

# FR\_GERICHTE 608 2018 141 vom 22. Mai 2019

FR Kantonsgericht, 2019-05-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2018\\_141](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_141)

FR: FR\_GERICHTE 608 2018 141 du 22 mai 2019

IT: FR\_GERICHTE 608 2018 141 del 22 maggio 2019

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 31

mars 2014 et fixant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 20%, a été annulée sur opposition le 4 juin 2014. Dans une nouvelle décision du 25 juin 2018, confirmée sur opposition le 23 octobre 2018, D. \_\_\_\_\_ a refusé l'octroi d'une rente, considérant que les troubles d'ordre psychique n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 3 décembre 2009 et que les atteintes physiques n'occasionnaient pas de perte de gain. Cette décision sur opposition a fait l'objet d'un recours devant le Tribunal cantonal (605 2018 291), sur lequel il est statué par arrêt séparé de ce jour. C. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, le 13 juillet 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Fribourg (ci-après : OAI). S'appuyant sur les conclusions des médecins d'arrondissement de D. \_\_\_\_\_, l'OAI a, par décision du 18 mars 2014, refusé d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité ou des mesures d'ordre professionnel, en l'absence de toute perte de gain. Par arrêt du Tribunal cantonal du 26 janvier 2016 (608 2014 77), le recours interjeté par l'assurée contre cette décision a été admis et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique, voire pluridisciplinaire si jugé nécessaire, dès lors que l'incidence du trouble psychique sur la capacité de travail et de gain n'avait pas été éclaircie jusqu'alors.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 D. Suite à cet arrêt, l'OAI a diligenté une expertise bidisciplinaire (orthopédie et psychiatrie) auprès du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et de la Dresse H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leurs rapports du 22 et du 30 novembre 2016, les deux experts estiment qu'"on ne peut pas attendre de rendement [de l'assurée] autre que dans une reprise de travail à titre thérapeutique". Dans un rapport du 19 décembre 2016, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, du Service médical régional (ci-après : SMR), estime que les conclusions des deux experts ne peuvent pas être suivies, les "deux rapports d'expertises [lui semblant] ne pas apporter tous les éléments nécessaires à une appréciation de l'exigibilité selon les critères de la jurisprudence en vigueur". Dans une prise de position du 6 février 2017, le service juridique de l'OAI affirme, quant à lui, plutôt pencher "vers une exagération des symptômes excluant le caractère invalidant du [trouble somatoforme douloureux", proposant d'"exiger de l'assurée qu'elle suive tous [s]es rendez-vous chez son psychiatre [...] et d'autre part, d'entente avec son médecin psychiatre, mettre sur place une prise en charge plus active [...]". Par la suite, un suivi psychiatrique a été imposé et son contrôle assuré par le biais de feuilles de suivi, lesquelles ont été

régulièrement remplies par le psychiatre. Par décision du 1er mai 2018, reprenant un projet du 13 septembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de rente. Il a indiqué ne pas avoir suivi les conclusions des experts mais avoir, cependant, renoncé à mettre sur pied d'autres mesures d'instruction. Selon lui, l'état de santé s'est amélioré avec la prise en charge psychiatrique.

E. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Daniel Strub, de Swiss Claims Network SA, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 4 juin 2018, concluant, à l'octroi d'une rente ainsi qu'à l'octroi d'une équitable indemnité de dépens. A l'appui de son recours, elle soutient que tant ses propres médecins que les experts mandatés par l'OAI attestent de son incapacité de travail totale, y compris dans une activité adaptée. Selon elle, l'OAI ne se fonde que sur l'avis lacunaire et non fondé du SMR, émanant qui plus est d'un médecin anesthésiste, ce qui ne saurait suffire. Au contraire, elle considère qu'aucun élément médical objectif ne permet de s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique, lesquelles vont dans le sens d'une incapacité totale de travail. Le 25 juin 2018, la recourante s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans une intervention spontanée du 10 juillet 2018, l'assurée a précisé avoir été l'objet d'une décision de placement à des fins d'assistance suite à une tentative de tentamen médicamenteux. Dans ses observations du 30 juillet 2018, l'OAI propose le rejet du recours. Le dossier constitué par D. \_\_\_\_\_ au nom de l'assurée a été produit et versé à la présente cause, ce dont les parties ont été informées. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 en droit 1. Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

2.2. 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 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 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.

3. 3.1. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins.

3.2. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière.

