication d'un statut d'invalidé, en particulier financières. (...). En priorité, il faut relever le manque de motivation, des éléments socio-culturels, l'âge, l'absence de qualifications professionnelles, le rôle

Tribunal cantonal TC Page 14 de 27 évident des avantages des prestations d'assurance, avec une activité peu qualifiée, qui n'est pas valorisante, avec de faibles perspectives de retrouver un emploi. Ces éléments jouent certainement un rôle non négligeable". Il relate que "[l'assurée] a réalisé les tests psychométriques sans difficulté. Il existe une particulière mauvaise concordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation globalement tous massivement surcotés. Le Hamilton 17 items et le Hamilton anxiété sont parfaitement normaux, alors que le Beck 21 donne un score pour une dépression très sévère, que l'on ne retrouve pas à l'examen clinique, tout comme le facteur dépression du SCL-90R. Le facteur anxiété état du Spielberger est normal, alors qu'il est très élevé au SCL-90R. Cette discordance inter- auto-évaluation, compte tenu même de la construction de ces échelles psychométriques suggère en général une tendance à la dramatisation. Le SCL-90R donne des scores fortement pathologiques pour l'ensemble des facteurs, y compris traits paranoïaques et traits psychotiques. On ne retrouve aucun élément en faveur d'une symptomatologie psychotique lors de notre examen. Ce profil suggère avant tout une importante tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes. Cela pourrait expliquer en partie la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, le second faisant le plus souvent le postulat de sincérité de son patient". Le Dr I. _____ relève que, "du point de vue rhumatologique, les résultats de l'examen sont valides en ce qui concerne la région cervicale et les genoux, cependant, le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout de l'impotence fonctionnelle qui en découle, ce qui est probablement à mettre en lien avec le syndrome fibromyalgique et le contexte psycho-social. Il en est de même au niveau psychiatrique". S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'expert psychiatre estime que, dans l'activité (de femme de ménage) exercée en dernier lieu, "la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique est entière au plus tard le jour de l'expertise, soit le 01.05.2019, mais rien n'indique qu'elle ne fût pas entière au 01.01.2019, l'assurée n'ayant actuellement pas le sentiment de souffrir de problèmes psychiques. (...). Sa performance, d'un point de vue psychiatrique, n'est pas diminuée en l'absence de troubles psychiques incapacitants". Le Dr I. _____ considère que la capacité de travail de l'assurée est également de "100% d'un point de vue psychiatrique dans toute activité adaptée à ses limitations somatiques objectives". A la question de savoir si la capacité de travail peut être améliorée de façon sensible par des mesures médicales, il répond par la négative, précisant que [l'assurée] bénéficie d'une prise en charge dans les règles de l'art".

E. 8.2.2.2

Sur le plan rhumatologique, l'assurée a donc été examinée le 10 mai 2019 par le Dr J. _____. Dans son rapport d'expertise établi le même jour (cf. dossier AI, pièce 140), ce dernier retient, comme seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, celui de gonalgies sur syndrome fémoro-patellaire modeste (absence de signe d'atteinte méniscale ou ligamentaire). Il pose également d'autres diagnostics, mais sans répercussion sur la capacité de travail, en particulier les suivants: syndrome cervico-brachial récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie C6-C7); lombopyalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire; syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique (diminution du seuil de déclenchement à la douleur); omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie

Tribunal cantonal TC Page 15 de 27 (absence de schéma capsulaire); status post cure de tunnel carpien ddc en 1993; status post colectomie subtotale, rétablissement de la continuité iléo-sigmoïdienne terminale en 2006 pour dolichomégacôlon avec colopathie fonctionnelle. Il note que les lésions cervicales ne se sont pas péjorées par rapport à 2004. A cet effet, le Dr J. _____ constate que "la symptomatologie douloureuse, subjective et propre à chaque individu, s'est cristallisée et étendue en tache d'huile. Depuis 2014, elle signale des gonalgies, probablement à mettre en relation avec les troubles dégénératifs fémoro-patellaires qui restent cependant modestes. Les troubles dégénératifs cervicaux ne se sont pas péjorés". Il observe que, "en ce qui concerne l'aspect rhumatologique, depuis l'octroi de la rente entière en 2004, du point de vue somatique, la situation semble s'être chronifiée, avec depuis 2014, l'apparition de gonalgies, et depuis 2016, d'omalgies". Le Dr J. _____ précise que, "du point de vue rhumatologique, les résultats de l'examen sont valides en ce qui concerne la région cervicale et les genoux, cependant, le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout de l'impotence fonctionnelle qui en découle, ce qui est probablement à mettre en lien avec le syndrome fibromyalgique et le contexte psycho-socio-familio-culturel de l'assurée". L'expert rhumatologue relève par ailleurs que "la thérapie suivie jusqu'à présent est conduite dans les règles de l'art tant du point de vue psychiatrique que physique, l'assurée bénéficiant d'une médication psychotrope et antalgique. Elle aurait bénéficié de quelques séances de physiothérapie en janvier 2019. La personne assurée prend sa médication de manière régulière" et que, "du point de vue somatique, les traitements effectués ont été adéquats, la prise en charge somatique étant rendue difficile par le contexte psychologique de l'assurée". En outre, le Dr J. _____ explique qu'"il n'y a pas à proprement parler de divergence ressortant du dossier à mettre en évidence". Il dit se différencier toutefois de l'appréciation du Dr F. _____ "qui estime une capacité de travail nulle et ce, en raison d'un état douloureux diffus, avec syndrome de fatigue chronique et fibromyalgie, des troubles statiques et dégénératifs du rachis. Le Dr F. _____ reste ambigu sur le diagnostic de certitude, contrairement à ses dires (...) que l'assurée ne peut plus assumer ses tâches ménagères de base [sic]. Cependant actuellement, il est à noter que l'assurée peut cuisiner ses propres repas, se déplacer en véhicule, effectuer les courses et maintenir son ménage. A notre avis, l'ampleur de l'impotence fonctionnelle réside essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique, avec [une] nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur et installation d'un modus vivendi passif. Par ailleurs, les lésions cervicales ne se sont pas péjorées par rapport à 2004. (...). Les ressources disponibles paraissent moyennes, l'assurée étant apte à gérer seule son ménage et à se déplacer en véhicule". S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'expert rhumatologue estime que, "dans

