

FR_GERICHTE 605 2021 30 vom 16. September 2021

FR Kantonsgericht, 2021-09-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_30

FR: FR_GERICHTE 605 2021 30 du 16 septembre 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2021 30 del 16 settembre 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée dûment représentée et directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 19

E. 2

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale.

E. 2.1

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans 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; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir

Tribunal cantonal TC Page 4 de 19 si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Le Tribunal fédéral a récemment considéré que, dans la mesure où les difficultés d'objectivation et de preuve sont communes à toutes les affections psychiques, l'exigence d'un catalogue des indicateurs posée par l'ATF 141 V 281 pour les syndromes douloureux somatoformes persistants doit être étendue à toutes les affections d'ordre psychique (ATF 143 V 409 consid. 4.1.2). Par ailleurs, les dépressions légères à moyennes récurrentes ou épisodiques, qui étaient systématiquement qualifiées de non invalidantes à moins d'être résistantes aux traitements, ne sont plus considérées de manière si absolue; la résistance aux traitements doit davantage être prise en considération dans le cadre de l'appréciation globale des preuves en tant qu'indice (ATF 143 V 409 consid. 4.2.2 et 4.4). Il peut toutefois être renoncé à un examen par un catalogue des indicateurs structuré lorsqu'un tel examen n'apparaît pas nécessaire ou adéquat. Il en va notamment ainsi, lorsque des rapports médicaux motivés de manière compréhensible excluent une incapacité de travail et que la pertinence des éventuels avis contradictoires peut être niée en raison d'un défaut de spécialisation médicale de leurs auteurs ou pour un autre motif (cf. ATF 143 V 418 consid. 7.1.1). Un examen par un catalogue des indicateurs structuré ne sera en particulier pas nécessaire, lorsque sur la base des pièces médicales existantes, une dépression légère apparaît probable au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle ne peut être considérée comme chronifiée et qu'elle n'est pas accompagnée d'une comorbidité (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et les références citées).

E. 2.2

Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent 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 au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1).

E. 2.3

Ce n'est toutefois pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294).

E. 3

Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Néanmoins, 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 19 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 156, 114 V 310; RCC 1982, p. 36).

E. 3.1

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre.

E. 3.2

S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre

parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (arrêt TF I 10/02 du 26 juillet 2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008), l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire.

E. 4

Selon l'art. 17 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. 4.1

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 ainsi 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 (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

E. 4.2

Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement

Tribunal cantonal TC Page 6 de 19 du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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 ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

E. 5

Est en l'espèce litigieuse l'appréciation de la capacité de travail de la recourante. Celle-ci soutient que ses atteintes orthopédiques et psychiatriques sont de nature à la limiter. L'OAI est d'avis au contraire, sur la base d'une nouvelle expertise, que ces dernières ne peuvent pas être considérées comme des atteintes invalidantes, laissant entendre que les problèmes

de la recourante ont une origine extra-médicale. Qu'en est-il ?

E. 5.1

Atteinte annoncée et décision Employée comme machiniste, la recourante, née en 1961, a été mise en incapacité de travail totale à partir du 17 septembre 2012 à cause d'un syndrome de « tunnel carpien » (courrier de l'assureur- maladie du 12 juin 2013, dossier AI, p. 3). Un rapport du 11 avril 2013 émanant du Dr B. _____, spécialiste en chirurgie de la main, faisait état d'un tel syndrome de tunnel carpien gauche, observant une « compression du nerf radial dans l'arcade de Frohse au coude gauche avec épicondylite gauche » (dossier AI, p. 14). Il décrivait ainsi la survenance de l'atteinte : « elle m'a été adressée [...] pour cette épicondylite gauche résistante aux traitements conservateurs ainsi que pour un syndrome de tunnel carpien gauche. Un examen EMG [...] confirme l'irritation du nerf cubital au coude gauche indiquant une neurolyse tout comme un syndrome de tunnel carpien bilatéral prédominant à droite. [...] j'ai pratiqué l'opération de neurolyse du radial et de ténotomie d'allongement du 2e radial et de l'extenseur commun des doigts pour épicondylite gauche ainsi que la cure de tunnel carpien gauche. [...] J'ai revu la patiente à semaines post-opératoires et j'ai prescrit un traitement de physiothérapie intensif. Malheureusement, ce traitement n'a débuté que tardivement en raison des fêtes de fin d'année. La patiente a finalement bénéficié de multiples séances de physiothérapie qui ont permis de récupérer une mobilité complète du coude et de la main gauche. Par contre, elle ressent toujours des douleurs au niveau du coude, identiques après l'opération selon ses dires » (rapport du 11 avril 2013, dossier AI, p. 84). La recourante a déposé, pour cette raison même, une demande de rente le 20 juin 2013 (dossier AI, p. 36).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 19

E. 5.2

Les médecins traitants ou consultés au départ, au plan physique Entendu dans le cadre de l'instruction de la demande, le Dr C. _____, neurologue, confirmait la présence chez la recourante, depuis 2012, des atteintes signalées par le Dr B. _____, signalant par ailleurs un syndrome lombo-vertébral existant depuis 2009 (rapport du 3 septembre 2013, dossier AI, p. 52). Il mentionnait des douleurs et des paresthésies mais concluait alors à la pleine poursuite de l'activité exercée. Le Dr B. _____ annonçait d'emblée ne pas avoir de nouvelles solutions chirurgicales à proposer : « Au status 5 mois après une cure d'épicondylite, la patiente ressent toujours de douleurs au niveau du coude gauche. Je n'ai pas de proposition pour un traitement complémentaire au niveau du coude mais par contre des investigations de type rhumatologique pourraient être entreprises auprès de cette patiente qui se plaint de douleurs d'autres articulations » (rapport du 11 avril 2013, dossier AI, p. 84). A l'automne 2013, le Dr généraliste D. _____ pensait pour sa part qu'il était « actuellement difficile » d'envisager une reprise de travail dans une autre activité (dossier AI, p. 71). Il faisait état de douleurs persistantes au niveau du coude et du poignet gauches, à la cause pas vraiment déterminée et vis-à-vis desquelles les traitements semblaient se montrer peu efficaces : « douleurs coude et poignet G depuis plusieurs mois, essais de plusieurs traitement conservateurs avec physiothérapie, infiltrations, attelles de repos. En raison d'une évolution non satisfaisante, la patiente est adressée au Dr B. _____ pour traitement chirurgical. Depuis les douleurs sont persistantes, aucune cause selon le chirurgien. Le Dr E. _____ ne trouve pas nécessairement de cause à ces douleurs persistantes » (rapport du 2 septembre 2013, dossier AI, p. 77). A cette même époque, le Dr

