

# FR\_GERICHTE 605 2020 45 vom 21. Juni 2021

FR Kantonsgericht, 2021-06-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2020\\_45](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_45)

FR: FR\_GERICHTE 605 2020 45 du 21 juin 2021

IT: FR\_GERICHTE 605 2020 45 del 21 giugno 2021

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 25

septembre 2014. A partir du 1er février 2015, elle a tenté de reprendre son activité à 50%, puis, dès le 1er mars 2015, à 70%. Depuis le 11 mai 2015, en raison d'une nouvelle aggravation de ses cervico-brachialgies et dorsalgies, ainsi que d'un syndrome douloureux, son médecin traitant a attesté à nouveau une incapacité complète de travailler. Son contrat de travail à C. \_\_\_\_\_ a été résilié pour fin novembre 2015. B. Le 26 janvier 2015, l'assurée a déposé une première demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison d'atteintes à la colonne cervicale et lombaire avec discopathie, d'une hernie discale et d'une dépression. Sur recommandation de son Service médical régional (SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Les deux experts, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, et la Dre G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont estimé, dans leur évaluation consensuelle, que l'assurée était capable de travailler normalement dans son activité d'aide-soignante. Le 9 septembre 2016, l'assurée a pris position sur les conclusions du Dr F. \_\_\_\_\_ et de la Dre G. \_\_\_\_\_. Elle a relevé que leurs rapports médicaux ne remplissaient pas les exigences posées par le Tribunal fédéral en matière d'instruction médicale relative à des atteintes psychosomatiques. Elle a par conséquent sollicité la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire. Le 3 novembre 2016, l'assurée a épuisé son droit aux indemnités journalières perte de gain en cas de maladie. Par projet de décision du 7 février 2017, l'OAI a annoncé qu'il avait l'intention de rejeter la demande de prestations AI du 29 janvier 2015. Le 15 mars 2017, l'assurée a déposé ses objections à l'encontre du projet de décision du 7 février 2017. Elle a fait remarquer notamment que son activité habituelle d'aide-soignante dans une institution pour personnes âgées était incompatible avec les troubles dorso-cervico-lombaires diagnostiqués par la Dre G. \_\_\_\_\_. Le 22 mars 2017, son médecin généraliste traitant a attesté que l'état de santé de l'assurée était incompatible avec un travail d'aide-soignante.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 20 Le 6 juin 2018, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie). Cette expertise a été confiée à H. \_\_\_\_\_. Le 22 mai 2019, H. \_\_\_\_\_ a adressé son rapport d'expertise pluridisciplinaire à l'OAI. Celui-ci fait état des diagnostics de fibromyalgie, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire et de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). Les experts ont toutefois conclu que l'assurée était en mesure de continuer à exercer à 70% son activité habituelle d'aide-soignante et à 100% une activité adaptée. Par

projet de décision du 2 septembre 2019, l'OAI a annoncé son intention d'accorder à la recourante une rente d'invalidité entière pour une durée limitée du 1er mai 2016 au 31 juillet 2019, aucune rente n'étant ensuite allouée dès le 1er août 2019 au motif que sa capacité de gain s'était améliorée à partir du 9 avril 2019. Le 31 octobre 2019, l'assurée a adressé ses objections à l'OAI. Elle a fait principalement remarquer que du moment que le rapport d'expertise de H. \_\_\_\_\_ ne faisait pas état d'une quelconque amélioration de son état de santé à partir du printemps 2019, il n'existait aucune raison de supprimer à partir de ce moment la rente d'invalidité entière accordée dès le 1er mai 2016. Le 8 janvier 2020, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision niant désormais toute incapacité de travail durable dans une activité adaptée, cela dès le dépôt de la demande. Le degré d'invalidité a été fixé à 30,19%, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le 3 février 2020, l'assurée a fait remarquer à l'OAI qu'il était pour le moins surprenant qu'à quatre mois d'intervalle, deux projets de décision contradictoires aient été rendus. Elle a relevé également que l'expertise psychiatrique réalisée au sein de H. \_\_\_\_\_ par le Dr I. \_\_\_\_\_ ne respectait pas les exigences auxquelles le Tribunal fédéral soumet la valeur probante d'une expertise psychiatrique en cas de troubles somatoformes douloureux. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps dès le 1er mai 2016. C. Par décision du 18 février 2020, l'OAI a fixé à 30,19% le degré d'invalidité. Pour parvenir à ce résultat, il a notamment retenu que l'assurée était capable d'exercer une activité professionnelle adaptée à plein temps et sans diminution de rendement. L'OAI a précisé que le changement de position de leur office est intervenu suite aux objections de l'assurée à l'encontre de leur premier projet de décision et après avoir réabordé les experts pour obtenir quelques précisions quant à leurs dires dans les rapports d'expertise. D. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Guerry, avocat, interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 12 mars 2020. Elle fait valoir que, d'une part, la décision attaquée repose sur une expertise médicale évaluant incorrectement sa capacité de travail et que, d'autre part, l'OAI n'a pas pris en compte ses limitations fonctionnelles, son âge et son manque de polyvalence lors de l'évaluation du revenu d'invalidité. Elle conclut, principalement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision et, subsidiairement, à l'octroi d'un quart de rente dès le 1er septembre 2015. Une avance de frais de CHF 800.- a été versée le 23 avril 2020.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 20 L'OAI a renoncé à déposer des observations. Dans une correspondance du 1er mai 2020, il conclut au rejet du recours et renvoie l'Instance de céans aux pièces du dossier ainsi qu'à la motivation de sa décision. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, la recourante étant en outre directement atteinte par la décision sur opposition querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.1. Est réputée incapacité de gain 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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). 2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2<sup>ème</sup> phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). 2.3. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique – y compris de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie – suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V

Tribunal cantonal TC Page 5 de 20 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), 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 résulte d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurés 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 devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Par contre, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et

de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents sur le plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). 2.4. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant

Tribunal cantonal TC Page 6 de 20 l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). De jurisprudence constante, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C\_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter

économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire

Tribunal cantonal TC Page 7 de 20 impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références). 3. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de 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. 4. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982 p. 36). 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. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner

une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans des cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 20 5. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'assurée présente une invalidité et, cas échéant, quel est le taux de celle-ci, ce qui découle d'une appréciation médicale de sa situation.