3.3. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

4. 4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la

preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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). 4.3. 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). En outre, 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). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). 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). 4.4. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C\_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 5. Est ici d'abord litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, ce qui implique d'abord d'examiner la situation médicale, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. 5.1. Sur le plan somatique, l'OAI a interrogé le Dr G. \_\_\_\_\_, orthopédiste, qui a rendu un rapport d'expertise le 22 novembre 2016. Le médecin mentionne les diagnostics invalidants de "status après arthroscopie de l'épaule D le 13.01.2012 et suture de la coiffe des rotateurs" et de "status après capsulite rétractile de l'épaule D" ainsi que les diagnostics non-invalidants de "diabète de type II" et d'"hypertension artérielle traitée". Il estime que "des limitations fonctionnelles doivent être reconnues à l'assurée pour ce qui concerne les activités nécessitant une force importante du membre supérieur D, les activités nécessitant un travail au-dessus du niveau de l'horizontal ainsi que les activités répétitives pour le membre supérieur D. Le port de charges exigible est également limité à 5 kg". Cependant, il conclut qu'"on ne peut pas attendre de rendement chez [l'assurée] autre que dans une reprise de travail à titre « thérapeutique »", proposant une "réponse consensuelle concluant la discussion avec l'experte psychiatre" (dossier OAI, p. 635). Le Dr I. \_\_\_\_\_ n'est pas convaincu par cette expertise. Il estime que le "rapport ne remplit pas entièrement les exigences en matière d'expertise médicale". En particulier, il relève que l'expert "ne s'est pas adjoint la collaboration d'un(e) interprète [mais que] c'est le mari de l'expertisée qui, non seulement a assisté à l'examen, mais encore a répondu aux questions à la place de l'expertisée". Il constate également que "l'expert ne disposait d'aucun document radiologique et n'a pas jugé nécessaire de demander des examens radiologiques ni ultrasonographiques de l'épaule droite". Il regrette aussi que l'expert "relève des incohérences [...] et des fortes autolimitations" sans, pour autant, donner une "appréciation critique et [sans] en tire[r] aucune conclusion" (rapport du 19 décembre 2016, dossier OAI, p. 688). Ces critiques sont fondées. Il est en effet reconnu que le recours à des proches pour la traduction peut créer un effet de distorsion. La jurisprudence a par ailleurs relevé que les membres de la

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 famille (y compris les amis et les connaissances) ne conviennent pas comme interprètes en raison du manque de distance par rapport à l'exploré et par la contrainte (mutuelle) de se comporter conformément aux rôles familiaux (cf. ATF 140 V 260 consid. 3, not. 3.2.4). En outre, l'on doit relever que l'expert n'avait pas de document radiologique à sa disposition mais uniquement des comptes rendus des

radiographies, IRM et ultrasonographies figurant dans le dossier assécurologique. Enfin, on relève que des "incohérences" et une impression "de fortes autolimitations" sont évoquées par l'expert mais que celui-ci ne semble pas les prendre en compte dans son évaluation de la capacité de travail. A cela, l'on doit ajouter que les conclusions de l'expert-orthopédiste ne sont que peu motivées. En particulier, les réponses aux différentes questions posées par l'Office ne sont que très succinctes, alors que la partie intitulée "appréciation du cas et pronostic" ne consiste, de facto, qu'en un résumé des parties précédentes, sans nouvel apport sur le plan de la réflexion. Au final, l'on a bien peine à comprendre les réponses que l'expert donne à l'OAI, et surtout leurs motifs et les raisonnements sous-jacents. Au vu de ce qui précède, il existe un doute certain quant à la validité des constats et conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_. Dans ces circonstances, l'expertise orthopédique n'apparaît pas convaincante, de sorte que la Cour ne saurait s'y référer. 5.2. Dans son arrêt du 26 janvier 2016 (608 2014 77), la Cour de céans s'était notamment référée aux conclusions des médecins de E.\_\_\_\_\_, qui renaient les limitations fonctionnelles suivantes : activités répétitives avec force du membre supérieur droit, activités prolongées avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules et activités très répétitives avec le membre supérieur droit. Selon eux, "sur le plan médico-théorique une [capacité de travail] totale est attendue dans une activité adaptée". La Cour se référait également aux conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_, admettant qu'il existait une incapacité totale dans l'ancienne activité d'ouvrière de production, mais que dans une activité professionnelle adaptée, l'assurée pouvait travailler à 100%, sans perte de rendement. Une telle activité devait être une activité légère à modérée, sans travail à la hauteur des épaules et au-dessus de la tête, un port de charge limité jusqu'à 10 kg à la hauteur des hanches, 5 kg à la hauteur du thorax et 1 kg à la hauteur des épaules et au-dessus et de manière non répétitive durant la journée. Cette activité devait en outre éviter tout travail générant des vibrations ou soumis à des coups ou des à-coups, l'utilisation d'échelles et d'échafaudages et toutes les activités contraignantes répétitives pour le membre supérieur droit dominant (cf. arrêt TC 608 2014 77 du 26 janvier 2016 consid. 3a). Aucun élément au dossier ne donne à penser que ces conclusions des médecins de E.\_\_\_\_\_ et du Dr F.\_\_\_\_\_ ne seraient plus actuelles. Le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin adjoint au sein de la clinique de chirurgie orthopédique de C.\_\_\_\_\_, constate pour sa part que l'état de santé de sa patiente n'a pas évolué depuis 2012 (cf. dossier OAI, p. 415, 466, 573 et 746). Le médecin apprécie certes tout différemment la capacité de travail de sa patiente et estime qu'elle est en incapacité de travail totale. Il n'avait, cependant, déjà pas convaincu la Cour lorsqu'elle a rendu son arrêt le 26 janvier 2016, ses rapports étant alors qualifiés d'insuffisamment motivés et faisant état essentiellement des douleurs ressenties par la patiente chez qui des incohérences et des autolimitations étaient constatées. Au demeurant, l'on doit constater que l'orthopédiste prend également en compte l'impact des