F. _____, médecin-chef adjoint du service de rhumatologie de l'Hôpital cantonal, était également un peu dubitatif, recommandant dès lors la poursuite des examens: « Comme vous pouvez le constater, je n'ai pas de diagnostic précis à proposer. Les caractéristiques des douleurs sont variables dans les différentes zones douloureuses, ce qui me fait penser qu'on n'a pas affaire à une seule pathologie. Je comprends parfaitement que le Dr E. _____ ait envisagé la possibilité d'une algoneurodystrophie, diagnostic qui semble avoir été raisonnablement exclu. La patiente ne remplit pas les critères d'une fibromyalgie. Pour essayer d'avoir à la fois un diagnostic précis et une estimation de sa capacité de travail résiduelle, je proposerais à l'assurance perte de gain d'organiser une expertise auprès d'un chirurgien spécialisé dans les pathologies du membre supérieur qui devrait être en mesure d'évaluer le status post- opératoire. Une telle évaluation pourrait être confiée au Dr G. _____ à la Clinique Générale ou à un autre spécialiste avec la double formation en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main ayant un niveau de compétence et d'expérience comparable » (rapport du 12 novembre 2013, dossier AI, p. 104). Au début de l'année 2014, le Dr H. _____, rhumatologue à Zürich, confirmait la présence d'un syndrome douloureux difficile à traiter et nécessitant une consultation spécialisée: « Zusammenfassend besteht ein wahrscheinlich neuropathisches Schmerzsyndrom, das schwierig zu behandeln ist. Solche Schmerzentwicklungen müssen durch erfahrene Schmerzspezialisten betreut werden » (rapport du 31 janvier 2014, dossier AI, p. 111). Dans ces conditions, la capacité de travail résiduelle ne pouvait pas être mesurée : « Für eine leidensangepasste Tätigkeit kann zum jetzigen Zeitpunkt die Arbeitsfähigkeit noch nicht beurteilt werden, da aus meiner Sicht die Schmerztherapie nicht ausgeschöpft ist. Deshalb empfehle ich eine Evaluation durch einen

Tribunal cantonal TC Page 8 de 19 erfahrenen Schmerzspezialisten um den Endpunkt schliesslich festlegen zu können mit danach Beurteilung der bleibenden und zumutbaren Tätigkeit resp. Arbeitsfähigkeit ». Au printemps 2014, la recourante est ainsi allée voir le Dr I. _____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement de la douleur, à l'Hôpital cantonal, lequel a estimé que le tableau clinique pouvait être lié à deux éléments distincts, à savoir l'un au niveau du coude, et l'autre au niveau des cervicales : « D'une part, au niveau du coude, il existe des douleurs clairement neuropathiques pour lesquelles je lui ai proposé une augmentation de la posologie de Lyrica que vous avez introduit il y environ 1 mois avec un schéma progressif jusqu'à 2 x 150 mg/j sur semaines. Je lui ai également proposé l'application de patches de Neurodol au niveau du coude Les traitements pourraient être complétés dans un deuxième temps, soit par un bloc tronculaire ulnaire gauche ou un bloc stellaire en fonction de la réponse aux médicaments. D'autre part, au niveau cervical, il me semble qu'il y a une composante mécanique qui pourrait être liée à l'arthrose zygo-apophysaire pour laquelle une infiltration des articulations facettaires gauche pourrait sûrement améliorer la symptomatologie mais nous avons convenu de réévaluer la situation secondairement » (rapport du 5 mai 2014, dossier AI, p. 155).

E. 5.3

Premiers experts et nouvelles explorations de la sphère psychique Une année plus tard, soit en été 2015, le Dr J. _____ spécialiste en chirurgie orthopédique et expert SIM mandaté par l'OAI, considérait que les plaintes subjectives n'avaient pas d'origine somatique - en dépit même du tunnel carpien ainsi que des troubles dégénératifs de la colonne vertébrale et lombaire -, une algoneurodystrophie pouvant notamment être écartée. Il laissait par ailleurs enfin entendre que ces plaintes pourraient avoir une origine psychique : « Cette patiente