5.1. Parcours professionnel et atteinte invoquée  
La recourante, née en 1960, aide-soignante de formation, a travaillé pour plusieurs employeurs, principalement en tant qu'aide-soignante. Au moment où elle a déposé sa demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, soit le 26 janvier 2015, elle travaillait en qualité d'aide-soignante auprès de C.\_\_\_\_\_, à D.\_\_\_\_\_. En 2005, elle a bénéficié d'une infiltration pour une périarthrite scapulo-humérale gauche. Depuis 2007, elle souffre de douleurs lombaires et cervicales irradiant dans les membres supérieurs et inférieurs (troubles dégénératifs du rachis lombaire avec notamment de l'arthrose inter-apophysaire postérieure et des discopathies avec une hernie discale latéralisée à gauche en L5-S1). En 2012, en raison de ses problèmes de santé, elle a diminué son taux d'activité de 100% à 70%. Pour la recourante, la situation se serait nettement dégradée en 2014, sans raison ou facteur déclenchant particulier. A l'appui de sa demande de rente, elle indique souffrir d'atteintes à la colonne cervicale, lombaire avec discopathie, hernie discale et dépression.

5.2. Eléments médicaux  
Une expertise bi-disciplinaire (médecine interne et rhumatologie) a été mise en œuvre auprès de J.\_\_\_\_\_ par K.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain de l'assurée. Dans cette expertise du 20 février 2015, la Dre L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, pose les diagnostics de spondylarthrose cervico-lombaire associée à une hyper-réflexie, sans syndrome déficitaire neurologique et une allodynie diffuse étendue. Ce médecin relève que l'activité d'aide-soignante de l'expertisée présente quelques contre-indications: elle ne devrait pas soulever seule des patients, porter des charges en posture de porte-à-faux du rachis, tirer, pousser des chaises roulantes de patients lourds. Cependant, l'expertisée dit qu'elle aime son travail, est attachée à ses patients et ne verrait pas ce qu'elle ferait d'autre. La Dre L.\_\_\_\_\_ ne pense pas qu'une activité plus adaptée donnerait lieu à une meilleure capacité de travail. Elle précise que le pronostic n'est pas favorable en raison de multiples facteurs environnementaux qui ont sans doute interféré et qui interfèrent encore (en 2007 elle a perdu sa sœur de 39 ans d'une rupture d'anévrisme et a accompagné sa meilleure amie en fin de vie, laquelle était atteinte d'un cancer, elle élève seule son fils sans aucune aide du père, ce fils a développé une toxicomanie sévère avec dépendance à l'héroïne, il est sans formation et vit avec elle, au travail, elle a eu des problèmes avec une jeune cheffe qui lui tenait des propos désobligeants, elle ne peut pas s'offrir des vacances pour des raisons économiques, elle n'a guère de loisirs, elle a toutefois un réseau d'amis qu'elle rencontre souvent, son enfance a été marquée par des violences paternelles et des abus de la part d'un ami de son père). Selon la Dre L.\_\_\_\_\_, sur le plan somatique, toute activité permettant des changements de position, semi-sédentaire, sans charges supérieures à 10 kg est exigible. Elle atteste la présence de signes de non-organicité, soit des symptômes et des signes de Waddell,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 20 avec la présence de signes d'amplification selon Matheson. Elle précise que l'allodynie diffuse répond aux anciens critères de la fibromyalgie de 1990 mais ne répond que partiellement aux critères plus récents de 2010. Elle précise encore que la collaboration de l'expertise est excellente: l'assurée coopère du mieux qu'elle le peut. Son psychiatre traitant, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, qu'elle consulte depuis qu'elle a rencontré des problèmes de "mobbing" au travail, émet, dans son rapport médical du 25 avril 2015, le diagnostic de trouble de l'adaptation et un état anxio-dépressif en rémission. Il précise qu'elle a pu reprendre son activité professionnelle. Lors du premier entretien du 29 avril 2015 à l'OAI qui s'est déroulé dans le cadre de l'intervention précoce, l'assurée a mentionné qu'en raison de ses problèmes de santé, elle avait été contrainte en 2012 de diminuer son taux d'activité professionnelle de 100% à 70% mais que, si elle avait été en meilleure santé, elle aurait continué à travailler à 100% pour avoir une meilleure qualité de vie du point de vue financier. Elle a précisé avoir déposé sa demande de rente d'invalidité sur conseil de ses médecins et souhaiterait diminuer son taux de travail à 50% et obtenir une compensation financière de l'AI. Depuis le 11 mai 2015, l'assurée est à nouveau totalement incapable de travailler, selon le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, en raison de l'aggravation de ses douleurs. Dans son rapport médical du 19 juin 2015 à K. \_\_\_\_\_, le Dr E. \_\_\_\_\_ indique que les efforts requis par sa patiente comme aide-soignante sont trop lourds pour elle en raison de ses difficultés ostéo-articulaires. Cependant, même s'il estime difficile de se prononcer, il pense qu'elle devrait être apte à exercer un travail léger avec changements fréquents de position, sans mouvement répétitif ni port de charges. Sa rhumatologue traitante, la Dre N. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, écrit le 24 juin 2015 au Dr E. \_\_\_\_\_ afin de lui confirmer le diagnostic de fibromyalgie. Interrogé, le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional (SMR), recommande le 23 novembre 2015, la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, avec conclusions consensuelles des deux experts (p. 216 du dossier). Dans son rapport d'expertise rhumatologique du 22 juin 2016, la Dre G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, pose le diagnostic de cervico-dorso-lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs ayant une incidence sur la capacité de travail. S'agissant des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, elle cite la fibromyalgie, une arthrose débutante des doigts des deux côtés et un syndrome discret du tunnel carpien gauche. Au niveau de la cohérence, elle note une discordance entre l'intensité des plaintes exprimées et la paucité des constatations cliniques, voire radiologiques. Dans la discussion, l'expert explique que l'expertisée souffre de longue date de cervico-dorso-lombalgies auxquelles sont associées des arthralgies migrantes et des myalgies diffuses, une fatigue chronique, un sommeil ressenti comme non réparateur. Elle présente également des troubles fonctionnels type palpitations, essoufflements, ballonnements abdominaux, douleurs abdominales, alternance de constipation et de diarrhées, céphalées, vertiges. La Dre G. \_\_\_\_\_ rappelle que l'expertisée a été exhaustivement investiguée sur le plan rhumatologique par la Dre N. \_\_\_\_\_, laquelle n'a pas mis en évidence de maladie rhumatismale inflammatoire/immunologique. La rhumatologue traitante a en effet retenu un problème cervico-radicaire et lombo-radicaire dans le cadre de troubles dégénératifs et a

