

FR_GERICHTE 605 2022 34 vom 7. November 2022

FR Kantonsgericht, 2022-11-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_34

FR: FR_GERICHTE 605 2022 34 du 7 novembre 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2022 34 del 7 novembre 2022

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2022 34 Arrêt du 7 novembre 2022 Ie Cour des assurances sociales Composition Président : Marc Boivin Juges : Marianne Jungo, Yann Hofmann Greffière-rapporteuse : Maude Favarger Parties A. _____, recourante, représentée par Me Charles Guerry, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité – rente- capacité de travail – valeur probante de l'expertise bidisciplinaire Recours du 24 février 2022 contre la décision du 24 janvier 2022 Tribunal cantonal TC Page 2 de 17 considérant en fait A. A. _____, née en 1963, mariée, mère de deux enfants majeurs, a travaillé dès l'âge de 16 ans comme vendeuse. Elle a occupé divers emplois avant d'être engagée dès le 1er novembre 2004 en tant que magasinière sans CFC par la société B. _____ SA. Son travail consistait à faire des commandes, réceptionner les livres, en les ressortant des emballages, les mettre en stock, préparer des emballages pour réexpédier les livres aux clients. Elle travaillait debout et devait marcher, ne restant jamais assise, elle devait porter des poids jusqu'à 20 kg. Elle travaillait à 80% auprès de cette société quand, à partir du mois de mars 2014, elle a commencé à souffrir de douleurs aux mains irradiant jusqu'aux épaules. Par la suite, ces douleurs se sont étendues aux hanches et aux membres inférieurs. Dès le 8 février 2016, une incapacité de travail a été attestée par son médecin pour son activité de logicienne. Suite à cette incapacité de travail, son contrat de travail a été résilié le 22 août 2016 par son employeur pour le 31 décembre 2016. Le 15 avril 2016, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg (ci-après : l'OAI) en invoquant un syndrome douloureux chronique existant depuis 2014. Le 5 février 2017, elle a été victime d'un accident (elle a fermé la portière de sa voiture sur sa main gauche) au cours duquel elle s'est blessée à l'index gauche. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la SUVA. B. Le 3 mai 2017, l'OAI a rendu un projet de décision niant à l'assurée toute atteinte invalidante à la santé au sens de la loi sur l'assurance-invalidité. L'assurée s'est opposée à ce projet de décision le 21 mai 2017. Elle a complété ses objections le 28 juin 2017 en adressant à l'OAI un rapport médical de sa médecin traitant, la Dre C. _____, spécialiste en médecine interne générale, dans lequel cette dernière faisait notamment état d'une impotence fonctionnelle importante de la main gauche suite à l'accident de février 2017. Par décision du 10 avril 2019, la SUVA a clos le cas accident (du 5 février 2017) au 30 avril 2019, les troubles subsistant n'étant plus dus à l'accident. L'assurée n'a pas contesté cette décision. L'OAI a finalement décidé de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire. Dans cette expertise du

24 avril 2019, les experts (rhumatologue et psychiatre) ont conclu à un syndrome douloureux chronique des membres supérieurs, du bassin et des membres inférieurs d'origine indéterminée avec un syndrome de douleurs chroniques de la main gauche après un événement traumatique mineur. Ils ont évalué la capacité résiduelle de travail à 70% dans une activité adaptée. Une incapacité de travail de 30% a été retenue par les experts en raison de la fatigue engendrée par les douleurs chroniques. C. Par décision du 24 janvier 2022, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assurée. Sur le plan professionnel, il a retenu une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée ; sur cette base, il a évalué le degré d'invalidité à 2,25%, puis à 21,8% dès le 1er janvier 2018, Tribunal cantonal TC Page 3 de 17 conformément à la nouvelle réglementation entrée en vigueur le 1er janvier 2018 qui implique un nouveau type de calcul pour la partie lucrative dans la méthode dite mixte. Sur le plan ménager, il a retenu le degré d'invalidité de 11,68% mentionné dans le rapport de l'enquête ménagère du 13 août 2020. D. Contre cette décision, A. _____, représentée par Me Guerry, avocat à Fribourg, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal le 24 février 2022. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire par un rhumatologue et un spécialiste en traitement interventionnel de la douleur, puis pour nouvelle décision. A l'appui de son recours, elle invoque une constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents dès lors que l'OAI a fixé son degré d'invalidité sans prendre suffisamment en compte le handicap provoqué par le SRDC (Complex Regional Pain Syndrome ou, en français, le SRDC, syndrome douloureux régional complexe) dont elle souffre à son membre supérieur gauche. En substance, elle estime que l'expert se contredit en retenant de multiples limitations fonctionnelles tout en retenant une capacité de travail de 70%. Elle conteste aussi le diagnostic retenu par l'expert (syndrome de douleurs chroniques de la main gauche) et en déduit que, faute pour l'expert d'avoir retenu le bon diagnostic (SRDC), les limitations fonctionnelles et l'exigibilité qu'il retient n'ont aucune valeur. L'avance de frais de CHF 800.- a été versée le 4 mars 2022. Dans ses observations du 25 mars 2022, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève que les rapports médicaux présents au dossier ne sont pas unanimes quant au diagnostic à poser. Il retient que l'expert rhumatologue avait dûment connaissance de ce débat autour du diagnostic et qu'il a écarté certains diagnostics en se basant sur ses propres constatations cliniques. De plus, l'expert psychiatre qui a décrit une journée-type de l'assurée en se fondant sur ses déclarations, a relevé plusieurs ressources le faisant conclure à l'absence du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux étant donné que l'assurée n'était pas limitée dans tous les domaines de la vie de manière équivalente. Ce constat a été corroboré par les tests rhumatologiques effectués. Partant, l'OAI ne voit aucun élément permettant de mettre à mal la valeur probante des expertises qu'il a mises en œuvre. 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 de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. 1.1. Interjeté en temps utile, auprès de l'autorité judiciaire compétente, par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 1.2. Dans le cadre du "développement continu de l'AI", notamment la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO

