

FR_GERICHTE 605 2023 74 vom 11. Januar 2024

FR Kantonsgericht, 2024-01-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2023_74

FR: FR_GERICHTE 605 2023 74 du 11 janvier 2024

IT: FR_GERICHTE 605 2023 74 del 11 gennaio 2024

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Droit applicable Dans le cadre du développement continu de l'AI, 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

E. 2.1

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

E. 2.2

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaires (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15

Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables, la nouvelle demande de rente ayant été déposée le 31 janvier 2021, le droit à la rente débutant, le cas échéant, sous l'empire de l'ancien droit.

3. Invalidité – notion d'atteinte invalidante A teneur 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.

3.1. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique.

3.2. En vertu de l'art. 7 al. 2 LPGA, les facteurs extra-médicaux (p.ex. des facteurs psychosociaux et socioculturels) ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain. 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 extra-médicaux apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé 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, par exemple au plan psychiatrique, tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive (comme, par exemple, une « dysthymie », ATF 143 V 418 consid. 8.1 et références). En définitive, une atteinte 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).

3.3. Ce n'est, cela étant, 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).

4. Atteinte à la santé psychique

4.1. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (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.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15

facteurs excluant la valeur invalidante de 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). 4.2. Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

5. Droit à la rente – calcul du taux – obligation de réduire le dommage Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'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 qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

5.1. Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Ce dernier article indique que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 1 2e phr.). Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après la survenance de l'invalidité et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b).

5.2. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'une personne raisonnable prendrait dans la même situation si elle ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (arrêt TF 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.3; ATF 113 V 22 consid. 4d; HÜRZELER, Prävention im Haftpflicht- und sozialversicherungsrecht, in Prävention im Recht, 2007, p. 172 ss).

E. 6

Dispositions applicables en cas de nouvelle demande Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Ceci étant précisé, lorsque l'assurance est entrée en matière sur la nouvelle demande, l'examen du droit à la rente par l'autorité judiciaire ne se fera plus sous l'angle de la plausibilité, mais dans le cadre d'un examen complet du dossier et les allégués des parties seront examinés conformément aux dispositions relatives à l'appréciation des preuves en matière du droit des assurances sociales, à savoir sous l'angle de la vraisemblance prépondérante.

E. 6.1

Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art. 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. 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. 6.2

Tout changement important de circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à une rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi 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 130 V 349 consid. 3.5 ; 126 V 75 ; VSI 2000 p. 314 consid. 1b). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b ; arrêt TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3 ; arrêt TAF C- 2882/2006 du 14 octobre 2009 consid. 6.3).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15

E. 6.3

Pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office), constitue le point de départ temporel pour l'examen du degré d'invalidité la dernière décision entrée en force et qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5).

E. 7

Appréciation des preuves 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).

E. 7.1

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. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. 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).

E. 7.2

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). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). 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).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15

E. 7.3

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écartier d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

E. 8

Instruction des demandes Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur.

E. 8.1

Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité (cf. ATF 132 V 93 consid. 4), l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Conformément à l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

E. 8.2

Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le principe inquisitoire n'est en outre pas absolu dans la mesure où sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références).

E. 9

Objet du litige – historique des demandes de rente Est en l'espèce litigieux, dans le cadre d'une nouvelle demande, le droit à la rente de la recourante. Cette dernière conteste en particulier la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire, laquelle aurait été effectuée sans disposer de tous les certificats médicaux pertinents. De surcroît, l'expertise serait

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 à son avis entachée d'incohérences et de contradictions internes. Des ultérieures contradictions surgiraient également dans les échanges entre les experts et le SMR. De son côté, l'OAI rejette les arguments de la recourante et confirme les conclusions expertales. Qu'en est-il ? Première demande de rente

E. 9.1

La recourante a demandé pour la première fois des prestations AI dans le cadre d'une procédure d'intervention précoce déclenchée par une blessure à la main à la suite d'une chute à son domicile. Des décisions du 12 janvier 2015 et du 29 avril 2015 lui ont respectivement refusé l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle et d'une rente, ce

qu'elle n'a pas contesté. Deuxième demande de rente

E. 9.2

La situation a changé lorsque la recourante a souffert d'une hernie discale lombaire en mai 2015. À la suite de son opération à B._____ le 2 juin 2015, la recourante a déposé une deuxième demande de rente. L'instruction de cette demande portant sur l'état post-opératoire de la recourante, l'OAI a diligenté plusieurs rapports des chirurgiens traitants de B._____ et de G._____. Cette procédure a conduit au versement d'une rente entière limitée dans le temps du 1er février 2016 au 30 avril 2016, puis une demi-rente limitée dans le temps du 1er au 31 mai 2016. Nouvelle demande litigieuse