Tribunal cantonal TC Page 10 de 20 évoqué un syndrome douloureux (fibromyalgie). Quant à la Dre L. \_\_\_\_\_, experte précédemment mandatée par K. \_\_\_\_\_, assureur perte de gain de l'expertisée, elle a également retenu, outre des cervico-dorso-lombalgies dans le cadre de troubles dégénératifs, un syndrome douloureux et a estimé la capacité de travail de

l'assurée à 50% sur 100% dans son ancienne activité professionnelle exercée comme aide-soignante considérant qu'elle ne peut plus travailler à plein temps dans cette activité en raison de l'arrêt de travail total depuis mai 2011, sans doute pour des raisons mixtes, somatiques et psychiques. La Dre G. \_\_\_\_\_ considère elle que l'expertisée est capable de travailler normalement (8h par jour sans diminution de rendement) dans l'activité exercée jusqu'ici (aide-soignante). Elle se réfère pour cela au rapport "Questionnaire à l'employeur" du 14 avril 2015 dans lequel l'employeur indique qu'il s'agit d'un travail comportant des activités d'accompagnement, socio-hôtelières, un peu administrative, qu'il y a rarement des ports de charges et que ce travail permet des changements de positions, en somme, un travail sans trop de sollicitations physiques, selon l'employeur. La Dre G. \_\_\_\_\_ explique sa divergence de vue avec la Dre L. \_\_\_\_\_ au sujet de l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée par le fait que la Dre L. \_\_\_\_\_ a également retenu des motifs extra- rhumatologiques pour juger de la capacité résiduelle de travail. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 28 juin 2016, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, ne pose aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. S'agissant des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, il pose le diagnostic de trouble mixte anxieux et dépressif secondaire à la douleur (F41.2). Au sujet de l'interaction des diagnostics, il indique: "Au cours de l'entretien et du point de vue anamnestique, je n'ai pas pu objectiver des signes ou des symptômes parlant en faveur d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité; cette assurée présente une tristesse et une anxiété plutôt légères, réactionnelles à la douleur, qui ne provoquent pas de limitations fonctionnelles justifiant l'incapacité de travail." Il précise que l'assurée n'est plus suivie par un psychiatre ou un psychologue. Elle dit prendre de la Paroxétine (antidépresseur) depuis trois ans pour les douleurs ainsi que du Lexotanil. Ce psychiatre dit qu'il n'a pas d'option thérapeutique à proposer et que, si des mesures de réadaptation devaient être exigibles, elles seraient plutôt d'ordre somatique, du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de contre-indication. Il conclut son expertise en affirmant, s'agissant de la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici: "En l'absence d'atteinte à la santé du point de vue psychiatrique, cette assurée a toujours été capable de travailler à 100% ". Dans leur consensus psychiatrie-rhumatologie du 11 août 2016, les experts F. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ estiment que l'assurée est apte à exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé à un taux horaire complet sans perte de rendement. Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de trouble psychique avec influence sur la capacité de travail. Un trouble mixte anxieux et dépressif secondaire à la douleur (F41.2) sans influence sur la capacité de travail a été retenu par l'expert psychiatre. L'assurée présente cependant les ressources personnelles propres à gérer/surmonter ses douleurs engendrées par son affection rachidienne et sa fibromyalgie. Dans un rapport du 22 mai 2017 au mandataire de l'assurée, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, indique avoir suivi l'assurée à deux reprises (du 25 août 2014 au 14 septembre 2015 et depuis le 3 avril 2017 et encore en cours). Le premier suivi a été motivé par un épuisement psychique réactionnel à une surcharge professionnelle (mobbing) et le poids des soucis entraînés par son fils toxicomane, le tout dans un contexte de plaintes d'ordre rhumatologique où la patiente évoquait un diagnostic de fibromyalgie. Le second suivi a été motivé par une dégradation de sa situation psychosociale dans un contexte de douleurs chroniques. Son état mental est péjoré avec