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 troubles psychiques lorsqu'il évalue la capacité de travail de sa patiente. Il indique ainsi qu'elle "présente d'importantes douleurs au niveau de l'épaule, qui l'empêche même d'avoir un sommeil régulier" mais a aussi "sur ces douleurs un état dépressif réactionnel qui nécessite la prise de psychotropes et a besoin d'une antalgie quotidienne". C'est l'ensemble de ces troubles qui le conduit à conclure qu'il ne "pense pas que sous ces conditions une activité même légère puisse être réalisée" (rapport du 30 avril 2014, dossier OAI, p. 573). Les rapports du Dr J.\_\_\_\_\_ n'apparaissent, dans ces circonstances, pas convaincants. 5.3. Ainsi, pour ce qui a trait aux troubles somatiques, la Cour se réfère aux conclusions toujours actuelles des médecins de E.\_\_\_\_\_ et du Dr F.\_\_\_\_\_ pour retenir que dans une activité professionnelle adaptée – en substance une

activité légère limitant fortement l'usage du membre supérieur droit – l'assurée peut travailler à 100%, sans perte de rendement. L'on rappellera, à cet égard, que dans son précédent arrêt la Cour de céans n'avait pas réellement remis en cause l'appréciation faite de la portée, au plan de la capacité de travail, des atteintes physiques. 6. Sur le plan psychique, l'OAI a interrogé la Dresse H. \_\_\_\_\_, laquelle a rendu un rapport d'expertise le 30 novembre 2016. 6.1. Dans ce rapport, l'experte-psychiatre diagnostique un "épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.11) depuis 2013 au moins avec évolution chronique" et un "syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)". En raison de celui-ci, elle considère que la capacité de travail est "nulle et ceci, d'un point de vue psychiatrique, depuis octobre 2013 au moins" et que seule "une activité de l'ordre de 20%, de nature thérapeutique, pourrait être tentée afin de sortir l'expertisée de son isolement et d'espérer une amélioration de sa thymie" (dossier OAI, p. 667). Cette expertise se fonde sur le dossier asséurologique qui avait été mis à disposition de l'experte, un entretien téléphonique avec la psychologue traitante de l'assurée ainsi que sur trois entretiens avec l'assurée les 2 septembre, 20 septembre et 3 novembre 2016, faits en présence d'une interprète neutre. L'experte possédait dès lors une connaissance très détaillée du cas et a pu procéder à des examens complets. Pour sa part, la recourante a pu décrire ses douleurs et limitations, notamment en relation avec son isolement social, l'impossibilité alléguée d'utiliser sa main droite ou la péjoration de ses fonctions cognitive (oublis fréquents, peines à se concentrer) et de son humeur. L'experte décrit de manière détaillée le contexte social, économique et historique des troubles. Sur le plan historique par exemple, elle rattache leur survenance à l'accident de décembre 2009 et à l'évolution défavorable de l'épaule, relevant que l'explorée a commencé par présenter des symptômes anxieux dans un premier temps puis dépressifs alors que la prise en charge était exclusivement somatique. Ce n'est que suite au séjour à E. \_\_\_\_\_ qu'a débuté le suivi psychiatrique ambulatoire. Selon elle, le status psychiatrique est superposable à celui observé à l'époque lors de son évaluation à la clinique, la situation s'étant "visiblement chronicisée". Sur le plan diagnostique, l'experte retient la présence d'un syndrome somatique en "présence de cinq symptômes (manque de réactivité, une diminution du plaisir, un réveil matinal, un léger ralentissement psycho-moteur et une absence de libido)".