son activité professionnelle antérieure [de femme de ménage], du point de vue purement rhumatologique, la personne assurée ne devrait pas présenter de diminution de performance de plus de 10% et ce en raison de sa longue inactivité professionnelle". Il considère que "les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique concernant son activité antérieure de femme de ménage (...), est estimée à 80%".

Tribunal cantonal TC Page 16 de 27 Ceci étant, l'expert explique que les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assurée seraient "une activité respectant les mouvements répétitifs de flexion- extension de la colonne cervicale et respectant les mouvements de genuflexion répétitifs". Il estime que, "dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précitées, du point de vue rhumatologique, la personne assurée ne devrait pas présenter de diminution de performance de plus de 10%, au vu de sa longue inactivité professionnelle" et que "les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique dans une activité respectant les limitations fonctionnelles pré-décrites, est estimée à 100%". En définitive, d'un point de vue bidisciplinaire et après discussion (consilium) avec l'expert psychiatre I. _____, le Dr J. _____ conclut que l'assurée dispose d'une capacité de travail de 80%, avec une diminution de rendement de 10%, dans sa dernière activité de femme de ménage, et d'une capacité de travail de 100%, avec une diminution de rendement de 10%, dans une activité (mieux) adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il relève à cet effet qu'"il n'y a aucun potentiel de réadaptation professionnelle, l'assurée n'ayant aucune demande motivée en ce sens, avec une auto-prédiction de l'échec face à toute reprise d'activité" et que "la longue inactivité professionnelle, la présence d'une diminution du seuil de déclenchement de la douleur, l'impossibilité à se projeter dans un avenir professionnel, et la cristallisation de la situation tant médicale que socio familiale, constituent des facteurs de mauvais pronostic".

E. 8.2.3

C'est sur la base des résultats de cette dernière expertise bidisciplinaire que l'OAI a d'abord émis, le 5 décembre 2019, un projet de décision de suppression de rente (cf. dossier AI, pièce 149) auquel l'assurée s'est opposée le 19 février 2020 (cf. dossier AI, pièce 155), en produisant les rapports médicaux qui suivent.

E. 8.2.3.1

Dans un rapport du 31 décembre 2019 (cf. dossier AI, pièce 155), le nouveau médecin praticien traitant de l'assurée, le Dr K. _____, énumère les différents diagnostics somatiques de sa patiente, dont les suivants: "dolichomégacôlon avec colopathie fonctionnelle (alternance constipations, diarrhées, flatulences, ballonnements permanents et tenues en échec par les différents traitements mis en place), colectomie subtotalaire suite à ses problèmes de colopathie, de polypes, d'adhérences et de diverticulites récidivantes, qui occasionnent des douleurs abdominales diffuses et constantes, sub-occlusion et iléus; hernie discale au niveau de la colonne cervicale avec ses complications au niveau des membres supérieures, épicondylite gauche, syndrome du canal carpien bilatéral, (...), fibromyalgie chronique constante handicapante, lombalgies et dorsalgies chroniques non-soulagées par les traitements classiques et en échec thérapeutique, discopathies lombaires et cervicales chroniques avec syndrome algiques cervico-brachiaux et lombo-sciatiques gauche, chondropathie fémoro-patellaire médiale bilatérale algique chronique, plica médio-

patellaire, gonarthrose bilatérale, fissuration de la trochlée fémorale des deux genoux, ulcérations cartilagineuses des deux genoux, mastose kystique algique à droite et adénose à gauche, discopathies cervicales pluri-étagées avec prédominance en C5-C6 avec rétrolisthésis algique et signes neurologiques dans les membres supérieurs, protrusion gauche en C6-C7, irritation du médian à droite avec paresthésies constantes, aspect dégénératif de la colonne vertébrale, capsulite rétractile à droite, épaule gelée algique".

Tribunal cantonal TC Page 17 de 27 A la même période, dans un rapport du 20 janvier 2020 (cf. dossier AI, pièce 155), ce même médecin "certifie qu'il est impossible pour [l'assurée] de travailler à 100%, taux plein compte tenu des pathologies dont elle souffre".