Tribunal cantonal TC Page 11 de 20 une humeur abaissée et un syndrome anxio-dépressif moyen est notable, pour lequel un traitement médicamenteux est prescrit. Il précise que sa patiente a toujours été dépressive et anxieuse (deux anciennes tentatives de suicide, suivis

psychiatriques avec la Dre P. \_\_\_\_\_, le Dr Q. \_\_\_\_\_ et au centre psychosocial). Le Dr M. \_\_\_\_\_ estime qu'une activité professionnelle est actuellement difficile à envisager compte tenu des limitations sur le plan de la santé. Dans son rapport médical du 28 octobre 2017 au Dr E. \_\_\_\_\_, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin-chef du service de rhumatologie du HFR, lequel a vu l'assurée à sa consultation ambulatoire en rhumatologie, conclut son examen en ces termes: "A. \_\_\_\_\_ présente des troubles dégénératifs évidents avec une atteinte à la colonne lombaire et cervicale, pathologie potentiellement associée à un rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie liée au psoriasis, mais sans arguments cliniques, biologiques ou radiologiques solides pour retenir définitivement ce diagnostic et surtout miser notre approche thérapeutique sur ce dernier. Elle présente un syndrome douloureux chronique secondaire surajouté important qui domine le tableau et qui détermine les capacités fonctionnelles résiduelles. Du point de vue thérapeutique, nous proposons que cette patiente soit suivie dans une unité d'antalgie avec prise en charge multidisciplinaire. Un renforcement de l'antalgie actuelle et de la physiothérapie à but antalgique et fonctionnel est préconisé". Dans son rapport médical du 27 novembre 2017 au mandataire de l'assuré, le Dr R. \_\_\_\_\_ indique que suite "à la lumière de notre évaluation clinique et des plaintes subjectives rapportées par A. \_\_\_\_\_, nous estimons que A. \_\_\_\_\_ a une incapacité de travail dans son activité habituelle d'aide-soignante en raison d'une atteinte ostéo-articulaire douloureuse mixte. Les limitations sont nombreuses, avant tout déterminées par l'atteinte dégénérative. Elle doit éviter dans la mesure du possible de porter des charges de plus de 3 kg, des mouvements répétitifs des membres supérieurs, des mouvements des deux mains au-dessus des épaules, les positions statiques prolongées et la flexion antérieure du tronc, limitations certainement incompatibles avec une activité d'aide-soignante". L'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire à H. \_\_\_\_\_ (cf. p. 467 du dossier). L'expertisée a été vue par un spécialiste en médecine interne (Dr S. \_\_\_\_\_), un spécialiste en rhumatologie (Dr T. \_\_\_\_\_), un spécialiste en psychiatrie (Dr I. \_\_\_\_\_) et il s'est finalement avéré qu'elle doit également être examinée par un spécialiste en neurologie (Dr U. \_\_\_\_\_). Ces quatre experts ont rédigé une évaluation consensuelle. Il ressort de cette évaluation consensuelle que l'expertisée décrit des douleurs s'étendant à tout le corps, à la fois musculaires et articulaires, et pouvant prendre parfois l'aspect d'une irradiation radiculaire/pseudo-radiculaire. Ultérieurement, les troubles algiques vont se compliquer d'une impression de manque de force et de sensibilité des 4 extrémités, à prédominance gauche, avec en outre des céphalées, des sensations vertigineuses, une fatigue et une fatigabilité. Les investigations radiologiques confirment les troubles dégénératifs du rachis lombaire ainsi que la présence d'une cervicarthrose sous forme notamment d'uncodiscarthrose en C5-C6. Il est également constaté une arthrose de l'articulation sacro-iliaque gauche. Il y a donc une arthrose du rachis présente depuis plusieurs années. Une fibromyalgie est également diagnostiquée dès 2014 par la Dre N. \_\_\_\_\_, diagnostic confirmée par la Dre G. \_\_\_\_\_ en 2016. L'expertisée a aussi été examinée par la Dre V. \_\_\_\_\_, neurologue, laquelle a effectué de nombreux examens qui n'ont pas permis de classer les troubles neurologiques, hormis la découverte d'un discret Tribunal cantonal TC Page 12 de 20 syndrome du tunnel carpien à gauche. L'expertisée présente également un psoriasis cutané depuis 2008 environ. Lors de l'expertise, l'expertisée décrit une dégradation progressive au cours du temps de sa situation médicale. Elle se plaint avant tout de douleurs plus intenses, diffuses, à la fois de myalgies et des arthralgies. La mobilité est relativement conservée, mais elle a des difficultés à bouger en raison des douleurs et de la fatigue. Elle ne décrit pas de signe inflammatoire des articulations