présente depuis début 2012 un syndrome douloureux débutant dans le membre supérieur gauche qui s'est ensuite généralisé pour devenir invalidant à partir du 17.09.2012 sans substrat anatomique objectivable. Les troubles dégénératifs de la colonne cervicale et lombaire ne suffisent pas pour expliquer l'extension des plaintes de même que la petite neuropathie du médian au tunnel carpien droit. Un éventuel syndrome douloureux de type algoneurodystrophie peut être raisonnablement exclu en l'absence de troubles dystrophiques à l'examen clinique ou de troubles spécifiques à l'examen neurologique ou à la scintigraphie osseuse. Dès lors, on peut raisonnablement partir du principe que les plaintes subjectives de la patiente ne sont pas de nature somatique. Par ailleurs, l'anamnèse et le comportement de la patiente me font suspecter l'intervention de facteurs non- somatiques. Ils pourraient être au besoin définis dans une expertise complémentaire d'ordre psychiatrique » (rapport du 14 juillet 2015, dossier AI, p. 191). L'OAI a dès lors également mandaté une experte psychiatre, en la personne de la Dre K. _____, psychiatre et psychothérapeute à Vessy. Dans un rapport du 2 mars 2016 (dossier AI, p. 213 et ss), celle-ci a retenu la présence chez la recourante d'un syndrome douloureux persistant : « En l'état actuel cette situation permet de retenir la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (MSA) qui, selon la CIM-10, est une plainte essentielle concernant une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrue de l'entourage et des médecins » (dossier AI, p. 233).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 19 Ce processus se serait enclenché à la suite de la perte de l'emploi : « La perte de l'emploi habituel chez L. _____, associé aux multiples conséquences de cet emploi « précaire », notamment sur le plan de la rente de deuxième pilier, ont générés chez l'assurée un sentiment d'injustice très marqué, et de blessure narcissique importante. Alors que l'expertisée se sent avoir « tout donnée dans son travail », elle se sent « jetée comme une vieille chaussette, comme une malpropre » par l'entreprise, et abusée sur le plan social. Dès le 13 juin 2013, suite à un examen médical qui la reconnaît capable d'une activité adaptée, l'assurance perte de gain cesse ses versements d'indemnité journalière et l'examinée passe alors à la charge de son fils » (dossier AI, p. 234). Cette perte aurait été vécue comme une injustice au regard des efforts qu'elle avait pu fournir : « Dans cette situation en effet, l'intéressée se sent lésée par les années de travail dans l'entreprise L. _____, ayant perçu très peu de second pilier. Elle estime s'être donnée complètement à l'entreprise, avoir assumé des horaires de travail chargés, et ainsi se retrouver maintenant en difficulté. (...) L'examinée exprime clairement qu'elle considère avoir droit et besoin d'une aide de la société dans sa situation symptomatique actuelle, ceci parce qu'elle était auparavant toujours dynamique et travaillé énormément. » (dossier AI, p. 234). A côté de cela, les symptômes physiques étaient encore majorés pour des raisons psychologiques : « Néanmoins, au vu d'un faisceau d'indices concordants pour la présence de bénéfices secondaires, on peut se questionner sur un diagnostic différentiel de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). En effet, selon la CIM10, la majoration comporte des « symptômes physiques compatibles avec et initialement dus à un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet adopte une attitude histrionique (recherche de l'attention d'autrui) comprenant parfois aussi des plaintes surajoutées (habituellement non spécifiques) sans substrat somatique. Le sujet réagit habituellement par

un sentiment de détresse à la douleur ou au handicap provoqué par son affection physique, et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son handicap ou de sa douleur. L'insatisfaction relative aux résultats du traitement ou des investigations et la déception quant à la qualité des soins médicaux (telle qu'elle est perçue), peuvent aussi représenter un facteur déclenchant. Dans certains cas, il existe une motivation claire comme la recherche d'une compensation financière à la suite d'accident ou de blessure » (dossier AI, p. 234). L'experte a enfin estimé que le traitement médicamenteux était nettement surdosé : « le traitement de Lyrica est nettement surdosé (deux fois la dose maximale) et pourrait être à l'origine d'un effet secondaire indésirable avec maux de têtes, nausées et vomissements, tremblements intentionnels, et troubles lors de la marche. Cette hypothèse permettrait de mieux comprendre les symptômes allégués. Il s'agirait alors d'un effet indésirable lors de l'utilisation d'un médicament anti-épileptique. Le traitement doit impérativement être réévalué et réadapté, voire même monitoré biologiquement. Une consultation de psychopharmacologie pourrait être utile pour faire le point sur les dosages à respecter pour le Lyrica dans la présente situation » (dossier AI, p. 235) Pour ces raisons, mais plus spécialement la dernière exposée, la spécialiste a fini par conclure à une diminution de moitié de la capacité de travail : « Sur le plan de la capacité de travail, en présence d'un effet secondaire indésirable dû à l'administration d'un médicament à visée thérapeutique (ici le Lyrica pour traiter les douleurs), la capacité de travail doit être considérée comme de 50% seulement » (dossier AI, p. 236). Interrogé à ce propos au printemps 2016, le Dr I. _____ laissait entendre, que la surdose médicamenteuse pouvait avoir trois raisons et qu'il fallait explorer chacune des pistes : « Je suis

Tribunal cantonal TC Page 10 de 19 assez surpris par cette valeur supra-thérapeutique pour le dosage utilisé chez la patiente. Trois raisons peuvent potentiellement expliquer ce résultat : 1. Une insuffisance rénale méconnue pour un traitement dont le métabolisme est principalement rénal. 2. Un dosage plasmatique effectué durant le pic de concentration du médicament. 3. Une non-compliance de la patiente qui pourrait prendre des doses supérieures à celle prescrite. Afin d'évaluer les raisons de ce résultat, je pense que pour le point 1 il faut effectuer une chimie sanguine afin d'évaluer la fonction rénale. Pour le point 2, il faudrait refaire le dosage plasmatique en faisant la prise de sang le matin avant la prise du médicament afin d'avoir le dosage résiduel comme préconisé par l'unité de psychopharmacologie clinique des HUG » (courrier du 11 avril 2016, dossier AI, p. 249). A la même époque, la psychiatre traitant désormais la recourante, la Dre M. _____, estimait que c'était essentiellement pour des raisons psychiques, et non pour une question de surdose médicamenteuse, que la capacité de travail de sa patiente était réduite : « Concernant l'expertise psychiatrique, je diverge de l'avis de l'expert qui retient comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, celui d'effets indésirables lors de l'utilisation d'un médicament anti-épileptique possible depuis l'introduction du Lyrica. Un tel diagnostic me paraît réductionniste par rapport à l'ensemble des problèmes de santé de cette patiente et à leur complexité. De plus, il n'est pas pour le moment confirmé, du fait que le traitement de la patiente est actuellement en train d'être adaptée aux doses thérapeutiques et qu'aucune amélioration n'est encore observable chez cette assurée » (rapport du 2 mai 2016, dossier AI, p. 256). Cette dernière serait bien plutôt atteinte d'une symptomatologie dépressive invalidante : « Pour moi, la symptomatologie dépressive est claire et invalidante et je ne comprends pas la remarque concernant une probable surconsommation chronique d'éthyle car ceci est contredit par les résultats des tests hépatiques, ainsi que concernant les habitudes toxicologiques, l'expert signalant que la