E. 8.2.3.2

Dans un rapport du 12 février 2020 (cf. dossier AI, pièce 155), le Dr E._____ explique que "la diminution et même l'arrêt du médicament Cipralax 20 mg a été pratiqué en 2018 (...). Un électrocardiogramme avait montré une anomalie (allongement du QT) parfois signe avant-coureur de troubles graves du rythme cardiaque et favorisé par plusieurs médicaments dont la plupart des antidépresseurs. Cet arrêt n'était donc pas motivé par une amélioration de la dépression (comme indiqué dans l'expertise) mais bien plutôt par des risques de complication somatique. Après contrôle ECG le traitement a pu être réintroduit à plus petite dose (10 mg) après discussion avec vous. Vous aviez alors craint le passage à un autre médicament antidépresseur dont vous aviez essayé 4 ou 5 sortes sans résultat suffisant ou avec des effets secondaires insupportables. Le cardiologue a confirmé qu'avec un traitement de Cipralax 10 mg, l'ECG avait retrouvé un tracé normal". Cela étant, le Dr E._____ expose qu'"on peut se demander si les affections somatiques dont vous avez souffert n'ont pas un rapport étroit avec les moments de souffrances que vous vivez. Au moment des premières démarches de séparation en 2006, survient un subiléus (arrêt presque total du transit) sur dolicho côlon (côlon anormalement long) traité par résection d'une grande partie du côlon suivie la même année d'une autre opération à nouveau pour des douleurs au ventre liées à des adhérences. A plusieurs reprises ont été signalées par la suite des douleurs dans le ventre". Le Dr E._____ mentionne par ailleurs que "l'expertise du Dr G._____ en 2004 déjà parlait d'un état dépressif mélancoliforme avec des aspects de fatigue chronique et de douleurs. Il a été aussi question de fibromyalgie. Une partie de la souffrance dépressive s'exprimait ainsi dans le corps. (...). J'ai évalué l'état dépressif en janvier 2004 avec l'échelle d'évaluation de Hamilton pour la dépression (...). Le score s'élevait à 30 traduisant un état dépressif majeur sévère. Après une hospitalisation (...) en 2003 le score s'élevait à 15. (...). Il faut remarquer qu'il n'y a jamais eu de rémission complète que ce soit des symptômes dépressifs ou des symptômes douloureux depuis que je connais la patiente (2003)". En outre, le médecin psychiatre traitant relate que, "en 2003, 2004 et 2005 c'était une longue période de crise dans votre famille où vous étiez battue par votre mari au point de devoir appeler la police. Votre médecin de famille de l'époque (...) avait fait selon mon souvenir les constatations d'usage dans cette situation. (...). J'ai observé à quel point le sort de votre famille vous importait. Peut-être pour parvenir à une vie de famille meilleure que celle que vous avez vécue dans votre enfance. (...). Il y a eu une composante traumatique importante durant la période conjugale mais aussi lors de la séparation et même après. (...). Malgré vos difficultés de santé, vos limitations financières et les contacts conflictuels et pénibles avec votre ex-mari, vous avez « serré les dents » pour réussir à offrir malgré tout un avenir plus favorable à vos deux garçons adultes et récemment émancipés. Vous avez réussi mais au prix d'un grand sacrifice pour vous (...).

Votre découverte les 3 dernières années de petits plaisirs glanés au contact de votre chatte et de votre petite chienne inaugure d'une reprise d'un meilleur équilibre dans votre vie". Enfin, le Dr E._____ se prononce comme suit sur la capacité de travail de sa patiente: "j'estime que vous n'êtes pas capable actuellement de travailler même si la situation est complexe et vos symptômes difficiles à faire correspondre à une grille diagnostique classique, d'autant plus qu'il y a 15 ans la situation avait déjà été évaluée par des expertises en détail et de manière à mon avis compétente sur le plan psychique et somatique".

Tribunal cantonal TC Page 18 de 27

E. 8.2.3.3

Dans un rapport du 15 février 2020 (cf. dossier AI, pièce 155), la Dre L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, en rhumatologie et médecine interne générale, pose notamment les diagnostics d'une fibromyalgie depuis 2004 (avec aspect dégénératif de la colonne, des grandes articulations et surtout du genou droit), d'une dépression chronique depuis 2000, d'un status post coléctomie subtotale en 2006, de polyarthroses des doigts, d'une épaule gelée à droite (avec discret épaissement de la bourse sous-acromiale et du ligament coraco- huméral), d'une gonarthrose des deux côtés (avec ulcération du cartilage fémoro-patellaire, ulcération fémorale médiale et plica médio-patellaire), ainsi que de cervicalgies sur discopathies (C5-C6 surtout). Elle se détermine comme suit sur l'appréciation de l'expert J._____: "ich habe das Gutachten von Hr. Dr. J._____ vom 19.08.19 durchgelesen. Ich bin mit den Diagnosen einverstanden, aber nicht mit seiner Unterteilung in relevant/irrelevant für die Arbeitsfähigkeit. Aus meiner Sicht ist die Fibromyagie (bei Dr. J._____: syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique) absolut relevant für die Arbeitsfähigkeit der Patientin und führt aus meiner Sicht zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100%. Die Patientin leidet unter dauerhaften Ganzkörperschmerzen. Der Haushalt kann nur teilweise und dann in Etappen von 1 Stunde erledigt werden. Der Sohn muss bei vielem helfen. Ich habe die Patientin nun bei einem Schmerztherapeuten vorgestellt. Zudem leidet die Patientin weiterhin unter der Depression und ist in psychiatrischer Betreuung".

E. 8.2.4

Invités par l'OAI à prendre position sur les objections de l'assurée à son projet de suppression de rente, les experts y ont répondu de la manière suivante.