périphériques ou de douleurs de type inflammatoire du rachis avec par exemple une raideur avec un phénomène de dérouillage matinal, qui pourrait évoquer une arthropathie inflammatoire. Il n'y a pas non plus de description objective d'une telle atteinte. Il n'y a aucun élément biologique versé au dossier en faveur de cette hypothèse. Enfin, les différentes IRM décrivent des troubles arthrosiques mais pas d'image en faveur d'une arthropathie inflammatoire de sorte que les experts écartent l'hypothèse de la spondylarthropathie inflammatoire liée au psoriasis. Lors de l'expertise, il n'est pas retrouvé de limitation fonctionnelle significative. Il y a une certaine diminution de la mobilité du rachis, en rapport avec les douleurs. La marche spontanée et les différentes approches de marche sont effectuées de façon prudente, avec des lâchages concernant la station sur la pointe des pieds et sur les talons des deux côtés, plus nets à gauche. Pour le reste, l'examen clinique met en évidence un ralentissement des mouvements rapides et alternés au niveau des membres supérieurs et inférieurs, des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire, des réflexes tendineux et cutanés et des capacités de déambulation bien que la marche spontanée se fasse un peu lentement. Le caractère des plaintes, l'atypie des constatations cliniques et le résultat des examens radiologiques pratiqués préalablement permettent de conclure à l'absence d'atteinte neurologique périphérique ou centrale expliquant les plaintes formulées par l'expertisée. Le tableau paraît correspondre à un syndrome douloureux généralisé, sans substrat neurologique, surchargé de troubles sensitivo-moteurs, également sans substrat neurologique. Les experts retrouvent par contre de nombreux points algiques à la palpation typiques d'une fibromyalgie. Ils confirment ainsi ce diagnostic. Les documents radiologiques montrent des troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire et permettent de confirmer l'arthrose du rachis, mais sans évidence de conflit disco-radicaire et médullaire. En raison des troubles dégénératifs du rachis, les activités physiquement lourdes, sollicitant fortement le dos, sont contre-indiquées. Par contre, dans une activité physique adaptée, il n'y a pas de pathologie qui justifie une incapacité de travail durable. Aux dires de l'assurée, ses douleurs et ses troubles sensitivo-moteurs sont cause d'une incapacité complète dans toute activité potentiellement exigible et la limitent très significativement dans son activité de femme au foyer, l'obligeant à recourir à la bonne volonté de sa famille. Les experts notent que cela est souvent retrouvé dans les tableaux de fibromyalgie avec une auto-limitation et une dépréciation de ses propres capacités. Ils en concluent qu'en raison des troubles dégénératifs du rachis, il faut éviter le port ponctuel de charges de plus de 15 kg, le port répétitif de charges de plus de 10 kg ainsi que les mouvements en flexion, extension ou rotation répétée du tronc ou les positions prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux. Ces limitations sont compatibles avec les exigences physiques de son activité habituelle telles que décrites dans le questionnaire employeur du 16 avril 2015. Concernant la sphère psychique, l'expertisée déclare spontanément: "je suis angoissée, je n'y arrive plus, j'ai peur de tout". L'expert psychiatre le Dr I. \_\_\_\_\_ retient dans l'anamnèse, la notion de relation de maltraitance physique et psychologique perpétrée par le père de l'expertisée de l'âge de 5 à 20 ans, il y a ainsi eu des difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (Z61.7). L'anamnèse retient aussi la notion de viols répétés régulièrement par un ami

Tribunal cantonal TC Page 13 de 20 proche de ses parents de l'âge de 12 ans à 14 ans. Il y a eu agression sexuelle par la force physique (Y05). L'anamnèse retient la notion de dégradation rapide de la vie du couple (1998) et il y a eu des difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0). L'anamnèse retient que l'expertisée a eu durant une année environ des crises anxieuses dans un contexte de séparation (1992). Depuis, il y a eu prescription

discontinue d'antidépresseur et de benzodiazépine et de somnifère et un premier suivi psychiatrique psychothérapeutique, qui sera suivi en 1995-1996 d'un deuxième suivi en raison d'un nouvel épisode de symptomatologie anxieuse, puis d'un troisième suivi en 2014 en raison d'un nouvel épisode de symptomatologie anxieuse et dépressive dans un contexte de stress important (conflit au travail et problématique toxicomane de son fils), nouveau suivi en 2017-2018 en raison de la symptomatologie anxieuse et dépressive et de la symptomatologie douloureuse et finalement suivi chez un nouveau psychiatre depuis début 2019. L'expertise psychiatrique effectuée par le Dr I. \_\_\_\_\_ retient que l'expertisée garde le focus pendant tout l'entretien, qu'elle semble confortable sur sa chaise et qu'il n'y a pas de comportement douloureux observé, qu'elle pleure lorsqu'elle évoque les éléments traumatiques de sa vie, qu'elle n'est pas en retrait, qu'elle n'est pas prostrée, qu'il n'y a pas de maniérisme, que son visage est expressif, que l'intonation de sa voix est bonne, que le débit de la parole ne montre ni logorrhée ni ralentissement, que son humeur est anxieuse (intensité moyenne), qu'elle est déprimée (intensité faible), qu'il n'y a pas de troubles cognitifs, qu'il y a une bonne observance de la médication. Il en conclut que le tableau clinique de cette expertisée est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). Il précise que l'évolution de la symptomatologie qui a un caractère chronique est trop longue pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. D'autre part, la symptomatologie anxieuse est insuffisante et trop atypique pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie et la symptomatologie dépressive est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Il retient par contre un autre diagnostic psychiatrique sous la forme d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). En effet, l'expertisée se décrit comme anxieuse et douloureuse. Il y a un sentiment de détresse, non expliqué par les processus physiologiques ou par un trouble psychique. Il retient de plus que ce trouble n'est pas associé à un trouble psychiatrique sévère. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. Il considère que "l'expertisée a connu des traumatismes, elle a fait preuve de résilience. L'ensemble de ces éléments va dans le sens de la présence de ressources personnelles" (cf. p. 7 de l'évaluation consensuelle). Au sujet de l'évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant être une incidence, le Dr I. \_\_\_\_\_ retient que l'expertisée est attentive aux autres, sérieuse, volontaire, ayant parfois de la difficulté à mettre des limites à autrui. Il y a eu deux abus médicamenteux à 16 et 18 ans, il n'y a pas d'autre notion de comportement auto dommageable. L'expert note que quelques traits de personnalité évitante sont présents: inhibition sociale, peur de ne pas être à la hauteur. Quelques traits de personnalité dépendante sont présents: besoin d'être pris en charge, crainte d'être abandonnée, manque d'affirmation de soi. Il n'y a pas de débordements émotionnels. Elle a une bonne perception de soi et des autres. L'examen clinique retient encore qu'elle est adéquate, collaborante, non démonstrative et un peu majorante. L'expert psychiatre en conclut qu'il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. S'agissant de l'évaluation des ressources et des facteurs de surcharge, les experts retiennent, sur le plan somatique, que comme souvent dans les situations de fibromyalgie et de troubles douloureux sans substrat objectivable, il y a une certaine dépréciation et dévaluation de ses capacités fonctionnelles. Sur le plan psychique, l'expert psychiatre retient que l'expertisée est