consommation serait très occasionnelle, à savoir 2 à 3x par année, ce qui m'est confirmé à nouveau par rassurée lors de notre dernier entretien ». Finalement, au vu de la complexité induite par le lien entre les atteintes physiques et psychiques, la psychiatre retenait une incapacité de travail totale : « les restrictions physiques sont principalement liées à la douleur et les restrictions mentales ou psychiques empêchent l'assurée d'assumer toute source de stress, même mineure. Elle est incapable de faire face à des responsabilités, même minimales, en raison de sa fatigabilité, de ses difficultés de concentration, de son manque d'intérêt et de motivation ainsi que de la perte de confiance en soi dont elle fait preuve. (...) J'estime donc que la pathologie confondue (physique et psychique de cette patiente) est très complexe, et que dans tous les cas, elle engendre un grand handicap concernant les capacités de cette assurée, et que, par conséquent, elle présente une incapacité de travail à 100% » (dossier AI, p. 255 + 256). Deux ans plus tard, en automne 2018, cette dernière spécialiste traitante continuait à considérer sa patiente comme non susceptible d'être réinsérée dans le monde du travail : « L'humeur de la patiente demeure dépressive avec idées de dévalorisation et d'incapacité alternant avec des réactions d'irritabilité et de colère, se manifestant toujours par des propos argotiques injurieux tels que mentionnés par la Dre K. _____ lors l'expertise. L'intérêt et le plaisir pour toute activité reste diminué. Elle se montre en général apragmatique mais (lorsque l'humeur remonte légèrement), elle peut faire preuve de comportements d'hyperactivité qui la conduisent à l'épuisement. Le sommeil peut être perturbé par de multiples réveils. Elle présente également des difficultés dans son hygiène personnelle, étant par période négligée. Elle se montre très fatigable, présente des troubles de la concentration et de la mémoire. La sociabilité est diminuée se limitant aux contacts avec sa famille.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 19 (...) En raison des problèmes psychiques et physiques, cette patiente présente des capacités adaptatives quasi inexistantes. Elle s'adapte mal à toutes sources de stress présentant des réactions émotionnelles exubérantes et des comportements d'évitement qui peuvent la conduire à l'abandon du poste de travail. (...) Les exigences propres à la réinsertion vont certainement être vécues comme une source majeure de stress et vont décompenser psychiquement la patiente davantage » (rapport du 25 septembre 2018, dossier AI, p. 301 ss).

E. 5.4

De nouveaux experts

E. 5.4.1

A la fin de l'année 2018, l'OAI a mandaté un nouvel expert psychiatre, en la personne du Dr N. _____. Celui-ci a constaté la présence d'un état dépressif moyen, alimenté par un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi qu'un état de précarité : « Madame présente une symptomatologie polymorphe caractérisée essentiellement par: une asthénie, une insomnie, une anhédonie, un repli sur soi, un retrait social, une incapacité à se projeter dans l'avenir, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une aboulie, un apragmatisme, une aboulie, un manque d'initiative mais surtout une hyperesthésie algique (douleurs partout) associée à une anesthésie des affects et un détachement des émotions ainsi qu'à un sentiment de vide chronique. Ce tableau clinique est compatible soit avec un épisode dépressif moyen, soit avec un syndrome douloureux somatoforme persistant. A mon avis, les deux diagnostics précités, bien que présents, s'entretiennent et s'alimentent mutuellement. En effet, l'état psychique s'est détérioré à partir de 2012, lorsqu'elle a subi

une opération orthopédique de laquelle elle ne s'est jamais remise. Malgré l'absence de lésions organiques depuis cette intervention au coude, l'assurée ne sera plus capable de récupérer sa fonctionnalité habituelle. Alors, une symptomatologie algique se manifeste au premier plan associée à un épisode dépressif réactionnel qui s'installe en parallèle à une poussée de douleurs musculo-squelettiques qu'aucun médicament arrive à maîtriser. Depuis-là, le tableau clinique s'est chronicisé, alimenté par la précarité socio-économique, l'isolement social, la solitude et surtout la conviction intime d'avoir subi un tort, d'être victime d'une faute médicale » (rapport du 14 décembre 2018, dossier AI, p. 344). Il a également estimé, dans ces conditions, se ralliant à l'avis jusque-là exprimé de ses confrères, que la capacité de travail était diminuée de moitié : « Nous rejoignons l'avis du Dr I. _____ et la Dre K. _____ qui évoquent une IT à 50%. En ce sens, nous confirmons l'incapacité de travail de 50% mais pensons que l'expertisée est en capacité d'assumer un 50% de taux de travail dans une des activités qu'elle exerçait dans le passé pendant de nombreuses années, soit 21 heures par semaine. Elle pourrait travailler en tant que couturière, en plus comme elle est droitrière, elle pourrait aisément mobiliser son bras droit, sans que la performance soit réduite. Par ailleurs, elle pourrait également aller à son rythme dans l'exécution des tâches sur sa place de travail. On relève également une fatigue qui est également liée au déconditionnement de Madame, en arrêt de travail depuis septembre 2012. Un réentraînement au travail est donc nécessaire, en augmentant le taux de travail progressivement » (dossier AI, p. 369). Du point de vue du Dr N. _____, des ressources demeuraient en effet encore mobilisables : « concernant les mesures de réadaptation, selon les éléments contenus dans le dossier et selon les dires de l'assurée, Madame n'a jamais participé à des mesures de réinsertion professionnelle et cela en raison du fait que son état de santé, par le passé, n'était pas considéré comme suffisamment stable pour pouvoir désamorcer un processus de reconversion professionnelle. A mon avis, actuellement, malgré la présence d'une symptomatologie algique avec une certaine influence sur la capacité de travail, l'assurée ne présente pas de troubles cognitifs et malgré ses limitations, elle