E. 8.2.4.1

Dans son rapport complémentaire du 1er mai 2020 (cf. dossier AI, pièce 159), l'expert rhumatologue J._____ expose que, "le 31.12.2019, le Dr K._____, généraliste (...), décrit un ensemble de symptômes et de diagnostics déjà mentionnés dans l'expertise de mai 2019. Il mentionne une gonarthrose bilatérale avec fissuration de la trochlée fémorale, diagnostic qui n'avait pas été retenu dans l'expertise de mai 2019 et ce, au regard de l'IRM des genoux et de l'ultrasonographie effectuée à cette date. Il mentionne la présence d'une fibromyalgie chronique, constante et handicapante, des lombalgies et des dorsalgies chroniques non soulagées par les traitements classiques. Cet état de fait avait déjà fait l'objet d'une discussion lors de l'expertise de mai 2019". L'expert poursuit en ces termes: "le 12.02.2020, la Dresse L._____, spécialiste en rhumatologie, décrit dans son rapport médical la présence d'une fibromyalgie, d'une dépression chronique, d'une polyarthrose des doigts, d'une épaule gelée à D et d'une gonarthrose bilatérale ainsi que des cervicalgies et ce, dans un contexte d'une discopathie C5-C6. Ces diagnostics sont déjà pris en compte

lors de l'expertise médicale de mai 2019 et ont déjà fait l'objet d'une discussion complète. Elle mentionne dans la discussion qu'elle ne se distance pas des diagnostics retenus par l'expert, par contre, elle s'en distancie sur l'appréciation de la capacité de travail. Celle-ci étant essentiellement en lien avec un syndrome fibromyalgique et estime une incapacité de travail à 100% pour cette raison [sic]. A nouveau, elle fait état d'une aide dans ses activités de la vie quotidienne par des membres de sa famille". Cela étant, le Dr J._____ explique que, "concernant le temps d'examen, il est possible que l'heure de départ n'a pas été dûment consignée. Les conclusions de l'expertise n'en sont pas pour autant changées. Finalement, le [mandataire du recourant] affirme que l'expert aurait fait preuve d'absentéisme le 10.05.2019. L'expert est surpris d'une telle allégation. L'expert ayant dû sortir de son bureau pour chercher des fax concernant l'assurée et ce, pendant une minute, ce qui ne paraît

Tribunal cantonal TC Page 19 de 27 pas être une faute médicale. En conclusion, l'ensemble des allégués par le [mandataire du recourant] ont déjà fait l'objet de discussion complète lors de l'expertise de mai 2019, ceux-ci sont purement subjectifs, se basant sur les dires de l'assurée et sur des rapports médicaux qui n'apportent rien de plus par rapport à l'expertise. L'expert rappelle au [mandataire du recourant] que l'appréciation de la capacité de travail ne se calcule pas en fonction du nombre de diagnostics ou de symptômes mis en avant mais sur le socle somatique et les conséquences sur la vie quotidienne de l'assurée. Elle a fait l'objet d'une discussion bi-disciplinaire et l'expert invite le [mandataire du recourant] à relire l'expertise". Le Dr J._____ affirme qu'"aucun des éléments ne permettent de se distancier des conclusions de l'expertise".

E. 8.2.4.2

Dans son rapport complémentaire du 3 juin 2020 (cf. dossier AI, pièce 161), l'expert psychiatre I._____ expose que, "du point de vue psychiatrique, outre "la fibromyalgie", elle [la Dre L._____, dans son rapport du 15 février 2020] parle de "dépression chronique depuis 2000". Cette consœur ne se prononce pas sur le diagnostic de dépression sur la capacité de travail". Par ailleurs, s'agissant du rapport du 12 février 2020 du médecin-psychiatre traitant, l'expert en fait la lecture suivante: "autrement dit, le Dr E._____ confirme implicitement notre appréciation soulignant les facteurs extra-médicaux qui n'interviennent pas au premier plan pour l'appréciation de la capacité de travail d'un point de vue strictement psychiatrique que nous avons largement détaillé (...), qui est identique à la nôtre".

E. 8.2.5

L'OAI a ensuite confirmé son projet du 5 décembre 2019 par décision du 25 juin 2020 que l'assurée a attaquée devant le Tribunal cantonal le 27 juillet 2020. A ce effet, à l'appui de son recours, cette dernière a produit un rapport établi le 17 juillet 2020 par le Dr M._____, spécialiste en anesthésiologie et au bénéfice d'une formation en traitement interventionnel de la douleur, rapport dont la teneur est la suivante: "[l'assurée] est connue de longue date pour une problématique de fibromyalgie qui s'est compliquée d'une épaule gelée du côté droit en 2019. [L'assurée] se plaint de douleurs généralisées, à type de brûlure continue, fluctuant en intensité en fonction de l'activité. Ce fond douloureux est émaillé de crises douloureuses dans différentes parties du corps. De manière générale, l'activité physique a tendance à exacerber ces symptômes, tout comme les modifications climatiques ainsi que les ports de charges. (...). Elle a bénéficié d'une prise en charge déjà large, avec

différentes médications, notamment des antidépresseurs SNRI, qui sont un des traitements de première ligne dans les problématiques de fibromyalgie. Elle a également bénéficié de traitements par physiothérapie ainsi qu'un suivi psychiatrique régulier". Le Dr M. _____ observe que "[l'assurée] présente un tableau très évocateur d'une fibromyalgie". Il explique que, "concernant la problématique de litige avec l'AI, je n'ai malheureusement pas le recul suffisant pour évoluer une aggravation de la situation par rapport aux années précédentes. Concernant votre question sur la capacité de travail résiduelle, je n'ai pas la possibilité, ni la compétence pour évoluer sa capacité de travail de manière objective. Je ne peux me baser que sur les dires de la patiente qui me dit ne pas être capable de supporter la moindre activité physique et dès lors, a priori, sa capacité de travail semble nulle".