2021 705; FF 2017 2535). En tenant compte du principe de droit intertemporel selon lequel les dispositions légales applicables sont celles qui étaient en vigueur à l'époque à laquelle les faits juridiquement déterminants se sont produits (cf. notamment ATF 129 V 354 consid. 1), le droit applicable en l'espèce est celui en vigueur dès le 1er janvier 2022 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue après cette date.

2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, 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. 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 malade, 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 et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique 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 396 consid. 5.3 et 6). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

2.3. 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 l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, (méthode ordinaire/extraordinaire, méthode spécifique, et méthode mixte). La méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI) s'applique lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité. Il faut évaluer, d'une part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus. On pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités.

2.4. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir des travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigible (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 1bis LAI, une rente

au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et al. 1ter, n'ont pas été épuisées. 2.5. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). 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 Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 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). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante ; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V

351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). 3. En l'espèce, le litige porte sur le taux d'invalidité de la recourante, respectivement sur l'évaluation de sa capacité de travail. La recourante ne conteste ni l'application de la méthode mixte, ni la répartition effectuée entre activité lucrative (80%) et tâches ménagères (20%). Les parties s'opposent principalement sur la question de savoir quel avis médical doit être privilégié : l'OAI se réfère au rapport de l'expertise bidisciplinaire confiée à D. _____, du 24 avril 2019, tandis que la recourante se fonde sur les avis des 13 juillet et 20 décembre 2021 du Dr E. _____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, qui la suit à sa consultation depuis plusieurs années. 3.1. Les éléments suivants ressortent du dossier. Dans son rapport médical du 11 mai 2016, sa médecin traitante, la Dre C. _____, spécialiste en médecine interne générale, demande des mesures de réadaptation professionnelle pour sa patiente. Elle indique que celle-ci souffre d'un syndrome douloureux chronique des membres supérieurs depuis 2014. L'activité exercée jusqu'ici (manutentionnaire à 80% à B. _____) est encore possible à 50%, soit 4 heures par jour, sans port de charges supérieur à 5 kg, en raison de la fatigabilité et des douleurs. Une activité adaptée, sans port de charges lourdes et avec des positions alternées, pourrait a priori être exercée 8 heures par jour. Cette patiente bénéficie déjà d'une médication antalgique et d'un suivi psychologique. Appelé à se prononcer, le Dr F. _____, médecin au Service médical régional AI (ci-après : SMR), indique le 29 novembre 2016 que cette assurée, qui présente un syndrome douloureux des deux avant-bras s'étendant aux quatre membres et dont le status neurologique est normal, souffre Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 vraisemblablement d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique. Selon la jurisprudence, une telle affection n'ouvre en principe pas le droit à des prestations de l'AI mais une expertise bidisciplinaire est cependant nécessaire pour confirmer une telle conclusion. Dans son rapport médical du 28 juin 2017, la Dre C. _____ informe l'OAI de l'existence de nouveaux éléments à prendre en compte suite à un accident survenu en février 2017 et que sa patiente souffre actuellement d'une impotence fonctionnelle importante de sa main gauche. Dans un rapport médical subséquent du 1er septembre 2017, elle précise que sa patiente souffre toujours d'un syndrome chronique des quatre membres, qu'elle ne peut pas porter des objets ou rester debout sans douleurs. De plus à la main gauche, elle souffre d'un œdème à l'index gauche suite à l'accident de février 2017 et il y a actuellement un suivi en rhumatologie pour une suspicion de syndrome du Südeck. Dans son rapport médical du 25 juillet 2017, la Dre G. _____, spécialiste en rhumatologie, mentionne que l'assurée présente un tableau clinique (douleurs permanentes de caractère disproportionné par rapport à l'événement déclenchant, la différence de température par rapport à l'autre côté, l'hyperesthésie et les troubles trophiques) qui est évocateur d'un syndrome douloureux chronique régional complexe au niveau du membre supérieur gauche distal. Afin de mieux détailler le diagnostic, elle a demandé une scintigraphie osseuse. Dans son rapport médical du 26 septembre 2017, le Dr H. _____, spécialiste en radiologie, indique avoir réalisé une scintigraphie osseuse 3 phases avec pour indication une suspicion d'une algoneurodystrophie au niveau de la main gauche après un traumatisme au niveau du 2ème rayon. En phase vasculaire, il a réalisé des vues dynamiques centrées sur les mains et n'a pas mis en évidence d'accumulation accrue du radiotraceur en regard de la main et du coude gauche traduisant une éventuelle hyperhémie locale. En phase tissulaire, il a réalisé