Tribunal cantonal TC Page 12 de 19 présente quand même des ressources que l'on pourrait mobiliser si l'on arrive à la faire sortir du cercle vicieux de la névrose de compensation qui la pousse à se considérer comme invalide à vie et sans possibilité de récupération » (dossier AI, p. 360). Il a, cela étant, insisté sur l'importance prise par le besoin de reconnaissance de la recourante, celui-ci lié entre autres par des considérations économiques: « la question de l'argent semble être centrale chez l'assurée. Nous avons l'impression qu'elle a passé sa vie à travailler et à envoyer de l'argent à sa famille, sans évoquer ses deux époux qui sont décrits comme des profiteurs et qui lui prenaient son salaire pour s'offrir leurs plaisirs. Madame nous dira que son argent allait « aux prostituées » que les époux payaient. Nous sommes dans un contexte où l'amour est tarifé et où c'est Madame qui payait. Selon cette vision globale, nous comprenons le souhait, voire même le besoin, de l'assurée d'être reconnue dans sa souffrance et ce à travers l'octroi d'une rente AI. Il ne semble pas que ce soit un enjeu uniquement financier, au contraire selon nous, il y a une recherche de légitimité, de place et de reconnaissance dans son pays d'adoption » (dossier AI, p. 356). Pour autant, la présence de facteurs extra-médicaux ne semblait pas remettre en cause la réalité de l'atteinte, le trouble présenté ne lui semblant pas « factice » : « De plus, le tableau clinique est passablement interféré par les éléments contextuels voire extra-médicaux s'agissant ici essentiellement des éléments suivants : notion subjective d'usure avec travail précoce comme jeune adolescente, sentiment d'injustice, de blessure et de revendication, manque de

motivation voire fixation sur une notion de totale invalidité personnelle, manque de formation et de certification, âge, dégradation des conditions sociales. Les facteurs extra-médicaux mentionnés jouent ici un rôle renforçateur. Malgré cela, nous n'avons pas mis en évidence de signes en faveur d'une théâtralisation ou d'une augmentation des symptômes, malgré la présence d'un décalage entre l'intensité des symptômes perçus au niveau subjectif et les constatations objectives. Nous ne pouvons pas parler ici d'un trouble factice » (dossier AI, p. 361).

E. 5.4.2

Le Dr O. _____ du Service médical régional de l'AI (SMR) ayant estimé que ce dernier rapport reposait certes « sur une évaluation clinique exhaustive et une appréciation psychopathologique approfondie et adéquate » mais que ses conclusions « asséurologiques » ne reposaient en revanche pas sur « une analyse conforme à la jurisprudence actuelle » (dossier AI, p. 377), la recourante ayant de son côté contesté un premier projet d'octroi d'une rente limitée dans le temps (dossier AI, p. 403 + 427), l'OAI a finalement décidé d'ordonner une nouvelle expertise bi-disciplinaire, confiée au Bureau d'expertises médicales (BREM), à Montreux.

E. 5.4.3

Plus précisément, ce sont le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et le Dr Q. _____, psychiatre et psychothérapeute, qui ont ainsi été amenés, à leur tour, à se prononcer. Dans leur rapport conjoint daté du 16 juillet 2020 (dossier AI, p. 453), ils ont tout d'abord observé, au plan physique, qu'il n'y avait pratiquement aucune atteinte objective, que cela soit au niveau du rachis ou du coude, respectivement du bras, gauche : « concernant le rachis, mis à part des discopathies pluri-étagées cervico-lombaires modérées, aucune atteinte significative autre n'a pu être mise en évidence. Il n'y jamais eu d'inflammation des corps vertébraux de type MODIC ou des articulaires postérieurs, pouvant expliquer les plaintes. Dans ce contexte, on entre dans le cadre de lombalgies fonctionnelles, sans substrat objectif. Pour ce qui est du membre supérieur gauche, au départ, il a été mis en évidence une légère atteinte du nerf radial au niveau de l'arcade de Frohse, dans le cadre d'une épicondylite, associée à un tunnel carpien. Malgré un traitement chirurgical tout à fait correct, suivi de nombreux traitements conservateurs, la situation ne s'est améliorée que très

Tribunal cantonal TC Page 13 de 19 transitoirement sur quelques mois, avant de se chronifier sous la forme d'un syndrome épaule-main. Cependant, toutes les investigations effectuées n'ont jamais mis en évidence de nouvelle atteinte nerveuse, ni de véritable diminution de la force. La sensibilité également toujours été préservée. Ceci peut être affirmé par les résultats du dernier bilan du Dr C. _____ de 2015 ainsi que par les divers rapports médicaux et en particulier l'expertise du Dr J. _____ également de 2015 qui, déjà à l'époque, ne mettait pas en évidence d'atteinte objective » (dossier AI, p. 469). Les seules plaintes subjectives persistantes n'entraient par ailleurs pas la recourante, à tout le moins pas dans une activité adaptée : « cinq ans plus tard, on constate non seulement que les plaintes subjectives se sont fortement amendées, en-dehors du membre supérieur gauche, et que le comportement de la patiente ne montre toujours aucune souffrance significative, alors qu'elle évalue sa douleur chronique à 9/10 à l'EVA. De plus, cela ne s'associe aucune limitation fonctionnelle. La mobilité articulaire des 4 membres est tout à fait symétrique et indolore. La force est extrêmement bien préservée, non seulement aux membres inférieurs,