E. 9.3

La recourante a déposé une troisième demande de rente le 31 janvier 2021, pendant une nouvelle hospitalisation à C._____. Elle y déclarait être atteinte d'arthrose dorsale et de douleurs constantes depuis son opération en juin 2015. Par courrier du 4 mars 2021, l'OAI a donné un délai de 30 jours à la recourante pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé. Elle a donc produit un ensemble de certificats de C._____ du 26 janvier 2021. L'OAI a sollicité un rapport au Dr D._____, envoyé le 17 mars 2021 et rempli le 29 mars 2021. Ce dernier médecin a joint un rapport du Dr H._____ du 14 juillet 2020. La recourante a également été entendue par l'OAI dans un entretien téléphonique du 7 avril 2021. Le Dr I._____ du SMR a recommandé, sur la base de ces éléments et de l'entièreté du dossier, la mise sur pied d'une expertise bi-disciplinaire. Il sied ici de se pencher sur la question de savoir si l'instruction menée par l'OAI à ce stade de la procédure était, comme le soutient la recourante, insuffisante. En effet, pour cette dernière, l'autorité intimée aurait dû demander des renseignements complémentaires à C._____, au Dr H._____, et au Dr J._____. L'OAI étant entré en matière et ayant diligenté une expertise, force est de constater que la demande de la recourante a été prise au sérieux. Etant donné le large pouvoir d'appréciation de l'assureur

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 social, il serait très difficile de relever une insuffisance dans l'instruction du dossier dans le cas d'espèce. Si la recourante estimait que certaines pièces du dossier étaient alors absolument nécessaires, elle aurait dû les produire en raison de son obligation de collaborer (art. 28 LPGa).

E. 10

F45.1 / DSM-5 300.82". Ce diagnostic représente une forme atténuée du trouble de somatisation (FAUCHÈRE, Trouble Somatoforme, 2007, p. 129). Il s'agit donc d'une atteinte à la santé moins importante que celle qui serait engendrée par un "trouble somatoforme persistant CIM-10 F45.4". En raison de sa gravité moindre, un trouble de ce genre ne saurait impliquer une évaluation normative telle que prévue par la jurisprudence (ATF 141 V 281, consid. 4.2).

E. 10.1

La recourante formule des critiques analogues à celles qui viennent d'être exposées sur l'incomplétude de l'instruction du dossier (cf. consid. 9.3.). Les mêmes constats sur l'obligation de collaborer s'imposent donc face à ce grief. En effet, les dispositions légales réglant les expertises médicales ne prévoient aucune obligation de renseignement systématique auprès des médecins traitants. Mais on peut considérer que, s'ils l'avaient estimé nécessaire, les experts auraient pu demander des avis complémentaires auprès des

médecins traitants. Pour le surplus, il sera fait état des qualités et des défauts de l'expertise dans les considérants qui suivent.

E. 10.2

Sur le plan rhumatologique, le Dr F._____ a retenu un "syndrome lombo-vertébral persistant sans radiculalgie sciatique ou crurale" en tant que seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Ce diagnostic engendre selon l'expert une diminution de 20% dans la capacité de travail dans la dernière activité effectuée et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles retenues sont les suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg de façon répétée, pas de surcharge du rachis, pas d'échelles ni d'échafaudages, alternation des positions assise/debout selon sa convenance. La recourante critique l'expertise rhumatologique sur le fond comme sur la forme.