des vues statiques des mains et n'a pas mis en évidence d'hypercaptation pathologique nette en regard de la main, du poignet et du coude gauche. En phase osseuse, 3 heures après l'injection du radiotracer, il a réalisé des vues antérieures et postérieures par balayage du corps entier et des vues statiques des membres supérieurs et des genoux et il n'a pas mis en évidence d'asymétrie de la captation au niveau des membres supérieurs en faveur de la gauche. Il (en) conclut à l'absence d'image scintigraphique nette en faveur d'une algoneurodystrophie au niveau de la main gauche. Dans son rapport médical du 8 septembre 2017 à la SUVA, la Dre C. _____ pose le diagnostic de syndrome douloureux chronique régional complexe de la main gauche. Elle indique que le pronostic est mauvais, qu'il y a une péjoration de l'impotence fonctionnelle et qu'il faut s'attendre à une impotence fonctionnelle de la main gauche. Dans son rapport médical du 12 décembre 2017 à la SUVA, le Dr E. _____ indique qu'il a appris l'accident de février 2017 de sa patiente au mois de mai 2017, lorsqu'elle lui a fait part d'une suspicion de SRDC de la main gauche au vu de l'évolution. Il précise ne s'être pas personnellement occupé du bilan de ce SRDC. Il mentionne aussi qu'une scintigraphie a été effectuée qui ne montre pas d'élément corroborant le diagnostic de SRDC. L'assurée a été examinée par le médecin d'arrondissement de la SUVA le 15 décembre 2017. Dans son rapport médical du 3 janvier 2018, le Dr I. _____ mentionne qu'elle s'est coincée l'index de la main gauche dans la porte de sa voiture en février 2017. Les investigations n'ont pas mis en évidence de lésion osseuse ni de trouble fonctionnel sur le moment. Par la suite, elle a développé Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 un SRDC de sa main et de l'avant-bras gauche. Par ailleurs, elle est connue pour un syndrome douloureux chronique diffus, sans diagnostic précis pour l'heure. Subjectivement, la patiente se plaint de douleurs permanentes au niveau de son avant-bras et de la main gauche, d'une impotence fonctionnelle sévère avec impossibilité de tenir un objet avec sa main gauche, même très léger. Elle décrit des épisodes de tuméfaction, de lividité cutanée, de téguments violacés, de sudation locale au niveau de la main gauche, sans facteur déclenchant identifié. Elle ne peut quasiment pas utiliser sa main gauche pour la moindre activité. Objectivement, la flexion de l'index gauche est sévèrement limitée au niveau du pouce gauche et des doigts 3 à 5 à gauche. Il n'y a pas clairement une atrophie musculaire de l'éminence Thénar. L'avant-bras gauche présente une légère amyotrophie en comparaison avec le côté droit, la patiente est droitière. Il conclut qu'anamnestiquement, la patiente remplit clairement les critères de Budapest pour un SRDC. A l'examen, il ne constate ni œdème ni changement de la coloration ni sudation. Par contre, il y a une impotence fonctionnelle de la main gauche et une brillance cutanée au niveau de l'index. Du point de vue médical, la patiente présente un SRDC de sa main et de l'avant-bras gauche. La situation n'est pas stabilisée et il propose un séjour à J. _____ pour la prise en charge de ce SRDC. L'assurée a séjourné à la J. _____, du 24 avril au 16 mai 2018. Les médecins de J. _____ n'ont pas d'argument clinique pour un syndrome douloureux régional complexe actif. Ils indiquent que les quelques signes observables peuvent être mis sur le compte de la sous-utilisation. Ils ont expliqué ceci à la patiente et l'ont incitée à utiliser au maximum le membre supérieur gauche. Selon eux, les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par la patiente et influencent défavorablement le retour au travail : patiente qui reste centrée sur ses douleurs, catastrophisme modéré, kinésiophobie, sous-estimation de ses capacités fonctionnelles, demande AI en cours. Des incohérences ont aussi été relevées : discordance entre la lésion

initiale et l'importance du déficit allégué, importante variabilité dans les mesures effectuées pendant le séjour. L'examen final par le médecin d'arrondissement de la SUVA a eu lieu le 10 août 2018. A l'examen clinique, le Dr K. _____ ne retrouve pas de tuméfaction locale au niveau de la main, l'assurée porte une alliance au niveau de son annulaire gauche. Il relève que l'aspect des téguments présente une coloration et une température normales, pas d'évidence d'hypersudation. L'index ne présente pas de signe dystrophique. Il constate que l'évolution est défavorable, faisant suspecter un SRDC mais qui n'est pas confirmé par les examens complémentaires. L'assurée a été hospitalisée à J. _____ qui confirme l'absence du Südeck actif et qui conclut que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectivées et constatées. Des facteurs contextuels jouent un rôle important dans la persistance des plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par l'assurée. Subjectivement, l'assurée rapporte une évolution allant en s'aggravant engendrant un important handicap fonctionnel quant à l'utilisation de la main gauche. Objectivement, la main n'est pas tuméfiée, il n'y a pas de dyscoloration ni d'atrophie de l'index. Les divers bilans n'ont pas montré d'atteinte compatible avec un SRDC. D'un point de vue médical, il considère la situation comme stabilisée et il estime que 18 mois après le traumatisme, celui-ci ne joue plus de rôle dans la persistance des plaintes de l'assurée. D'un point de vue asséculo-logique, vu la persistance des limitations fonctionnelles, il reconnaît à l'assurée une pleine capacité de travail dans une activité essentiellement mono-manuelle et évitant tout port de charges ou de prise de force nécessitant l'utilisation de la main gauche. Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 Dans son rapport médical du 14 février 2019, la Dre G. _____ pose les diagnostics de douleurs post traumatiques persistantes de l'index gauche. Elle indique qu'un syndrome douloureux régional complexe a été suspecté initialement, les critères de Budapest étant initialement remplis mais la radiographie de l'index de la main gauche du 2 mars 2017 n'a pas montré de fracture, la radiographie des mains du 26 avril 2018 montre une morphologie normale sans lésion décelable, les rapports articulaires sont tous conservés, les parties molles sans particularité et la scintigraphie osseuse du 26 juillet 2017 ne montre pas d'image scintigraphique en faveur d'une algoneurodystrophie. La Dre G. _____ se réfère aussi à l'évaluation neurologique du Dr L. _____ du 27 novembre 2018 pour préciser que le tremblement du membre supérieur gauche est d'origine fonctionnelle. Elle pose également le diagnostic de douleurs chroniques généralisées mal systématisées d'origine indéterminée avec composante fibromyalgique probable (Score de Wolfe et Coll : 13/19). Elle explique que cette patiente est connue pour un syndrome douloureux chronique, généralisé et mal systématisé, multi-investigué, probablement à composante fibromyalgique et que le traitement au stade tardif d'un éventuel SRDC reste plutôt celui du syndrome douloureux chronique sans spécificité véritable. La restauration fonctionnelle demeure très importante avec de la physiothérapie, ergothérapie et une approche bio-psychosociale orientée vers l'autonomie. L'expertise bidisciplinaire a eu lieu le 24 avril 2019 et a été confiée au D. _____, les experts étant le Dr M. _____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie. A l'examen clinique, l'expert rhumatologue relève une mobilité limitée et douloureuse de l'épaule gauche, une force musculaire diminuée de manière diffuse dans tout le membre supérieur gauche, en hypoesthésie à la douleur de la main gauche, qui présente un tremor, et des douleurs à la mobilisation des hanches et des genoux sans limitation de la mobilité, en particulier des articulations coxo-fémorales. L'expert n'a aucun argument anamnestique ni clinique permettant de suspecter une maladie rhumatismale inflammatoire. L'expert en conclut que l'on est en présence d'un syndrome