mais également lors de la préhension au niveau des deux mains. La discrimination pulpaire est aussi tout à fait dans les normes. Il n'y jamais eu non plus de signe évident parlant en faveur d'un CRPS, non seulement sur le plan clinique, mais également à la scintigraphie osseuse. En conclusion et en l'état actuel, on ne peut pas considérer que les troubles dégénératifs cervico-Iombaires soient suffisants pour expliquer les blocages du rachis. Il n'y pas non plus d'atteinte objective sous forme de trouble de la force ou de limitation fonctionnelle, qui explique des plaintes ressenties essentiellement au niveau du membre supérieur gauche spontanément. (...) Dans ce contexte, on ne peut pas retenir, sur le plan orthopédique, d'incapacité de travail quelconque, ni de baisse de rendement. Il n'y pas non plus de limitation particulière à retenir si ce n'est qu'à bientôt 60 ans, il est clair que des travaux physiques entraînant le port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétitive est peu souhaitables » (dossier AI, p. 469 + 470). Le décalage observé entre le tableau objectif et les plaintes était ainsi probablement lié à des facteurs extra-médicaux : « L'incohérence entre les plaintes douloureuses et le comportement de la patiente continue à faire suspecter l'intervention de facteurs non somatiques » (dossier AI, p. 469). Pareillement, ils ne renaient l'existence d'aucune atteinte au plan psychique, en dépit de la présence d'une seule majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques, les perspectives d'une réinsertion professionnelle ne semblant dépendre que de la volonté de la recourante : « L'examen psychiatrique de ce jour est un examen qui se situe dans la norme en l'absence de psychopathologie spécifique en dehors d'un histrionisme et d'une recherche de compensation financière qui permettent de retenir le diagnostic d'exclusion, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La situation psychiatrique de cette assurée n'est pas préoccupante. Elle se situe de manière très éloignée des grands syndromes psychiatriques incapacitants tels qu'atteinte cérébro-organique, trouble psychotique, inflexibilité thymique sévère, anxiété paroxystique, trouble spécifique de la personnalité ou syndrome de dépendance à une substance psycho-active. La situation sociale de cette assurée est mauvaise. Elle est endettée de manière importante, bénéficie des subsides sociaux et de l'aide de son fils de 30 ans. L'évolution psychiatrique est bonne puisque nous ne retenons pas de psychopathologie spécifique en dehors d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Le traitement antidépresseur pourrait aisément être soulagé voire interrompu. Des mesures de réadaptation peuvent éventuellement être soutenues chez une assurée qui apparaît peu encline à les accepter. Les chances de guérison d'une absence de psychopathologie spécifique en dehors d'une majoration

Tribunal cantonal TC Page 14 de 19 de symptômes physiques pour des raisons psychologiques sont de facto excellentes » (dossier AI, p. 469). Les deux experts ont en effet finalement estimé que la recourante disposait encore suffisamment de ressources : « Cette assurée dispose de nombreuses ressources : Elle sait s'adapter aux règles et aux routines : elle respecte les règles et vient aux rendez-vous comme convenu. Elle sait s'intégrer dans un processus d'organisation tel que la présente procédure. Madame sait planifier et structurer des tâches. Elle consacre le temps adéquat à des activités de courses, de relations amicales, de marche. Les étapes sont effectuées et terminées telles qu'elles ont été planifiées. Madame sa flexibilité et sa capacité d'adaptation. Elle sait adapter son comportement, sa réflexion et son vécu à des situations changeantes. Elle est en mesure d'adopter des conduites différentes selon les situations rencontrées. Cette assurée longtemps su faire usage de compétences spécifiques, notamment dans le domaine du service en tant qu'ouvrière auprès du Groupe L._____ . Elle a su utiliser ses connaissances

professionnelles et de la vie selon les attentes des rôles à jouer. Sa capacité de jugement et de prise de décisions en l'absence de phénoménologie psychotique. Elle perçoit les faits de façon différenciée et en fonction du contexte, elle en tire les conclusions et les conséquences qui s'imposent. La capacité d'endurance de cette assurée n'est pas amoindrie au motif psychiatrique. Madame mentionne une fatigabilité mais pas une asthénie massive. Cette assurée est active dans la journée. Madame sa capacité de s'affirmer. Elle sait défendre ses convictions sans violer des normes sociales. Le sens du contact envers les tiers est fonctionnel. Madame entre aisément et de manière informelle en contact avec les experts ou avec autrui. Madame longtemps eu sa capacité d'évoluer au sein d'un groupe. Elle en discernait les règles et s'y adaptait. Elle appartenait alors à une équipe de travail. Elle appartient toujours à une équipe d'anciens collègues de travail. Madame des relations proches. Elle sait donner et recevoir un soutien affectif significatif. Elle des activités spontanées, notamment de marche au quotidien, de marche en montagne à une fréquence mensuelle avec d'anciens collègues de travail. L'hygiène et les soins corporels sont sans particularité chez une assurée qui n'est pas incurie, qui perçoit les besoins d'un corps sains et qui y réagit de manière adéquate. Madame sa capacité de déplacement à pied. Madame rentre d'un voyage en Macédoine il y quelques jours. Elle s'y était rendue en bus » (dossier AI, p. 473). La capacité de travail aurait été ainsi entière, et ce, « depuis toujours », au plan physique comme au plan psychique (dossier AI, p. 474). Les difficultés rencontrées par la recourante n'auraient dès lors aucune origine médicale : «Le problème de cette patiente sort manifestement du cadre somatique. Il est vraisemblablement en relation avec des problèmes d'acculturation et psycho-sociaux » (dossier AI, p. 475).

E. 5.4.4

C'est sur la base de ce dernier rapport que l'OAI a finalement refusé d'octroyer toute prestation à son assurée, au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte invalidante (décision du 4 janvier 2021, dossier AI, p. 567).

E. 6

Discussion Il ressort des rapports exposés ci-dessus que l'OAI, qui avait pourtant projeté dans un premier temps d'allouer à son assurée une rente limitée dans le temps, a fini par lui refuser toute prestation, pour le motif qu'elle ne présentait en fait aucune atteinte invalidante au sens de la loi.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 19

E. 6.1

Tous les médecins semblent s'accorder à reconnaître que l'atteinte physique annoncée au moment du dépôt de la demande en 2013 et située au niveau du coude gauche (épicondylite), et également du poignet gauche (tunnel carpien), a constitué le point de départ des douleurs qui ont fini par évoluer en un syndrome douloureux somatoforme. A côté de cela, la recourante s'est également plainte de douleurs au niveau du dos, des troubles dégénératifs ayant été constatés. Cela étant, ces troubles physiques, qui ont d'emblée laissé la plupart des spécialistes perplexes, n'ont jamais été tenus pour invalidants : le Dr B. _____, qui avait chirurgicalement traité l'épicondylite et le tunnel carpien n'envisageait plus de nouvelle opération à partir du mois d'avril 2013, le Dr C. _____ concluait à cette même époque à une reprise du travail, le Dr E. _____ et le Dr F. _____ n'ayant apparemment pas de diagnostic à retenir en 2014, le Dr I. _____ se contentant pour sa part de prescrire des antidouleurs ou la pose de patches, et le Dr

J. _____ considérant enfin, en 2015, que les plaintes subjectives n'avaient pas d'origine somatique, ce que le dernier expert chirurgien orthopédique, le Dr P. _____, a également constaté dans sa partie de l'expertise bi-disciplinaire finalement suivie par l'OAI. On peut ainsi admettre, avec ce dernier office que, sur un plan physique, la recourante ne peut se prévaloir d'aucune atteinte invalidante, les atteintes signalées ne sachant manifestement entraîner à elles seules d'invalidité susceptible d'être indemnisée par le versement d'une rente.