Tribunal cantonal TC Page 20 de 27

E. 9

Des rapports médicaux partiellement retranscrits ci-dessus et du dossier administratif, la Cour de céans retient ce qui suit.

E. 9.1

L'assurée a connu au début des années 90 des douleurs occasionnelles à la nuque et au bras droit (syndrome cervico-brachial) ainsi que des lombagos (elle dit avoir ressenti pour la première fois une douleur lombo-sacrée en soulevant une caisse de bouteilles dans le cadre de son travail de sommelière), douleurs qui se sont intensifiées au début des années 2000 et qui s'expliquaient par la découverte d'une hernie discale et de discopathies sévères, en partie documentées par une IRM cervicale réalisée en 2002. Cette symptomatologie douloureuse s'est progressivement généralisée (le médecin généraliste traitant parlait déjà à cette époque d'une fibromyalgie) dans le cadre d'une symptomatologie dépressive que l'assurée a développée en parallèle, dans un contexte de graves difficultés conjugales et financières, et qui l'a conduite à suivre dès avril 2003 un traitement régulier, avec médication antidépressive, auprès d'un psychiatre qui a diagnostiqué chez elle un état dépressif réactionnel à d'importantes difficultés familiales, respectivement un état dépressif majeur moyen avec composante somatique. Pour le reste, l'assurée souffre également de longue date de problèmes intestinaux avec colopathie fonctionnelle (syndrome de l'intestin irritable). Pour ces raisons médicales, elle a été mise au bénéfice d'une incapacité de travail totale à partir du 5 février 2003, ce qui lui a valu d'être licenciée la même année par son employeur et l'a amenée à déposer une demande de prestations AI. Elle n'a plus jamais repris d'activité professionnelle. Une rente entière d'invalidité lui a alors été octroyée par l'OAI à partir du 1er février 2004 (décision du 10 février 2005) sur la base des résultats d'une expertise rhumatologique et psychiatrique réalisée en 2004. Pour rappel, l'expert rhumatologue F. _____ avait posé le diagnostic de troubles statiques et dégénératifs du rachis sur hernies discales C5-C6 et C6-C7 médianes, et celui d'un état douloureux diffus (céphalées – cervico-dorso-lombalgies et douleurs des extrémités) chronique, compatible avec un syndrome de fatigue chronique et/ou une fibromyalgie. Quant à l'expert psychiatre G. _____, il avait retenu un trouble dépressif majeur (évolution dépressive chronique) d'intensité importante, avec la présence conjointe d'un syndrome de fatigue chronique, d'un état douloureux diffus, respectivement de symptômes de type fibromyalgie. Il attribuait à ce trouble dépressif une composante réactionnelle probable due à un contexte conjugal et socio-économique pesant, ainsi qu'une composante par épuisement psychogène probable due à la présence du syndrome douloureux chronique. Conjointement, les deux experts

précités avaient conclu à une incapacité de travail totale de l'assurée tant dans sa dernière activité de femme de ménage que dans toute autre activité professionnelle (avec toutefois une capacité résiduelle, estimée à environ 25%, de faire son propre ménage). Leurs conclusions, que l'OAI avait (implicitement) fait siennes, rejoignaient pour l'essentiel celles des médecins généraliste et psychiatre traitants.

Tribunal cantonal TC Page 21 de 27

E. 9.2

Postérieurement à la décision d'octroi de rente entière du 10 février 2005, les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail émanant des médecins traitants n'ont pour ainsi dire pas évolué. Ils sont pour l'essentiel restés superposables à ceux qui prévalaient à l'époque où dite décision avait été prononcée, à la réserve d'un nouveau diagnostic, posé par le Dr H. _____, de gonalgies sévères traduisant une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Ces gonalgies sont également documentées dans le rapport d'expertise rhumatologique du Dr J. _____ qui les tient comme seules responsables d'une incapacité de travail de 20% dans une activité de femme de ménage, mais les considère comme non invalidantes dans l'exercice d'une autre activité (mieux) adaptée. La Dre L. _____ en fait également état. Par ailleurs, à instar du Dr H. _____ (et du Dr D. _____ précédemment, et du Dr K. _____ ultérieurement), l'expert J. _____ retient l'existence, sous l'appellation de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, d'un trouble fibromyalgique. Il ne l'estime toutefois à l'origine d'aucune incapacité de travail. La Dre L. _____ en fait également mention. En revanche, à aucun moment, le médecin psychiatre traitant E. _____ ou l'expert psychiatre I. _____ n'ont expressément posé le diagnostic d'un tel trouble. Pour le reste, ce sont surtout les avis respectifs de ces deux derniers spécialistes qui divergent sur l'intensité du trouble dépressif diagnostiqué (majeur et d'intensité moyenne avec forte composante somatique selon le Dr E. _____ ; ou subclinique avec évolution dysthymique selon le Dr I. _____) et sa répercussion sur la capacité de travail de l'assurée (capacité de travail de 0% à 10% selon le Dr E. _____ ; ou de 100% avec une diminution de rendement de 10% selon le Dr I. _____). En définitive, qu'en est-il ?

E. 9.3

La Cour de céans se rallie au contenu et aux conclusions de la dernière expertise réalisée en 2019 et complétée en 2020, laquelle répond aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante.