douloureux chronique des membres supérieurs, du bassin et des membres inférieurs d'origine indéterminé (M79.60) et d'un syndrome de douleurs chroniques de la main gauche après un événement traumatique mineur du 5 février 2017 (S60.0). Comme autres diagnostics, l'expert rhumatologue pose ceux de : status après une cure chirurgicale d'un syndrome du canal carpien gauche le 12 janvier 2001 (G56.0), discopathie et uncarthrose en C5-C6 (M51.3) et troubles statiques du rachis dorsal avec scoliose sinistro-convexe et hypercyphose (R29.3). A la question posée aux experts de savoir quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assurée, ils ont répondu qu'il devrait s'agir d'une activité sans port de charges supérieures à 5 kg, ne nécessitant pas d'activités manuelles complexes et permettant un changement des positions du corps, en évitant en particulier la station debout prolongée, ceci depuis toujours. Dans cette activité, le temps de présence maximal est de 6 heures par jour, pour une journée de travail de 8h30. Les experts ont pris en considération une incapacité de travail pour toute activité de 30% en raison de la fatigue engendrée par les douleurs chroniques. Durant ce temps de présence pour une activité de ce type, les experts estiment que la performance de l'assurée ne serait pas réduite. Et par rapport à un emploi à 100%, la capacité de travail de l'assurée dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail est de 70%. Dans le détail, en plus des limitations fonctionnelles occasionnées par le syndrome de douleurs chroniques des membres supérieurs, du bassin et des membres inférieurs, à savoir l'éviction de port fréquent de charges supérieures à 5 kg et la station debout prolongée, les limitations fonctionnelles suite au traumatisme mineur avec atteinte de l'index gauche sont les activités manuelles complexes. Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 Quant à l'expert psychiatre, il pose le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Il explique que ce diagnostic peut être retenu devant les plaintes somatiques multiples qui ont varié dans le temps, qui demeurent persistantes mais qui ne répondent pas au tableau clinique complet d'une somatisation. Il n'y a pas de perturbation du comportement et il n'y a pas d'altération du fonctionnement social et familial. Il s'agit d'un trouble qui peut s'accompagner ou non d'éléments de présomption en faveur d'une cause psychologique. Un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ne peut être retenu en l'absence de contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble. Il n'y a pas d'état de détresse. Il n'y a pas d'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère ou moyenne chez une assurée hédonique, dont la capacité à se projeter dans l'avenir est efficiente, qui n'est pas triste de manière durable, qui ne connaît pas de vécu de culpabilité ou d'indignité, qui n'a pas de diminution de l'appétit, d'attitude pessimiste face à l'avenir, qui ne connaît pas de diminution de la concentration et de l'attention. En outre, elle a une estime de soi qui est conservée. Analysant les critères juridiques selon l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015, s'agissant de la catégorie « degré de gravité fonctionnelle », complexe atteinte à la santé, les experts retrouvent des plaintes somatiques multiples qui ont été variables dans le temps, elles sont persistantes et ne répondent pas au tableau clinique complet et typique d'une somatisation. Il n'y a pas d'altération des relations interpersonnelles en particulier familiales. Il n'y a pas de mise en évidence de facteurs organiques qui puissent expliquer la survenue des symptômes algiques. Quant au succès du traitement ou la résistance à cet égard, les experts soulignent que l'assurée est compliant à un traitement antalgique qui lui est proposé. S'agissant du succès de la réadaptation ou de la résistance à cet égard, les experts notent que l'assurée demeure ouverte à une mesure de réadaptation professionnelle. Dans la catégorie « cohérence », il n'existe pas de limitation uniforme de toutes les activités dans tous les