E. 10.2.1

Sur le plan formel, elle critique l'établissement du dossier, qui serait à son avis incomplet. À son avis, on aurait dû demander plus de rapports aux médecins traitants. Elle s'appuie également sur les constats de la Dre K._____, qui, dans son rapport SMR du 7 mars 2022, tout en validant l'expertise, a évoqué de façon laconique l'absence d'une anamnèse systématique dans cette dernière. Cette question a été abordée rapidement par le Dr F._____ à la p. 21 de l'expertise. L'expert y explique l'absence d'une anamnèse systématique générale par le fait qu'il s'agissait d'une expertise rhumatologique et non de médecine interne. Il convient de comprendre cet avis expertal de la façon suivante : le spécialiste a estimé disposer d'un nombre suffisant d'éléments afin de pouvoir poser son diagnostic et évaluer la capacité de travail de la recourante. Une anamnèse systématique était à son avis injustifiée. La justesse de cette

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 estimation sera confirmée par la production du rapport médical du Dr H._____ du 27 juin 2022, qui confirmera l'absence d'éléments nouveaux ayant une répercussion sur les conclusions expertales. Cette manière de procéder est compréhensible étant donné le mandat de l'OAI et le dossier médical de la recourante, qui est caractérisé par une symptomatologie claire et cohérente dans le temps.

E. 10.2.2

Quant au fond, la recourante se plaint premièrement de la non-prise en compte des différents certificats médicaux dans le cadre du diagnostic. Ce grief est mal fondé, car le diagnostic de "syndrome lombo-vertébral persistant sans radiculalgie sciatique ou crurale" englobe les éléments rhumatologiques du dossier. Pour ce qui concerne la fibromyalgie, elle a bien été relevée par le Dr F._____ (rapport d'expertise, p. 27). Force est, cela étant, de constater que l'omission de la fibromyalgie dans la section dédiée au diagnostic (rapport d'expertise, p. 30) est due à la nature également psychique de cette atteinte.

L'expert-rhumatologue, soucieux de se limiter à son champ d'expertise, a laissé l'évaluation de ce trouble à l'appréciation de l'experte-psychiatre, dans le cadre, on le rappelle, d'une expertise bi-disciplinaire.

E. 10.2.3

Le volet rhumatologique de l'expertise effectué par le Dr F._____ a ainsi été effectué selon les règles de l'art et ne saurait être remis en cause par les critiques de la recourante.

E. 10.3

Quant au volet psychiatrique de l'expertise, le diagnostic retenu par la Dre E._____ est de "trouble somatoforme indifférencié CIM-10 F45.1 / DSM-5 300.82". Ce trouble a été considéré comme sans répercussion sur la capacité de travail. La recourante critique, là encore, le volet psychiatrique de l'expertise sur le fond comme sur la forme.

E. 10.3.1

Sur le plan formel, la recourante soulève les mêmes griefs sur l'incomplétude du dossier. Les mêmes considérations qui ont conduit la Cour à confirmer la manière de procéder de l'expert- rhumatologue, imposent a fortiori de valider le choix de la Dre E._____ de ne pas demander d'avis complémentaires auprès des médecins traitants. En effet, le dossier psychiatrique était vierge de tout élément psychiatrique. La recourante n'avait jamais effectué une psychothérapie, ni un autre traitement psychiatrique. Le seul épisode pouvant être pris en compte est une rencontre avec un psychologue de C._____, qui n'a toutefois pas pu être identifié par la recourante. Le rapport d'expertise tient également compte de cet événement (rapport d'expertise, p. 38). Il est donc impossible de reprocher à la Dre E._____ de ne pas avoir sollicité des éléments inexistant. La recourante déplore également des inexactitudes dans l'anamnèse de l'experte-psychiatre. La seule inexactitude soulevée porte toutefois sur la durée du séjour en France de la recourante dans les années 80. L'experte a en effet écrit que ce séjour était "de 1968 à 1989", ce qui n'est pas conforme à la réalité, étant donné que la recourante a grandi au Kosovo.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 Cette même « erreur » est reprise par la Dre L._____ du SMR dans son rapport du 9 juin 2022. Dans ce rapport, cette dernière affirme que l'anamnèse personnelle faite par la Dre E._____ serait "peu informative", cela avant de néanmoins valider les autres parties de l'anamnèse. Hormis cette imprécision sur le séjour en France, ni la recourante ni la Dre L._____ ne soulèvent des éléments concrets susceptibles d'amener à penser que l'anamnèse effectuée par l'experte- psychiatre serait incomplète ou fautive. L'inexactitude sur les dates est probablement due à une faute de frappe et n'a pas vocation à remettre en cause l'évaluation expertale. Pour le surplus, l'anamnèse a été établie selon les règles de l'art.