E. 9.3.1

En effet, elle émane de spécialistes, par ailleurs experts certifiés SIM, qui se sont basés sur un dossier médical complet incluant notamment les rapports des médecins traitants successifs et ceux des experts de 2004. En outre, les Drs I. _____ et J. _____ ont procédé à un examen (clinique) personnel de l'assurée dont ils ont retranscrit les plaintes et l'anamnèse, et ont décrit le contexte médical dans lesquelles elles s'inscrivaient. Ils ont par ailleurs complété leurs investigations médicales en faisant réaliser des examens par imagerie (ultrasonographie des deux épaules et des deux genoux, RX de la colonne cervicale et lombaire ainsi que des deux mains, le 1er mai 2019) et des tests psychométriques (le 10 mai 2019) dont ils ont fait mention des résultats dans leurs rapports respectifs. En outre et surtout, leurs conclusions sont claires et motivées de façon circonstanciée. Enfin, les experts ont répondu de manière convaincante aux arguments d'ordre médical soulevés par l'assurée dans ses objections au projet de décision de refus de

rente.

E. 9.3.2

En ce qui concerne en particulier le volet psychiatrique de l'expertise, le Dr I. _____ s'appuie sur les critères de deux systèmes de classification reconnus, à savoir le DSM et la CIM. Il explique que l'assurée se plaint essentiellement de problèmes physiques, et que son sentiment de fatigabilité, son besoin de repos et sa contrainte à peu d'activités en raison de ses douleurs dominant le tableau clinique. A la lumière des résultats des tests psychométriques, l'expert psychiatre note que le profil qui en ressort de l'assurée suggère avant tout une importante tendance à la

Tribunal cantonal TC Page 22 de 27 dramatisation et à l'amplification des plaintes. Il souligne l'existence de causes extra-médicales, en particulier financières, susceptibles de jouer un rôle dans la revendication d'un statut d'invalidé. Il relève que l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout de l'impotence fonctionnelle qui en découle sont probablement à mettre en lien avec le syndrome fibromyalgique et le contexte psycho-social. De plus, le Dr I. _____ expose en détail les raisons pour lesquelles il ne partage pas l'appréciation du médecin psychiatre traitant s'agissant en particulier de l'évaluation de la capacité de travail. A cet effet, il manifeste son incompréhension face au fait que, selon le Dr E. _____, il n'y aurait eu aucune évolution de la symptomatologie dépressive depuis quinze ans, et ce malgré la disparition, dans l'intervalle, de facteurs de stress aigus. Il relève que le Dr E. _____ se contente de reprendre systématiquement le même diagnostic, peu étayé par des constatations objectives. Il explique que ce dernier se trouve manifestement dans un mandat de traitement dit de sollicitude médicale, dans le cadre duquel le médecin traitant ne fait le plus souvent que suivre la direction des plaintes de sa patiente et ne cherche pas à les éprouver par la recherche de garanties d'objectivité. La Cour fait dès lors siennes les conclusions de l'expert psychiatre, de même que celles de l'expert rhumatologue.

E. 9.3.3

Il sied de préciser ici que, bien que le Dr I. _____ ne pose pas expressément le diagnostic d'une fibromyalgie ou d'un trouble psychosomatique analogue, force est de constater qu'il l'évoque tout de même. A bien le lire, il semble plutôt considérer cette symptomatologie douloureuse comme étant une composante du trouble dépressif subclinique qu'il relate, sans toutefois lui reconnaître un degré de gravité tel qui justifierait d'y consacrer un diagnostic à part entière ou permettrait de lui attribuer un caractère invalidant. Les conclusions de l'expert psychiatre vont ainsi dans le sens de celles de l'expert rhumatologue qui, bien que retenant expressément, lui, un syndrome polyinsurrectionnel douloureux récurrent, l'estime aussi comme étant sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Quoi qu'il en soit, le contenu et les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique sont suffisamment détaillés et motivés, tant au niveau des diagnostics que de leur incidence sur la capacité de travail de l'intéressée, pour permettre à la Cour de céans d'apprécier définitivement, à l'aune des indicateurs (grille d'évaluation normative et structurée) développés dans l'ATF 141 V 281, le caractère, en l'occurrence non incapacitant, de la symptomatologie – tant dépressive que douloureuse – décrite par le Dr I. _____.

E. 9.3.4

Procédant à cette analyse selon les indicateurs développés par la jurisprudence susmentionnée, la Cour relève en particulier, sur la base d'une vision d'ensemble de la

situation, que l'expert psychiatre observe chez l'assurée une tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes; il note que les symptômes, respectivement les pertes de fonctionnalité, dont elle se plaint, sont peu cohérents et plausibles. Ceci rejoint en quelque sorte le constat de l'expert rhumatologue, selon lequel "le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout de l'impotence fonctionnelle qui en découle (...)". En outre, s'agissant de la personnalité de l'assurée, le Dr I._____ la caractérise de dépendante, avec des éléments masochiques, mais n'estime pas qu'elle influe sur la capacité de travail. Par ailleurs, en ce qui concerne les ressources personnelles et le contexte social, l'expert fait état de ressources familiales et sociales dorénavant bonnes, tout en relevant l'existence de causes extra-médicales jouant un rôle dans la revendication d'un statut d'invalidé. On peut dès lors en déduire que l'assurée dispose désormais de suffisamment de ressources mobilisables. Enfin, en ce qui concerne le Tribunal cantonal TC Page 23 de 27 traitement médical, force est de constater que cette dernière est suivie régulièrement, depuis bientôt une vingtaine d'années, par un médecin psychiatre qui lui prescrit un antidépresseur (l'expert confirme à cet effet qu'elle bénéficie d'une prise en charge dans les règles de l'art) et qu'elle consulte un spécialiste en traitement interventionnel de la douleur, le Dr M._____. Vu la rémission de son trouble dépressif, l'on peut conclure que son suivi médical lui a été bénéfique, du moins en partie. Ceci conduit la Cour de céans à confirmer l'appréciation de l'expert I._____, selon laquelle l'assurée dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail sur le plan strictement psychiatrique.