domaines de l'existence puisque cette assurée continue à honorer nombre de tâches ménagères adaptées à ses manifestations algiques. Elle se promène, elle ne peine pas à se déplacer en voiture, elle nourrit de bonnes relations amicales et sociales, entretient d'excellentes relations intrafamiliales, elle voyage (aussi en avion), est hédonique et sa capacité à se projeter dans l'avenir n'est pas entravée. Quant au poids des souffrances révélées, l'anamnèse rapportée par l'assurée n'est pas traumatique. Elle rapporte une famille harmonieuse, le développement et la scolarité ont pu se dérouler sans accroc. Il n'y a pas de dysfonction répétitive depuis le jeune âge adulte. L'atmosphère familiale actuelle n'est pas évocatrice d'un éventuel trouble de la personnalité. La capacité de travail de l'assurée est entière (100%) quelle que soit l'activité envisagée au motif psychiatrique. Les ressources de cette assurée sont nombreuses : elle sait s'adapter aux règles et routines et est capable de s'intégrer dans des processus d'organisation. Elle sait planifier et structurer des tâches, elle y consacre le temps adéquat et de manière adaptée à ses manifestations algiques. Elle gère son ménage, ainsi que les autres activités du quotidien, même si certaines d'entre elles sont assumées par son mari. Elle fait preuve de flexibilité et de capacité d'adaptation (...). Les difficultés de l'assurée sont des difficultés algiques. Le 1er mai 2019, l'OAI s'est adressé à son SMR pour savoir si les diagnostics retenus par les experts de D. _____ sont des atteintes reconnues comme invalidantes au sens de l'AI et, dans l'affirmative, si l'OAI peut suivre leur raisonnement à savoir qu'une incapacité de 30% pour toute activité est justifiée en raison de la fatigue engendrée par les douleurs chroniques. Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 Dans son rapport médical du 3 mai 2019, le Dr F. _____, médecin SMR, explique que, sur le fond médical, les experts confirment l'absence de pathologie organique expliquant les plaintes douloureuses. Sur le plan somatique, ils ne retiennent pas de diagnostic hormis un « syndrome douloureux ». Sur le plan psychiatrique, ils retiennent un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) comprenant notamment l'absence de « facteurs organiques pouvant expliquer la survenue des symptômes ». Il s'agit d'un diagnostic de moindre gravité qu'un « syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) », lequel s'accompagne d'un « sentiment de détresse », absent chez l'assurée, et survient dans un « contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble », également absent chez cette assurée. Le Dr F. _____ estime que les limitations fonctionnelles somatiques retenues par l'expert sont cohérentes avec les plaintes de l'assurée, mais ne peuvent pas être corroborées par une atteinte à la santé objectivable. La capacité de travail attestée (0% activité habituelle, 70% dans une activité adaptée) n'est justifiée que par les douleurs et la fatigue, symptômes subjectifs qui ne reposent en l'occurrence sur aucune atteinte à la santé physique ou psychique médicalement objectivable. Le Dr F. _____ relève que la capacité de travail dans les « syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique » doit être analysée sur la base des « indicateurs standards » établis par la jurisprudence du TF du 3 juin 2015. Cette analyse a été faite de manière détaillée par les experts : on relève notamment l'absence de comorbidité, l'absence de trouble en lien avec la personnalité, l'absence de perturbation du contexte social, l'absence de limitations uniformes du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et enfin la présence de ressources conservées. En prenant en considération l'ensemble de ces éléments, il semble difficile au Dr F. _____, dans cette situation, de justifier une incapacité de travail durable. Le 5 juillet 2019, l'OAI a demandé un complément d'expertises à D. _____. Le 31 juillet 2019, les experts mandatés (Dr N. _____ et Dr M. _____) ont apporté des éclaircissements sur

leur expertise médicale. Le Dr N. _____ a indiqué qu'un syndrome douloureux somatoforme, diagnostic psychiatrique, est depuis l'arrêt du Tribunal fédéral de juin 2015 considéré avec les nouveaux indicateurs et critères jurisprudentiels ad hoc. Dans le cas d'espèce, les items pertinents pour retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme F45.1 de l'ICD- 10 sont présents mais cependant, toujours du point de vue psychiatrique, la présence de nombreuses ressources explorées ne permet pas de retenir d'invalidité psychiatrique. Quant au Dr M. _____, il a expliqué que, sur le plan somatique, il a conclu à un syndrome douloureux chronique des membres supérieurs, du bassin et des membres inférieurs d'origine indéterminé (M79.60) et à un syndrome de douleurs chroniques de la main gauche après un événement traumatique mineur et, considérant le travail de l'expertisée comme très lourd (« logisticienne »), il a estimé l'incapacité de travail à 100% dans son activité habituelle, et à 70% dans une activité adaptée en raison des douleurs chroniques, avec une diminution de rendement. Dans un rapport médical du 13 juillet 2021 adressé à l'OAI, le Dr E. _____ a renvoyé à ses rapports médicaux précédents et a précisé que l'on ne peut améliorer la capacité de travail au poste exercé jusqu'à présent, que l'on ne peut pas exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité. S'agissant des limitations fonctionnelles, il indique que sa patiente peut rester en position assise une heure par jour, en position debout une heure par jour, qu'elle peut rester dans la même position du corps pendant 30 minutes, que sa motivation pour un reclassement est faible et que son absentéisme prévisible est important. Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 Dans son rapport médical du 20 décembre 2021, le Dr E. _____ a répondu aux questions posés par le mandataire de la recourante. Après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr M. _____ et du document « Critères diagnostiques cliniques du SRDC », il maintient que la recourante souffre d'un SRDC à son membre supérieur gauche. Il explique ensuite les raisons pour lesquelles il n'est pas d'accord avec le Dr M. _____ et pourquoi il diagnostique un SRDC : « Le document 2, décrit comme critère diagnostique clinique du SRDC modifiés selon Harden et Bruehl, correspondant de fait, aux critères diagnostiques de Budapest, qui sont en vigueur actuellement pour le diagnostic du syndrome régional douloureux complexe. Le Dr M. _____ a évalué, selon ce questionnaire, Mme A. _____ et je suis d'accord sur la majorité des points qu'il relève dans ce questionnaire. Toutefois, au point 3C, je suis en désaccord : Mme A. _____ présentant un œdème de l'index gauche, qui est présent cliniquement dans plusieurs rapports de consultation et que j'ai pu objectiver moi-même. Dans ce contexte, en corrigeant le rapport de la manière suivante, c'est-à-dire qu'en attribuant un point positif à l'item 3C, Mme A. _____ remplit les critères diagnostiques pour un SRDC, selon les critères de Budapest ». Enfin, il n'est pas d'accord avec la remarque émise par le Dr M. _____ : dans son rapport d'expertise, qui « relève que, dans mon rapport du 12 décembre 2017, je note une absence d'argument pour un cas de SRDC. Ceci est une interprétation qui ne correspond pas du tout à ce que j'ai mentionné. Dans mon rapport du 12 décembre 2017, j'ai écrit la chose suivante : Je ne me suis personnellement pas occupé du bilan de ce SRDC. J'ai également mentionné qu'une scintigraphie a été effectuée, qui ne montre pas d'élément corroborant le diagnostic de SRDC. Il est important de noter qu'une scintigraphie osseuse par des signes d'hyper-captation précoces ou tardives, peut donner des éléments en faveur d'un SRDC. Toutefois, leur absence ne permet certainement pas d'infirmer ce diagnostic. Toujours dans ce même rapport, je m'étais mis à disposition pour effectuer un bloc stellaire gauche, qui est un bloc sympathique, utilisé de manière diagnostique et thérapeutique, dans le SRDC, ce qui confirme pour ma part, la