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 Si l'experte se réfère à l'examen par le Dr G. \_\_\_\_\_, cela ne saurait enlever de la crédibilité à ses conclusions. En effet, il apparaît que les éléments utilisés par l'experte sont confirmés par d'autres éléments au dossier, en particulier le fait que l'évolution des troubles de l'épaule ne peut s'expliquer par des processus physiologiques, mais que "la symptomatologie actuelle relève de l'exclusion volontaire du membre". L'experte discute des différents diagnostics posés, excluant celui de stress post traumatique évoqué par l'ancien généraliste traitant, le Dr K. \_\_\_\_\_, dès lors que l'événement n'était pas de nature exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qu'il n'y avait pas de flash-back. Elle exclut également le diagnostic de "trouble panique et agoraphobie", évoqué par l'actuel psychiatre-traitant, dès lors qu'il s'agit de symptômes inclus dans le diagnostic d'épisode moyen à sévère. Enfin, les conclusions de l'experte se réfèrent aux critères établis par le Tribunal fédéral dans ses arrêts les plus récents, distinguant l'atteinte à la santé et ses manifestations d'éventuels facteurs étrangers. Par exemple, l'experte souligne que "la gravité de l'état dépressif est responsable de la diminution des capacités fonctionnelles : manque d'élan vital, difficultés de concentration, mémoire de travail déficiente, fatigue constante". Si elle admet qu'il y "a [...] une exagération inconsciente des symptômes", elle met celle-ci en lien avec les faibles

"capacités de verbalisation de la patiente concernant la sphère psychologique" et à une "expression de la souffrance psychologique à travers les plaintes somatiques". Dite exagération ne peut, dès lors, à lire l'experte, être assimilée à des critères d'exclusion au sens de la jurisprudence. Sur un plan formel, l'expertise de la Dresse H. \_\_\_\_\_ remplit dès lors les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. 6.2. Les conclusions de l'experte sont confirmées par la plupart des spécialistes interrogés. Les médecins de E. \_\_\_\_\_ posaient également le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère (F32.10) dans le consilium psychiatrique du 10 octobre 2013. Leurs constatations étaient alors les suivantes : "[La patiente] est vigile et orientée, mais paraît ralentie, avec une mimique triste. Elle frappe aussi par une mobilité réduite du bras gauche (sic), tenu contre le corps. On retient plusieurs signes dépressifs dont une anhédonie, une adynamie, une attitude morose et triste, des difficultés de concentration et d'attention, ainsi qu'une perturbation du sommeil. Elle parle aussi d'épisodes d'anxiété, à prédominance nocturne, avec l'impression de chuter. Par ailleurs, le retrait social est important et elle évite de plus en plus de sortir de chez elle, alors qu'elle aimait auparavant se balader en ville ou marcher avec des amies. Ainsi, le signe d'anxiété est relativement élevé, sans signes de stress post-traumatique autres qu'une certaine crainte de chuter à nouveau dans certaines situations. Il n'y a par ailleurs pas de signe orientant vers un éventuel trouble psychotique ou un trouble avéré de la personnalité" (dossier OAI, p. 520). De même, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenait initialement le diagnostic de "trouble dépressif majeur" (F33.2) ainsi que trouble panique avec agoraphobie (F40.01). A l'époque, le psychiatre indiquait que le trouble dépressif majeur se caractérise par "une thymie et une mimique tristes, des ruminations sur un mode persécutoire ainsi qu'une attitude morose et des pleurs fréquentes, une anhédonie, un adynamie, une absence d'espoir et une attitude démissionnaire", relevant que la patiente "décrit également des idées suicidaires récurrentes, des troubles du sommeil, des difficultés de concentration et d'attention et un ralentissement psychique manifeste" et attestant également des manifestations somatiques à ces troubles (sensations d'étouffement, sécheresse de la bouche, céphalées, hyperventilation, soupirs fréquents, transpiration excessive). Le médecin précise aussi que l'administration d'une échelle de