E. 9.4

Cela étant, les rapports médicaux postérieurs à l'expertise, établis selon toute vraisemblance pour les besoins de la procédure (d'objections, respectivement de recours), ne sauraient remettre en cause, sur les points litigieux importants, les conclusions des experts I._____ et J._____.

E. 9.4.1

En effet, le Dr K._____, dans son rapport du 31 décembre 2019, respectivement du 20 janvier 2020, ne fait qu'énumérer une liste de diagnostics dont les principaux ont déjà été discutés par les experts, respectivement qu'attester une incapacité de travail totale de l'assurée, sans autre motivation. Pour sa part, le Dr E._____, dans son rapport du 12 février 2020, explique les raisons l'ayant conduit à diminuer la dose de l'antidépresseur prescrit à sa patiente. Evoquant notamment les problèmes intestinaux de cette dernière, il se demande si les affections somatiques dont elle souffre ne sont pas en rapport étroit avec les moments de souffrances qu'elle vit, et reconnaît que les symptômes sont difficiles à faire correspondre à une grille diagnostique classique. Il fait remarquer qu'il n'y a jamais eu de rémission complète des symptômes dépressifs ou des symptômes douloureux de sa patiente pour qui il entrevoit toutefois la reprise d'un meilleur équilibre de vie après une longue période de difficultés conjugales, financières et de santé. Or, dans la mesure où médecin psychiatre traitant semble observer une amélioration, bien que légère et progressive, de la symptomatologie dépressive et douloureuse, dans laquelle il semble voir une composante psychosomatique en relation avec le contexte de vie de sa patiente, on peine à saisir pourquoi il continue d'attester, sans davantage de motivation, une incapacité de travail totale, comme si la situation était restée figée depuis une vingtaine d'années, ce qui, à la lumière du dossier, n'est manifestement pas le cas. Quant à la Dre L._____, dans son

rapport du 15 février 2020, elle se rallie aux diagnostics posés par le Dr J. _____ mais les tient pour responsables d'une incapacité de travail totale de sa patiente, et non pas uniquement de 20% comme retenu par l'expert rhumatologue. Le rapport de la Dre L. _____ est toutefois succinctement motivé. En particulier, cette dernière n'explique pas en quoi son appréciation, différente, de la capacité de travail, reposant sur des diagnostics pourtant identiques, devrait l'emporter sur celle de l'expert. Enfin, le Dr M. _____, dans son rapport du 17 juillet 2020, ne fait que relater en grande partie les plaintes de l'assurée, ce qui l'amène à décrire un tableau très évocateur d'une fibromyalgie. Il explique ne pas avoir de recul suffisant pour évaluer une aggravation de la situation par rapport aux années précédentes. Surtout, il reconnaît n'avoir ni la possibilité ni la compétence d'évaluer de manière objective la capacité de travail de sa patiente dont il ne peut se baser que sur les dires. Ce rapport n'apporte dès lors rien d'utile à l'instruction du dossier médical.

Tribunal cantonal TC Page 24 de 27

E. 9.4.2

Force est dès lors de constater que les avis des Drs K. _____, E. _____, L. _____ et M. _____ n'apportent aucun élément nouveau qui serait susceptible de faire naître un doute sur le bien-fondé de l'appréciation des experts. Ils ne sauraient emporter la conviction de la Cour. 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 ou plusieurs médecins traitants ont 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, comme semble l'expliquer le Dr I. _____ lorsqu'il parle de sollicitude médicale.

E. 9.5

Ainsi, sur la base des résultats de la dernière expertise bidisciplinaire de 2019 à laquelle elle reconnaît une pleine valeur probante et qu'aucun élément pertinent ne permet de remettre en cause, la Cour retient que, dans l'intervalle qui sépare la décision du 10 février 2005 et celle du 25 juin 2020, la situation médicale de l'assurée s'est globalement améliorée, et ce malgré l'apparition d'une nouvelle atteinte sous forme de gonalgies. En particulier, le trouble dépressif, qualifié de majeur par l'expert G. _____ en 2004, a connu une rémission le reléguant au rang de trouble dépressif subclinique – sans répercussion sur la capacité de travail – par l'expert I. _____ en 2019. Cette évolution favorable semble être allée de pair avec l'atténuation, voire la disparition, de plusieurs facteurs perturbants (notamment de graves difficultés conjugales et financières) ressortant de l'anamnèse et qui influaient à l'époque considérablement sur l'état de santé de l'assurée. Quant à la symptomatologie douloureuse, elle ne constitue pas (ou plus), non seulement à la lumière des conclusions des derniers experts, mais aussi à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence et sur la base d'une vision d'ensemble de la situation, une atteinte 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, selon le degré de la vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales, le caractère invalidant de celles-ci. Il s'ensuit

que l'argument de la recourante, selon lequel son état de santé n'aurait pas changé mais aurait été nouvellement apprécié d'une manière différente, est infondé.