E. 6.2

C'est au plan psychique que les avis médicaux ont pu diverger. Dans ses conclusions rédigées à l'appui de l'expertise bi-disciplinaire qui a fini par emporter la conviction de l'OAI, le Dr Q. _____ est allé à l'encontre de celles précédemment exprimées, respectivement en 2016 puis en 2018, par deux autres experts psychiatres, à savoir la Dre K. _____ et le Dr N. _____. Il a en substance considéré que la recourante disposait encore de suffisamment de ressources pour surmonter ses douleurs, celles-ci s'inscrivant dans le cadre d'une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques, laquelle ne constituait au demeurant pas une pathologie psychiatrique invalidante. Pour sa part, la Dre K. _____ s'est efforcée de démontrer le mécanisme de perte et d'injustice subies par la recourante atteinte dans sa santé et contrainte à l'époque d'abandonner un emploi déjà précaire pour se retrouver dans une précarité plus grande encore, ce qui eut pour incidence de créer un trouble somatoforme partiellement invalidant en raison d'un dosage médicamenteux inapproprié et qui aurait été introduit au début de l'année 2014 (cf. expertise K. _____, p. 20, dossier AI, p. 232). Quant au Dr N. _____, interrogé deux ans après cette dernière, il a retenu la présence d'un état dépressif moyen réactionnel alimenté par le syndrome douloureux somatoforme et la précarité dans laquelle se trouvait alors la recourante qui ne savait plus faire face. Ces derniers considéraient ainsi que la capacité de travail de la recourante était limitée de moitié. Ils allaient dès lors plutôt dans le sens de la psychiatre traitante, la Dre M. _____, pour qui sa patiente, atteinte d'une symptomatologie dépressive invalidante, ne possédait en 2016 et en 2018 même plus aucune ressource suffisante pour se confronter au monde du travail.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 19 Mais on peut estimer que cette dernière s'exprimait dans un sens plus favorable à sa patiente.

E. 6.3

En niant tout caractère invalidant à cette atteinte psychique, le dernier expert psychiatre a clairement laissé entendre, à l'instar de son confrère cosignataire de l'expertise bi-disciplinaire, que la persistance des plaintes de la recourante ne pouvait plus être expliquée par la médecine. Certes, on peut relever la présence de certains facteurs extra-médicaux, et tout particulièrement un long déconditionnement au travail, qui a certainement eu pour effet de plonger davantage la recourante dans une précarité économique-sociale et de la convaincre qu'elle était bien plus invalide qu'elle ne l'est en réalité. Il n'en demeure pas moins, cela étant, que pour les deux premiers experts psychiatres mandatés par l'OAI, ces différents facteurs ne faisaient qu'alimenter une problématique réelle se répercutant au niveau psychique, et dont il fallait en soi tenir compte. C'est ainsi qu'un diagnostic d'état dépressif moyen a notamment été posé par le Dr N. _____ en 2018, dans le sens également de la psychiatre traitante, atteinte pour le traitement de laquelle la recourante s'est du reste vu prescrire un nouveau traitement

médicamenteux.

E. 6.4

Si les conclusions des deux précédents experts psychiatres ont finalement été écartées par l'OAI, ce n'est pas parce qu'elles n'étaient pas bien motivées au plan médical. Le spécialiste du SMR ne disait en tous les cas pas cela des conclusions du Dr N. _____ qui retenait donc la présence, notamment, d'un état dépressif moyen (cf. 5.4.2). Il relevait uniquement, cela au mois de mars 2019, que les conclusions prises n'allaient pas dans le sens de l'actuelle jurisprudence rendue en matière de trouble somatoforme douloureux.

E. 6.4.1

C'est le lieu de relever ici que les deux premiers rapports d'expertise psychiatrique rendus en 2016, puis en 2018, ne sauraient à l'évidence être qualifiés de moins complets que le dernier rapport d'expertise du Dr Q. _____. Ce serait même plutôt le contraire, si l'on se base sur la très longue et documentée description des mécanismes de l'atteinte donnée par le Dr N. _____, qui permet sans aucun doute de mieux comprendre pourquoi ce dernier a retenu une incapacité de travail médicale de 50% en se référant même sur ce point à l'opinion de plusieurs confrères l'ayant précédé.

E. 6.4.2

Par ailleurs, et quoi qu'il en paraisse, si l'OAI a en fin de compte refusé tout octroi de prestations, ce n'est pas tant en raison du déficit de valeur probante formelle de l'expertise du Dr N. _____, sans quoi, il n'aurait pas d'abord projeté d'octroyer une rente limitée dans le temps. C'est bien plutôt sur la base de la nouvelle appréciation médicale d'un troisième expert psychiatre qu'il a été amené à changer son point de vue pour nier l'existence d'une atteinte invalidante qu'il s'apprêtait auparavant à reconnaître.