E. 10.3.2

Pour ce qui concerne le fond de l'expertise psychiatrique, la recourante critique le diagnostic retenu. Elle conteste également les répercussions sur sa capacité de travail estimées par la Dre E._____. Il s'agit en l'espèce de vérifier si une évaluation normative et structurée de l'état de santé psychique de la recourante a été menée selon les règles de l'art (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.).

E. 10.3.2.1

Il convient en premier lieu d'analyser l'expertise sous l'angle du diagnostic retenu et contesté par la recourante, qui en déplore des ambiguïtés. Dans la même page où elle avait posé le "trouble somatoforme indifférencié CIM-10 F45.1 / DSM- 5 300.82" en tant que diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, la Dre E._____ a écrit "le diagnostic retenu est celui d'un syndrome douloureux somatoforme persistant CIM-

E. 10.3.2.2

Si, malgré ce qui précède, l'on procédait à une telle évaluation, force serait alors de constater que l'état de santé de la recourante ne remplirait pas les critères de la jurisprudence. À l'heure actuelle, aucune thérapie dans le domaine de la psychiatrie n'a été

prodiguée. Pourtant, une telle thérapie, surtout au stade du "trouble somatoforme indifférencié CIM-10 F45.1", pourrait avoir des effets positifs, ne serait-ce que dans l'apprentissage de la gestion des douleurs (cf. FAUCHÈRE , p. 197 ss). Il est donc impossible de relever une résistance au traitement (cf. ATF 141 V 281, consid. 4.3.1.2). Pour ce qui concerne les comorbidités (cf. ATF 141 V 281, consid. 4.3.1.3), le seul élément susceptible d'avoir une influence sur la capacité de travail de la recourante est l'absence de sommeil. Cet élément a été pris en compte par l'OAI à la suite de la production du rapport médical du Dr H._____ du 27 juin 2022. En effet, à la suite de ce rapport, l'OAI a reconnu une baisse de rendement de 10%. Sous l'angle de la personnalité et du contexte social (ATF 141 V 281, consid. 4.3.2 s.), la recourante se définit elle-même comme une femme forte, indépendante et bien entourée. Tant le mémoire de recours que l'expertise psychiatrique relèvent la force de caractère de Madame, qui a toujours su réagir aux difficultés de la vie. Le fait qu'elle ait surmonté sa fierté et décidé de débiter un suivi psychiatrique en est une preuve ultérieure. Elle est également bien entourée par ses proches, ce qui représente une ressource non-négligeable. Elle reçoit notamment l'aide de ses belles-filles et de son mari pour des affaires ménagères. Pour ce qui concerne enfin l'angle de la cohérence, aucune considération ne se pose en l'espèce. Les plaintes de la recourante sont en effet cohérentes avec ses troubles. En conclusion, force est de constater que, même si le diagnostic de "trouble somatoforme persistant CIM-10 F45.4" avait été retenu, la pleine capacité de travail de la recourante aurait dû être confirmée.

E. 10.4

Vu ce qui précède, l'expertise bidisciplinaire peut être confirmée tant dans son exécution que dans ses conclusions.

E. 11

Évolution ultérieure

E. 11.1

La recourante a encore produit un certificat médical du Dr H._____ du 27 juin 2022. Comme cela a été dit dans les considérants précédents, ce certificat n'amène pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier le diagnostic ou l'évaluation générale du cas. Il a toutefois été

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 pris en compte par l'OAI, qui a reconnu une baisse de rendement de 10% en raison des problèmes de fatigue liés au sommeil.

E. 11.2

La recourante a également produit deux certificats de la Dre M._____ du 10 et du

E. 12

Conclusion – frais et indemnité de partie

E. 12.1

Vu ce qui précède, la pleine capacité de travail retenue par les experts a été établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Partant, le recours est rejeté et la décision de l'OAI du 24 mars 2023 est confirmée.

E. 12.2

La procédure n'étant pas gratuite, des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés avec son avance de frais du 25 mai 2023. Aucune indemnité de partie n'est allouée. (Dispositif en page suivante).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision querellée est confirmée. II. Des frais de CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec son avance de frais du 25 mai 2023. III. Aucune indemnité de partie n'est allouée. 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 11 janvier 2024/mbo-fmo Le Président Le Greffier-stagiaire

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