E. 9.6

En définitive, la Cour retient que, d'un point de vue bidisciplinaire, l'assurée dispose désormais d'une capacité de travail de 80%, avec une diminution de rendement de 10%, dans sa dernière activité de femme de ménage, et d'une capacité de travail de 100%, avec une diminution de rendement de 10%, dans une activité (mieux) adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette amélioration de la capacité de travail semble également pouvoir s'expliquer, du moins en partie, par l'accoutumance ou l'adaptation de l'assurée à sa symptomatologie douloureuse. Ceci se traduit, d'après la comparaison des revenus opérée par l'OAI, dans sa décision du 25 juin 2020, selon la méthode mixte (80/20), à juste titre non contestée (l'assurée, au bénéfice de l'aide sociale, ne pouvant subvenir à ses besoins sans la reprise d'une activité professionnelle), par un taux d'invalidité de 22% largement insuffisant pour lui permettre de maintenir le droit à la rente.

Tribunal cantonal TC Page 25 de 27 On notera ici que, avant de rendre sa précédente décision du 10 février 2005, l'OAI avait effectué une enquête économique sur le ménage (cf. dossier AI, pièce 48). Cela étant, lors de la dernière révision du droit à la rente, ledit Office a expliqué qu'une nouvelle enquête ménagère n'était pas nécessaire pour un 20%. Il a en effet considéré que l'assurée était, selon ses propres déclarations aux experts, en mesure d'effectuer une grande partie de son ménage (avec l'aide de son fils), de sorte que ses empêchements étaient minimes (cf. prise de position du service externe du 2 décembre 2019 in dossier AI, pièce 147). Ceci converge avec l'évaluation, faite par l'expert I. _____, de la capacité de l'assurée à accomplir ses tâches ménagères: "ne disposant pas de femme de ménage, il est probable qu'elle assume toutes ses tâches domestiques". C'est donc à bon droit que l'OAI a considéré que l'assurée ne remplissait plus les conditions du droit à la rente à partir du 1er août 2020, sans qu'il eût été nécessaire qu'il réalisât préalablement une nouvelle enquête économique sur le ménage.

E. 10

L'assurée bénéficiait d'une rente depuis plus de quinze ans lorsque sa suppression a été prononcée par l'OAI, respectivement a pris effet. Elle appartient dès lors à la catégorie des assurés dont on ne peut en principe exiger qu'ils se réadaptent par eux-mêmes et pour lesquels, avant de réduire ou de supprimer une rente, l'administration doit examiner si la capacité de travail recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration (effective) de la capacité de gain, ou s'il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation. Tout d'abord, il n'est nullement établi que l'on se trouverait dans un cas d'exception (maintien d'une activité lucrative malgré le versement de la rente; ou agilité et flexibilité particulières avec bonne intégration dans l'environnement social) qui permettrait de faire fi de cette règle jurisprudentielle. Bien au contraire, il n'apparaît à première vue pas vraisemblable que l'assurée puisse, compte tenu de son éloignement prolongé du marché du travail, reprendre du jour au lendemain une activité lucrative – à 80% dans sa dernière activité de femme de ménage ou à 100% dans une autre activité mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles – sans la mise en œuvre préalable de mesures destinées à l'aider à se réinsérer dans le monde du travail. Cela étant, il ressort du dossier qu'un entretien a eu lieu dans les locaux de

l'OAI, le 7 novembre 2019 (cf. dossier AI, pièces 143 et 146), lors duquel une conseillère en réinsertion professionnelle a informé l'assurée qu'elle avait droit à des mesures d'aide au placement, avec un soutien de l'OAI dans ses recherches d'emploi auprès d'un employeur ou la mise sur pied d'un stage au sein d'une entreprise ou du Centre d'Intégration Socioprofessionnelle (unité de réadaptation professionnelle Crescendo) ; l'assurée a toutefois refusé ce soutien, indiquant continuer d'être en incapacité de travail pour cause de maladie (cf. dossier AI, pièce 145). Par conséquent, on peut comprendre que l'OAI a alors clos le dossier, et ce d'autant plus que l'expertise de 2019 constate chez l'assurée un manque de motivation, une absence de potentiel de réadaptation professionnelle ainsi qu'une auto-prédiction de l'échec face à toute reprise d'activité. L'assurée ne peut ainsi reprocher aujourd'hui à l'OAI, dans son recours, de ne pas avoir mis en œuvre des mesures de réadaptation auxquelles elle s'est elle-même opposée.

Tribunal cantonal TC Page 26 de 27 Suite à cette tentative infructueuse de réinsérer l'assurée sur le marché du travail, l'OAI était dès lors en droit de mettre fin au droit à la rente dont les conditions n'étaient plus remplies. Ceci n'empêchera pas l'assurée de s'adresser ultérieurement à l'OAI en vue d'obtenir un soutien plus ciblé, sous la forme de mesures d'observation ou de réadaptation professionnelles, mesures qui semblent en l'état être vouées à l'échec en raison de sa conviction d'avoir droit au maintien de sa rente.

E. 11

Compte tenu de ce qui précède, le recours du 27 juillet 2020 doit être rejeté et la décision du 25 juin 2020 confirmée. La cause étant suffisamment instruite sur le plan médical, la requête d'expertise formulée par l'assurée à l'appui de son recours doit être rejetée. La procédure étant onéreuse 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 seront compensés par l'avance de frais, du même montant, versée. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Il n'est pas non plus alloué de dépens à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6, 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée). (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 27 de 27 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais, du même montant, versée par celle-ci. III. Il n'est alloué aucune indemnité de partie. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 2 juin 2021/avi Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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