E. 6.5

Et c'est ici que la dernière expertise bi-disciplinaire devait plutôt être lue comme la preuve d'une amélioration de l'état de santé au moment de ce nouvel examen, à l'issue duquel on constatait une diminution globale des plaintes ainsi que la présence de nombreuses ressources mobilisables. Or, il n'est pas établi que de telles ressources existaient déjà en 2016 ou en 2018.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 Au contraire, la Dre K. _____ avait estimé la capacité de travail limitée de moitié en raison des médicaments qui avaient été prescrits à la recourante depuis le début de l'année 2014 et le Dr N. _____ avait estimé en 2018 qu'elle ne pouvait tout au plus travailler qu'à mi-temps. Il signalait, à cet égard, « une asthénie, une insomnie, une anhédonie, un repli sur soi, un retrait social, une incapacité à se projeter dans l'avenir, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une aboulie, un pragmatisme, une aboulie » (dossier AI, p. 344), manifestations laissant alors peu de place à l'émergence d'éventuelles ressources. Dans ces conditions, suivre l'OAI lorsqu'il retient - sur la base d'une nouvelle expertise ni plus, ni moins claire ou détaillée que les deux précédentes qui n'allaient pas dans son sens - que la capacité de travail de la recourante est désormais entière parce qu'il n'existerait plus aucune atteinte invalidante, cela revient à constater, dans les faits, la disparition d'atteintes psychiatriques invalidantes jusqu'alors signalées, non seulement par deux précédents experts psychiatres, mais aussi par la psychiatre traitante. Plutôt que de nier tout droit aux prestations depuis le dépôt de la demande de prestations en 2013 sur la base d'une troisième expertise psychiatrique rendue

sept ans plus tard remettant totalement en question de nombreuses conclusions médicales spécialisées formulées avant elle, il est en l'espèce beaucoup plus juste d'uniquement tenir compte de la survenance de circonstances nouvelles attestant d'une amélioration de l'état de santé, sous l'angle de la révision, conformément à l'art. 17 LPGA. Ainsi, le premier projet de décision de l'OAI était plus pertinent.

E. 7

Il découle de ce qui précède que, compte tenu, d'une part, d'une incapacité de travail de 50% constatée par deux experts psychiatres en 2016, puis en 2018, et, d'autre part, d'une troisième expertise psychiatrique rendue en 2020 parvenant à la conclusion qu'il n'existait désormais plus aucune atteinte invalidante, une rente limitée dans le temps aurait dû être octroyée à la recourante.

E. 7.1

Le recours est ainsi partiellement admis, et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision dans ce sens, la suppression de rente calculée sur la base d'une incapacité de travail de 50% – et du revenu d'invalidé y relatif – survenant, non pas en 2016, comme l'avait retenu le premier projet d'octroi de rente limitée dans le temps, mais au moment de la troisième expertise psychiatrique.

E. 7.2

Dans le cadre de cette nouvelle décision, la diminution de 20% du revenu exigible invoquée par la recourante au titre de désavantage salarial, ne sera en revanche pas prise en compte. D'une part, celle-ci ne saurait se justifier au plan physique, étant l'absence de toute atteinte invalidante. D'autre part, une diminution de rendement n'ayant été attestée par aucun des deux premiers experts psychiatres, qui ont pour leur part conclu à la seule existence d'une incapacité de travail de 50%, on peut partir du principe que cette appréciation englobait d'office toute limitation supplémentaire dans l'exercice d'un temps partiel (cf. dossier AI, p. 239, où l'experte K. _____ écarte toute diminution de rendement + dossier AI, p. 369, où l'expert N. _____ renvoie à l'incapacité de 50% retenue par cette dernière). A cet égard, on retiendra plutôt l'existence d'une majoration des symptômes physiques ainsi que la présence d'un certain nombre de facteurs extra-médicaux, non invalidants en soi, pour écarter toute

Tribunal cantonal TC Page 18 de 19 diminution supplémentaire du revenu exigible susceptible d'avoir été causée par les atteintes dont se prévaut la recourante.

E. 8

Frais et indemnité de partie, assistance judiciaire

E. 8.1

Au vu de l'admission partielle du recours, les frais de justice fixés à CHF 800.- sont répartis. L'OAI, qui a attendu sept ans pour statuer sur la demande de son assurée paiera pour sa part CHF 600.-. La recourante s'acquittant ainsi de CHF 200.-. Lesquels ne seront toutefois pas exigés d'elle, vu l'octroi de l'assistance judiciaire qui suit.

E. 8.2

La recourante a droit à la prise en charge de ses dépens sous la forme de l'octroi d'une indemnité de partie. La liste de frais produite par le mandataire fait état de 840 minutes de travail, soit 14 heures de travail, qui peuvent sur le principe se justifier dans la mesure où la

demande de rente a été déposée en 2013 et qu'il a fallu notamment analyser plusieurs longues expertises médicales.

E. 8.2.1

Tenant compte de l'admission partielle du recours, ce ne seront que 10 heures de travail qui seront indemnisées. Elles le sont au tarif horaire de CHF 250.-, pour un montant de CHF 2'500.-. A quoi s'ajoute des frais indiqués de CHF 51.90. Sur tout cela s'ajoute une TVA de 7,7% (CHF 196.50), pour un montant total de CHF 2'748.40. Il est mis entièrement à la charge de l'OAI.

E. 8.2.2

Dans le même temps, la requête d'assistance judiciaire est octroyée pour le surplus à la recourante, en situation de précarité et dont le recours partiellement été admis ne peut à l'évidence avoir été d'emblée dénué de toute chances. Me Daniel Känel est désigné défenseur d'office. Ce sont ainsi les 4 heures restantes qui sont prises en charge par l'Etat. Au tarif horaire de CHF 180.-, pour un montant de CHF 720.-. Là encore, une TVA de 7,7% s'ajoute (CHF 55.45), pour un montant total de CHF 775.45. Qui est pris en charge par l'Etat. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 la Cour arrête : I. Le recours 605 2021 30 est partiellement admis. La cause est renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision et octroi d'une rente limitée dans le temps au sens des considérants. II. La requête d'assistance judiciaire 605 2021 31 est admise. Me Daniel Känel est nommé défenseur d'office. III. a. Des frais de justice de CHF 600.- sont mis à la charge de l'OAI. b. Des frais de justice de CHF 200.- sont mis à la charge de la recourante. Vu l'octroi de l'assistance judiciaire, ils ne lui sont pas réclamés. IV. Une indemnité de partie de CHF 2'748.40 (débours et TVA de CHF 196.50 compris) est allouée à la recourante, en mains de son mandataire. Elle est intégralement mise à la charge de l'OAI. V. Un second montant de CHF 775.45 (TVA de 55.45 comprise) est également alloué à la recourante, en mains de son mandataire, au titre de l'assistance judiciaire. Il est payé par l'Etat. VI. 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 16 septembre 2021/mbo Le Président : La Greffière-stagiaire :

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