suspicion de ce diagnostic ». Appelé par l'OAI à se prononcer sur le nouveau rapport médical du Dr E. _____ du 20 décembre 2021, le Dr O. _____, médecin SMR, indique, dans son avis du 13 janvier 2022, que le nouveau rapport du Dr E. _____ n'amène aucun nouvel élément médical et qu'il y a juste une réitération d'un avis médical différent. L'essentiel ne change pas selon lui : l'atteinte à la santé objective et les limitations fonctionnelles objectives qu'elle engendre ont été déterminées et argumentées depuis longtemps. Ainsi son avis médical est superposable à l'avis médical du Dr F. _____ du 28 septembre 2021. 3.2. Il ressort des avis présentés ci-avant que le Dr M. _____ et le Dr E. _____ divergent principalement sur le choix du diagnostic déterminant (SRDC à la main gauche), ainsi que sur les effets de celui-ci sur la capacité de travail de l'assurée. L'expertise bidisciplinaire mandatée par l'OAI auprès du Dr N. _____ (psychiatre) et du Dr M. _____ (rhumatologue) répond parfaitement aux requisits jurisprudentiels en la matière. Elle a été effectuée en pleine connaissance du dossier et sur la base d'exams complets. Les experts ont pris en considération les plaintes exprimées par l'assurée et les points litigieux ont été discutés. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions sont dûment motivées. En substance, lors de leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu, au niveau physique, que l'assurée souffre toujours au moment de l'expertise des douleurs aux membres supérieurs, aux membres inférieurs, aux hanches et à la main gauche, ainsi que parfois aux pieds de manière Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 fluctuante. Les algies s'accompagnent parfois de paresthésies, sans sensation de chocs électriques ni de picotements. Il n'y a pas de raideur matinale, mais plutôt des douleurs accrues le matin. Au niveau psychique, les experts ont retenu que l'assurée n'a pas d'antécédent psychiatrique particulier, qu'elle a développé dès 2014 des manifestations algiques des membres supérieurs, puis des membres inférieurs, des coxalgies avant que son état de santé ne soit préterité par un traumatisme du membre supérieur gauche. Ils ont retenu qu'à l'heure actuelle, l'état psychiatrique de l'assurée n'est pas préoccupant et qu'il est éloigné des grands syndromes psychiatriques incapacitants. Ils n'ont pas retenu de somatisation (F45.0) ou de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) étant donné l'absence de contexte de conflit émotionnel et de problèmes psycho- sociaux suffisamment importants pour être considérés comme étant la cause du trouble et étant donné l'absence d'état de détresse. L'euthymie de l'assurée ne leur a pas permis de retenir un quelconque épisode dépressif caractérisé. Devant les plaintes somatiques multiples qui ont varié dans le temps, qui demeurent persistantes mais qui ne répondent pas au tableau clinique complet d'une somatisation, en l'absence de perturbation du comportement et d'altération du fonctionnement social et familial, ils ont retenu le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). La recourante ne conteste pas les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire. Au niveau physique, les experts ont retenu qu'en mars 2014 l'assurée a commencé à présenter des douleurs aux deux mains pouvant irradier jusqu'aux épaules. En 2014, une IRM des avant-bras et des mains ainsi qu'un examen neurologique s'étaient avérés normaux et, en 2015, le Dr P. _____ avait conclu à un syndrome douloureux chronique des membres supérieurs d'étiologie indéterminée. Les experts ont relevé que l'intensité et la fréquence de ces algies avaient augmenté progressivement et que l'assurée avait commencé à ressentir des douleurs aux hanches et aux membres inférieurs. Ils ont également relevé qu'en 2017 l'assurée avait refermé la portière de sa voiture sur son index gauche et que les suites de cet accident s'étaient révélées défavorables ; une suspicion de syndrome douloureux régional complexe de la main gauche a été évoqué par plusieurs médecins avant qu'un nouvel examen de la Dre