Tribunal cantonal TC Page 14 de 20 capable de communiquer, de respecter un cadre et de s'adapter. Elle peut s'organiser. Elle est rationnelle et autonome. Elle est peu endurante, elle a des capacités relationnelles de communication. Elle a de la peine à imaginer qu'elle puisse remobiliser ses compétences dans une activité professionnelle. S'agissant du contrôle de

cohérence, sur le plan somatique, les experts relèvent que les plaintes rapportées par l'expertisée concordent avec les éléments du dossier ainsi qu'avec ceux recueillis lors de l'anamnèse. Il n'y a pas de discordance ou de divergence constatée. Toutefois, il n'y a pas de pathologie somatique expliquant une perte des capacités fonctionnelles comme décrite par l'expertisée. De même, la fatigue est d'origine plutôt subjective et aucune caractéristique objective ne peut être mise en évidence. Sur le plan psychique, il n'y a pas de divergences importantes entre les symptômes décrits et les examens cliniques pratiqués dans le cadre de cette expertise. Il n'y a pas de divergences majeures avec des éléments apportés par le dossier. Toutefois, il n'y a pas de pathologie psychiatrique expliquant une perte des capacités fonctionnelles comme décrite par l'expertisée.

5.3. Discussion sur la capacité de travail

5.3.1. Dans la décision attaquée, l'OAI a retenu que l'activité d'aide-soignante exercée par l'assurée jusqu'à son arrêt de travail n'est plus compatible avec ses problèmes somatiques, à savoir ses cervico-dorso-lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs en ce sens que cette activité ne respectait pas les limitations fonctionnelles retenues par les médecins car elle impliquait des ports de charges et des positions contraignantes répétées pour le dos (notamment quand l'assurée devait effectuer la toilette des résidents). En revanche, l'OAI a considéré que la capacité de travail résiduelle de l'assurée demeurerait entière dans une activité adaptée (sans port de charges ponctuel de plus de 15 kg et sans port répétitif de charges de plus de 10 kg ainsi que les mouvements de flexion, extension ou rotation répétée du tronc ou les positions prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux) telle que celle d'ouvrière dans la production industrielle légère ou les services tel que le montage à l'établi, le contrôle du produit fini, la conduite de machines semi-automatiques ou le conditionnement léger ou comme vendeuse dans une boulangerie et ceci, dès le mois de septembre 2014.

5.3.2. A l'appui de son recours, l'assurée allègue que, alors que les experts constatent l'existence depuis plusieurs années d'une fibromyalgie, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et de troubles anxieux et dépressifs mixtes, ils en nient le caractère invalidant sans raison convaincante. En effet, l'assurée soutient que l'expertise pluridisciplinaire de H. \_\_\_\_\_ n'a révélé aucun facteur psychosocial ou socio-culturel qui serait à l'origine de ses douleurs. En particulier, l'expert psychiatre n'a pas relevé l'existence de facteurs psychosociaux ou socio-culturels impactant négativement la capacité de travail. Les experts n'ont pas davantage constaté de discordance entre les douleurs décrites et les constatations cliniques ou entre les douleurs décrites et les éléments apportés par le dossier médical. Par ailleurs, d'après elle, aucun des experts n'a eu le sentiment qu'elle exagère ses symptômes.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 20

Compte tenu de l'absence d'exagération et de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé ainsi que de l'absence de tout facteur psychosocial ou socio-culturel propre à expliquer la symptomatologie, l'assurée est de l'avis que les experts se devaient d'examiner très minutieusement les autres indicateurs à l'aune desquels doit être évalué le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie. Or, l'assurée estime que l'expertise pluridisciplinaire de H. \_\_\_\_\_ ne repose pas sur un examen suffisamment minutieux des facteurs incapacitants et des ressources de compensation.

5.3.3. Dans son expertise, le Dr I. \_\_\_\_\_, tout comme le Dr F. \_\_\_\_\_ avant lui, pose le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). Ce diagnostic peut être posé lorsque la symptomatologie anxieuse est insuffisante et trop atypique pour retenir un diagnostic spécifique de ce groupe de pathologie et que, de même, la symptomatologie dépressive est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Le Dr I. \_\_\_\_\_ explique que