G._____ considère que la clinique était devenue peu suggestive d'un syndrome chronique régional complexe notamment en l'absence de troubles trophiques, vasomoteurs et sudomoteurs évocateurs. A l'examen clinique, l'expert rhumatologue a relevé une mobilité limitée et douloureuse de l'épaule gauche, une force musculaire diminuée de manière diffuse dans tout le membre supérieur gauche, en hypoesthésie à la douleur de la main gauche qui présente un tremor, et des douleurs à la mobilisation des hanches et des genoux sans limitation de mobilité. Il a relevé qu'il n'avait aucun argument anamnestique ni clinique permettant de suspecter une maladie rhumatismale inflammatoire et les experts ont dès lors posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique des membres supérieurs, du bassin et des membres inférieurs d'origine indéterminée et de syndrome de douleurs chroniques de la main gauche après un événement traumatique mineur du 5 février 2017. La recourante conteste les conclusions du volet somatique de l'expertise bidisciplinaire. Elle fait valoir que l'exigibilité retenue par l'autorité intimée tant sur le plan professionnel que ménager ne tient pas suffisamment compte de son incapacité à utiliser son membre supérieur gauche en raison du syndrome douloureux régional complexe. Pour appuyer son point de vue, elle se base sur le rapport médical du Dr E._____ du 20 décembre 2021.

3.3. Il importe ainsi d'examiner si les critiques formulées par le Dr E._____ sont susceptibles d'ébranler les conclusions de l'expertise du Dr M._____ et du Dr N._____. Tribunal cantonal TC Page 14 de 17

Comme le suggère déjà son nom, le syndrome douloureux régional complexe (SRDC ou complex regional pain syndrome [SRDC]), anciennement nommé algodystrophie ou maladie de Südeck) est une entité dont la pathophysiologie n'est pas toujours élucidée. Survenant le plus souvent après un traumatisme, même mineur, le SDRC se manifeste par une douleur disproportionnée et persistante, typiquement au niveau distal d'une extrémité, avec des symptômes inflammatoires et neuro- végétatifs et qui ne correspondent pas à un territoire neuroanatomique défini. Initialement, le syndrome est difficile à distinguer du processus physiologique de guérison après un traumatisme ou une intervention chirurgicale, et il n'y a pas de test paraclinique qui permette de trancher, raison pour laquelle le diagnostic de SDRC est essentiellement clinique et repose sur un consensus d'une commission de l'IASP (International Association for the Study of Pain). Toutefois, l'utilisation des critères de l'IASP a abouti à une surestimation des diagnostics de SDRC pouvant conduire à la mise en place de traitements inutiles et inappropriés. Une nouvelle définition des critères diagnostiques du SDRC a donc été proposée en 1999 et revue ultérieurement par un groupe d'experts réunis à Budapest. Postérieurement, le SDRC a été défini par des symptômes et des signes d'examen clinique selon quatre catégories, à savoir les troubles somatosensoriel, vasomoteur, sudomoteur et moteur. Le diagnostic clinique est posé si les trois critères suivants sont positifs : une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement initial, au minimum un symptôme présent pour chaque catégorie énumérée dans le Tableau 3 et au minimum un signe d'examen clinique dans deux des catégories énumérées dans le Tableau 3. Le Tableau 3 présente les critères diagnostiques pour le syndrome douloureux régional complexe selon Bruel et Harden (« Critères de Budapest »). Pour remplir ces critères, il faut : 1) Une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement initial 2) Au minimum un symptôme présent dans 3 des 4 catégories : a) somatosensorielle : hypersensibilité, b) vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou de couleur de peau asymétrique, c) sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème, d) motrice/trophique : raideur articulaire, dystonie, tremblement, manque de force, changement de la pilosité ou des ongles 3) Au minimum un signe d'examen clinique dans