"ceci correspond aux éléments obtenus lors de l'anamnèse et à l'examen clinique". Ce diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) peut être retenu par l'Instance de céans. Il n'est du reste pas remis en cause par les autres psychiatres que l'assurée a consultés. Ce diagnostic ne constitue pas une comorbidité psychiatrique grave au sens où l'entendait la jurisprudence relative au caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. L'autre atteinte psychiatrique retenue par les experts ainsi que par les médecins traitants avant eux est justement le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Alors que les experts de H. \_\_\_\_\_ nient le caractère invalidant de ce syndrome douloureux somatoforme persistant, respectivement de cette fibromyalgie, l'assurée considère que ces derniers ont systématiquement écarté tous les indicateurs parlant en faveur du caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant et de la fibromyalgie qu'ils ont diagnostiqués et que, de ce fait, leurs conclusions sont dénuées de valeur probante et qu'une nouvelle expertise doit être mise en œuvre. Contrairement à l'avis de l'assurée, l'expertise pluridisciplinaire de H. \_\_\_\_\_ est probante sur le plan formel. En effet, elle remplit globalement les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une valeur probante. En effet, elle a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, tient compte des plaintes exprimées par l'assurée et se fonde sur des examens complets. En outre, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts sont dûment motivées. Elle permet par ailleurs d'analyser la capacité de travail résiduelle de la recourante, en se référant en particulier aux différents indicateurs retenus par la jurisprudence. En ce qui concerne l'indicateur « atteinte à la santé », l'assurée souffre de troubles dégénératifs du rachis lombaire. Sa mobilité est relativement bien conservée, mais elle a des difficultés à bouger en raison des douleurs et de la fatigue. Elle ne décrit pas de signe inflammatoire des articulations périphériques ou de douleurs de type inflammatoire du rachis. De même, les différents IRM décrivent des troubles arthrosiques mais pas d'image en faveur d'une arthropathie inflammatoire. Il n'existe plus de limitation fonctionnelle significative. Le caractère des plaintes, l'atypie des constatations cliniques et le résultat des examens radiologiques permettent par ailleurs de conclure à l'absence d'atteinte neurologique. Le tableau clinique correspond à un syndrome douloureux généralisé, sans substrat neurologique, surchargé de troubles sensitivo-moteurs, Tribunal cantonal TC Page 16 de 20 également sans substrat neurologique. Il y a de nombreux points algiques à la palpation typiques d'une fibromyalgie de telle sorte que ce diagnostic peut être confirmé. Il doit donc être admis avec les experts qu'en raison des troubles dégénératifs du rachis, les activités physiquement lourdes, sollicitant fortement le dos, sont contre-indiquées. Par contre, dans une activité adaptée, il n'y a pas de pathologie qui justifie une incapacité de travail durable. Au sujet de l'avis de la recourante, laquelle estime qu'aucune reprise de travail n'est possible en raison des douleurs généralisées et en raison des troubles neurologiques et de la fatigue, il doit être relativisé. Comme les experts le relèvent, cela est en effet souvent retrouvé dans les tableaux de fibromyalgie avec une auto-limitation et une dépréciation de ses propres capacités. S'agissant de l'indicateur « contexte social », il ressort du dossier que la recourante a deux filles adultes avec lesquelles elle a des contacts, elle vit avec son dernier fils qui parfois l'aide dans les tâches quotidiennes, elle bénéficie aussi de l'aide d'une voisine qui est également une amie avec laquelle elle va faire les commissions et qui lui fait occasionnellement la cuisine quand ses douleurs l'en empêchent. Elle a quelques amis qui viennent la voir chez elle. Elle-même, à cause de l'angoisse et d'une certaine agoraphobie, n'aime plus sortir et voir du monde. Elle joue au scrabble, sinon elle n'a pas d'autre activité sociale particulière. L'après-midi et le

soir, elle peut faire de la lecture, regarder la télévision, des jeux comme le scrabble ou le solitaire pour exercer la mémoire. Elle utilise l'ordinateur et s'occupe elle-même de son administration. Elle a ainsi une vie sociale modeste mais préservée et on doit donc conclure qu'elle possède certaines ressources mobilisables au sens de la jurisprudence. Ses ressources personnelles sont en effet sa capacité d'autonomie dans les activités quotidiennes qui est préservée. Et pour ce qui est de ses ressources externes, elle s'appuie avant tout sur son fils et en partie sur ses filles et quelques amis. Au niveau de l'indicateur « cohérence », les experts relèvent que les plaintes rapportées par l'expertisée concordent avec les éléments du dossier ainsi qu'avec ceux recueillis lors de l'anamnèse. Il n'y a pas de discordance ou de divergence constatée. Toutefois, tant l'expert rhumatologue que l'expert psychiatre constatent qu'il n'y a pas de pathologie rhumatologique, respectivement psychiatrique expliquant une perte des capacités fonctionnelles comme décrites par l'expertisée. Quant au spécialiste en médecine interne, il indique, concernant la fatigue alléguée par l'expertisée, que ce symptôme est purement subjectif et qu'aucune répercussion objective n'est retrouvée le jour de l'examen. Pas de mise en évidence de troubles du sommeil, de dette du sommeil à l'échelle de somnolence d'Epworth, pas de bâillement durant l'expertise. Enfin, l'expert neurologue indique que l'on ne peut pas parler d'incohérence mais plutôt d'absence d'explication neurologique aux plaintes formulées par l'assurée qui, bien que pouvant suggérer une atteinte neurologique, n'ont pas de support neurologique objectivable. Au vu de ce qui précède, les conclusions des experts, qui retiennent que la fibromyalgie, respectivement le trouble somatoforme douloureux et les troubles anxieux et dépressifs mixtes, ne sont pas invalidants, sont dès lors convaincantes. Ainsi, il doit être constaté que, en dépit de ses atteintes à la santé, la recourante conserve une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité légère et qui ne sollicite pas fortement le dos. Du reste, cette capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée n'est pas remise en cause par les autres médecins qui l'ont examinée, comme la Dre L. \_\_\_\_\_, ainsi que par son médecin-traitant, lequel, s'il était opposé à ce que l'on considère son activité d'aide-soignante comme une activité adaptée, était en revanche de l'avis qu'elle devrait être apte à exercer un travail léger avec changements fréquents de position et sans mouvement répétitif ni port de charges.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 20 5.3.4. Il s'agit encore de préciser ici la raison pour laquelle, sur la base de cette même expertise de H. \_\_\_\_\_, l'OAI avait dans un premier projet de décision envisagé de reconnaître à la recourante le droit à une rente temporaire du 1er mai 2016 (fin du délai d'attente d'une année) au 31 juillet 2019, soit trois mois après une amélioration de sa capacité de gain survenue supposément le 9 avril 2019, avant de changer sa position suite aux objections du 31 octobre 2019, en niant désormais tout droit à une rente, même temporaire. Suite aux objections de la recourante, dans laquelle celle-ci se basait sur l'absence d'amélioration de l'état de santé au 9 avril 2019 (lendemain du dernier examen pratiqué dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire) pour revendiquer le maintien du droit à la rente au-delà du 31 juillet 2019, l'OAI a réexaminé le droit à la rente. Il a notamment constaté, après relecture du rapport d'expertise pluridisciplinaire, que l'expert rhumatologue et l'expert neurologue indiquaient en réalité dans leurs conclusions individuelles que la capacité de travail dans une activité adaptée était médicalement exigible dès le mois de septembre 2014, l'expert psychiatre et l'expert interniste ne retenant quant à eux aucune incapacité de travail. Sur cette base, relevant qu'aucune date n'était mentionnée dans les conclusions consensuelles, il a réabordé H. \_\_\_\_\_ et lui a demandé d'indiquer à partir de quelle date les conclusions consensuelles concernant la capacité de travail étaient

médicalement exigibles. Dans la ligne des conclusions individuelles reprises ci-dessus, la direction médicale de H. \_\_\_\_\_ a répondu que la recourante avait une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée exigible depuis septembre 2014. Il résulte de ce qui précède, qu'en retenant dans un premier temps que la recourante n'avait recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée qu'à partir du 9 avril 2019, l'OAI a commis une erreur manifeste dans son projet de décision du 2 septembre 2019. Après avoir procédé à une vérification auprès de H. \_\_\_\_\_, il l'a corrigée dans son nouveau projet de décision du 8 janvier 2020, puis dans sa décision du 18 février 2020. 5.4. A titre subsidiaire, la recourante requiert que le revenu d'invalidé soit fixé en procédant à un abattement sur le salaire statistique, qu'elle revendique à hauteur de 15%. 5.4.1. Le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (arrêt TF I 724/02 du 10 janvier 2003 ; ATF 126 V 75). En effet, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit mais s'étend à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle de l'autorité, dans un cas concret, a été adoptée dans le

Tribunal cantonal TC Page 18 de 20 cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt TF 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 ; 8C\_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4 et 5 ; ATF 137 V 71 consid. 5.2). Par ailleurs, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour la même raison (arrêt TF 8C\_490/2011 précité consid. 4.2). 5.4.2. Dans la décision attaquée du 18 février 2020, l'OAI n'a procédé à aucun abattement sur le salaire statistique. La recourante lui reproche de n'avoir ainsi pas tenu compte de ses limitations fonctionnelles, de son âge et du fait qu'elle a consacré la quasi-totalité de sa carrière professionnelle à la profession d'aide-soignante. Dans l'examen global des circonstances concrètes de l'espèce, il faut d'abord rappeler que les troubles rhumatologiques de la recourante ont pour conséquence une diminution de rendement de 30% dans l'activité d'aide-soignante et entraînent également des limitations fonctionnelles dans une activité professionnelle plus légère qui peut être exercée à 100%. C'est la raison même pour laquelle, dans la fixation du revenu

d'invalidé, l'OAI a justement retenu celui qui pourrait être réalisé dans une activité industrielle légère, compatible avec ses limitations fonctionnelles (pas de port répétitif de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements en flexion, en extension ou en rotation répétée du tronc, pas de positions prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux). Il n'en demeure pas moins qu'il est notoire, selon la jurisprudence, que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne, de telle sorte que, pour cette raison, les salaires ressortant des statistiques doivent pouvoir être réduits en tenant compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; arrêt TF 9C\_554/2020 consid. 6.2). Il résulte de ce qui précède qu'un abattement sur le salaire statistique se justifie. Pour fixer le taux de cette réduction, il faut notamment prendre en considération que les limitations dont souffre la recourante laissent ouvert un large spectre d'activités légères adaptées et que l'importance de ces limitations doit être relativisée. Elle est notamment bien inférieure à celle d'une personne privée partiellement de l'usage d'une main, même non dominante (pour un cas d'application, voir arrêt TF 8C\_471/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.3 dans lequel un abattement de 10% a été retenu pour un droitier ayant des difficultés de fléchir trois doigts de la main gauche, seuls le pouce et l'index pouvant être utilisés dans certaines activités bimanuelles ponctuelles). Par ailleurs, la recourante n'indique pas concrètement en quoi son âge pourrait avoir des conséquences supplémentaires sur le salaire effectivement réalisable en tenant compte de ses limitations. A cet égard, alors qu'elle avait 59 ans au moment où les experts ont rendu leur rapport constatant sa capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'elle avait dès lors environ 5 ans d'activité avant l'âge de la retraite, elle se limite en effet à affirmer que cet âge aurait un impact considérable sur sa rémunération, par rapport à des personnes plus jeunes et en pleine possession de leurs moyens,

Tribunal cantonal TC Page 19 de 20 sans autre précision. Quant au fait que la recourante a travaillé essentiellement dans le domaine des soins et ne dispose pas d'expérience et de formation dans une activité industrielle légère, il n'a pas ou que très peu d'incidence, dès lors que le revenu d'invalidé a été déterminé en référence au salaire statistique réalisable dans des activités simples et répétitives, ne nécessitant pas d'expérience ou de polyvalence particulière (voir arrêt TF 9C\_847/2018 du 2 avril 2019). Sur la base de l'ensemble de ces circonstances, appréciées globalement, le taux d'abattement peut être fixé tout au plus à 10%. L'application dudit abattement conduit à un salaire d'invalidé de CHF 49'319.77. 5.4.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 78'496.15) et d'invalidé (CHF 49'319.77.-) un degré d'invalidité de 37.16%, insuffisant pour ouvrir à la recourante un droit à une rente de l'assurance-invalidité. 6. Ainsi, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Des frais sont mis à la charge de la recourante qui succombe, par CHF 800.-. Ils sont compensés avec son avance de frais. Il n'est pas alloué de dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 20 de 20 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. II. Il n'est pas alloué de dépens. III. 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 21 juin 2021/mfa Le Président :  
La Greffière-rapporteure :

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