deux de ces catégories : a) somatosensorielle : allodynie, hyperalgésie, b) vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique, c) sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème, d) motrice/trophique : diminution de la mobilité articulaire, dystonie, tremor, faiblesse, changements trophiques de la pilosité et des ongles 4) Aucun autre diagnostic ne rend mieux compte des signes et des symptômes. (cf. Critères diagnostics du syndrome douloureux régional complexe de C. Spicher et al. in Springer- Verlag France 2014). La requérante est d'avis que le rapport médical du Dr E. _____ du 20 décembre 2021 démontre l'inexactitude du diagnostic posé par le Dr M. _____. Elle explique que son médecin traitant, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr M. _____, confirme le diagnostic de SRDC du membre supérieur gauche. En effet, le Dr E. _____ relève la présence d'un œdème de l'index gauche, ce qui l'amène à attribuer un point positif à l'item 3C et, compte tenu de cette correction, le médecin traitant de la requérante estime qu'elle remplit les critères diagnostiques de Budapest. Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 La requérante en conclut qu'étant donné qu'un SRDC est susceptible de causer de sévères limitations fonctionnelles lors de l'utilisation du membre atteint par ce syndrome, les conclusions du Dr M. _____ relatives à sa capacité résiduelle de travail sont par conséquent dénuées de toute force probante. De même, elle estime que c'est à tort que le Dr M. _____ a retenu qu'elle était en mesure d'utiliser normalement sa main gauche dans le cadre d'une activité professionnelle, à condition que cette dernière ne nécessite pas le port fréquent de charges de plus de 5 kilos, ni d'activité manuelles complexes ; compte tenu du SRDC dont est atteint son membre supérieur gauche, seule une activité mono-manuelle est en réalité exigible de sa part. Dans son expertise rhumatologique du 24 avril 2019, le Dr M. _____ a retenu, s'agissant des critères diagnostiques de Budapest, que la requérante présentait 4 symptômes sur 4 mais seulement 1 signe d'examen clinique sur 4 (cf. expertise rhumatologique, p. 505 dossier AI). En effet, à la p. 533 du dossier AI, le Dr M. _____ a répondu par l'affirmative à la question de la présence d'une douleur continue, disproportionnée par rapport à n'importe quel élément déclenchant (critère diagnostique 1). De même, il a confirmé la présence de troubles sensoriels, de troubles vasomoteurs, de troubles sudomoteurs/œdème et de troubles moteurs/trophiques (critères diagnostiques 2a, 2b, 2c, 2d). Il a ainsi validé la présence signalée par la patiente d'au moins un des symptômes dans trois des quatre catégories. Par contre, s'agissant de la présence constatée à l'examen au moment de l'évaluation, d'au moins un signe dans deux ou plus des catégories suivantes, il a répondu par la négative aux questions de savoir si, au moment de l'examen clinique, il retrouvait des troubles sensoriels (critère diagnostique 3a), des troubles vasomoteurs (critère diagnostique 3b), des troubles sudomoteurs/oedème (critère diagnostique 3c). Le seul signe que le Dr M. _____ a pu examiner à l'examen clinique sont les troubles moteurs/trophiques. Il n'a donc pu constater la présence que d'un signe dans une seule des catégories 3a, 3b, 3c, et 3d, à savoir les troubles moteurs/trophiques de la catégorie 3d, soit 1 signe d'examen clinique sur 4, ce qui est dès lors insuffisant pour poser le diagnostic de SRDC puisqu'il aurait au moins fallu un signe dans deux ou plus des catégories 3a, 3b, 3c et 3d. Au vu de ce qui précède, l'on ne peut suivre le raisonnement tenu par le Dr E. _____ dans son rapport médical du 20 décembre 2021. En effet, le Dr M. _____ a bien attribué un point positif à l'item 3C (troubles sudomoteurs/oedèmes) mais il n'a pu le faire que dans la catégorie des symptômes signalés par la patiente mais pas dans la catégorie de la présence constatée lors de l'évaluation, puisqu'au moment de son examen clinique le jour de l'expertise, la requérante ne présentait pas de sudation et pas

d'œdème. Ainsi, à tout le moins à partir du moment de l'expertise au plus tard, le diagnostic de SRDC n'est pas présent ou n'est plus d'actualité. De plus, dans son rapport médical du 13 juillet 2021, le Dr E._____ n'atteste aucun fait médical objectif qui soit nouveau. Il répète les diagnostics qui sont connus au dossier, il atteste les limitations fonctionnelles alléguées par sa patiente, il ne connaît pas les ressources de sa patiente contrairement aux experts M._____ et N._____ qui l'ont examinée, et il atteste une incapacité de travail totale dans toute activité sans plus de motivation médicale explicite. Le Dr E._____ ne fait donc état d'aucun élément médical objectif nouveau non pris en compte par les experts. Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 3.4. Au vu de ce qui précède, la Cour acquiert la conviction que les arguments du Dr E._____ ne remettent pas en question les conclusions convaincantes de l'expertise bidisciplinaire D._____. Il faut rappeler ici que, de jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant, dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, 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. Dans le cas d'espèce, il importe aussi de rappeler les rôles distincts incombant à l'expert et au médecin traitant. Quand bien même les experts rhumatologue et psychiatre n'exercent pas un suivi « au long cours » de l'assurée, contrairement au spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur traitant, ils n'en ont pas moins procédé à une analyse approfondie du dossier, en se fondant sur l'anamnèse, les déclarations de l'assurée ainsi que leur propre examen clinique avec, pour le rhumatologue expert, l'examen du SRDC à la lumière des critères diagnostiques de ce syndrome. Il en résulte que, du point de vue rhumatologique, l'exercice de l'activité professionnelle antérieure est totalement contre-indiquée depuis juillet 2016 en raison du port de charges lourdes et de la station debout prolongée. Quant à l'exercice d'une activité adaptée, dans une activité sans port fréquent de charges supérieures à 5 kg, ne nécessitant pas d'activités manuelles complexes et permettant un changement des positions du corps, en évitant en particulier la position debout prolongée, les experts du D._____ estiment qu'il existe une capacité de travail de 70% depuis juillet 2016, lorsque débute l'incapacité de travail dans l'activité antérieure. Une incapacité de travail de 30% est en effet attestée par les experts dans toute activité adaptée en raison de la fatigue engendrée par les douleurs chroniques. 3.5. La comparaison des salaires de valide et d'invalides selon la méthode mixte donne un degré d'invalidité de 4,14% pour la période de 2016 à 2017 et de 19,8% dès 2018. Etant inférieur à 40%, il est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. L'application des nouvelles dispositions de la LAI qui prévoient un nouveau système de graduation décimale de la rente à partir d'un taux d'invalidité de 40% ne trouve ainsi aucune application dans le cas d'espèce. 4. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée, en tant qu'elle refuse une rente d'invalidité à la recourante. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 4 mars 2022. Pour les mêmes motifs, la recourante n'a pas droit à des dépens. Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en

matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 7 novembre 2022/mfa Le Président : La Greffière-rapporteuse :

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