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 dépression de Hamilton, dont le pointage total s'élève à 36, vient confirmer ses diagnostics (rapport du 28 avril 2014, dossier OAI, p. 571). Puis, en octobre 2018, il ne retient plus que le diagnostic d'"épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, chronique et avec des caractéristiques mélancoliques" (F32.2). Attestant de la "chronification de l'état dépressif de la patiente", il évoque des manifestations "au niveau émotionnel (tristesse, abattement, désespoir, solitude, impuissance, dévalorisation, anxiété, culpabilité, hostilité et honte), au niveau cognitif (contenu et processus), au niveau motivationnel, au niveau corporel-végétatif et au niveau corporel-moteur" (rapport du 27 octobre 2017, dossier OAI, p. 742). Durant toutes ces années, le psychiatre estime que sa patiente présente une atteinte psychique invalidante et qu'elle est dans l'incapacité totale d'exercer toute activité, même une activité adaptée (dossier OAI, p. 571, 582, 710, 712 et 742). Il existe ainsi une cohérence entre les conclusions de la Dresse H. \_\_\_\_\_ et celles des médecins de E. \_\_\_\_\_ et du Dr L. \_\_\_\_\_. Cette cohérence renforce le caractère probant du raisonnement de l'experte, lequel est rendu vraisemblable. 6.3. Au final, le Dr I. \_\_\_\_\_ est le seul médecin mettant en doute l'aspect incapacitant des troubles psychiques évoqués par les différents médecins. En particulier, dans son rapport du 19 décembre 2016, il relève ainsi que "le rapport

d'expertise psychiatrique du 30.11.2016 remplit les critères de qualité formels définis par la jurisprudence. En revanche, sur le fond médical et selon la doctrine médicale, un épisode dépressif moyen (le code F32.11 utilisé par l'experte correspond à un « épisode dépressif moyen avec syndrome somatique » selon la CIM-10) est plutôt considéré comme une comorbidité du syndrome douloureux somatoforme persistant et ne devrait pas faire l'objet d'un diagnostic séparé. Ceci est d'autant plus vrai lorsque, comme ici, l'épisode dépressif, attesté depuis 2013, est postérieur au syndrome douloureux, apparu en 2009. Les douleurs sont à l'origine de l'épisode dépressif, comme l'atteste sans équivoque le Dr [L. \_\_\_\_\_] dans son rapport du 04.12.2015 (« [l'assurée] ressent toujours les mêmes douleurs quotidiennes et cela impacte de façon significative sur son moral »). Les douleurs et les limitations fonctionnelles somatiques qui en découlent sont toujours cliniquement au premier plan. L'experte atteste en outre que l'épisode dépressif n'est actuellement pas traité de manière optimale puisque les consultations spécialisées sont espacées parfois de plusieurs mois, bien que l'assurée se montre [compliante] au traitement pharmacologique selon le dosage plasmatique effectué dans le cadre de cette expertise. L'état de santé psychique n'est actuellement pas stabilisé puisqu'il est potentiellement améliorable par une prise en charge adéquate, qui est exigible" (dossier OAI, p. 688). Cependant, le Dr I. \_\_\_\_\_ ne semble faire qu'une lecture partielle des considérants de l'experte, par exemple s'agissant de l'état de santé qui serait "potentiellement améliorable par une prise en charge adéquate". En effet, si l'experte atteste effectivement que les troubles ne sont pas traités de manière optimale en raison de l'espacement des consultations, elle n'affirme pas pour autant qu'un suivi adéquat serait susceptible d'aboutir à une amélioration de la capacité de travail. Au contraire, elle soutient explicitement qu'une "prise en charge plus dynamique, de type ergothérapie, devrait être tentée avec par la suite une reprise progressive d'une petite activité adaptée, occupationnelle, afin de sortir l'expertisée de son isolement" mais que, "au vu de la gravité des affects dépressifs avec atteinte cognitive et de leur aspect chronique, des mesures de réadaptation ne sont pas réalisables actuellement". L'experte n'atteste dès lors que d'une amélioration marginale de la capacité de travail dans une activité protégée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 En outre, le médecin ne saurait se contenter d'affirmer qu'un épisode dépressif moyen doit être considéré comme une comorbidité du syndrome douloureux somatoforme persistant et ne devrait pas faire l'objet d'un diagnostic séparé. En effet, ce raisonnement a été abandonné par la jurisprudence. L'analyse de l'influence des troubles psychiques sur la capacité de travail doit désormais être fondée sur 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, en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. ATF 143 V 409; 141 V 281). Le rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ ne satisfait manifestement pas ces critères. Quoi qu'il en soit, la Cour admet avec l'OAI qu'il n'est pas nécessaire qu'un médecin du SMR soit un spécialiste pour évaluer les rapports médicaux d'un dossier. Cependant, si le médecin du SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, il ne saurait pour autant en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (cf. arrêt TF 9C\_144/2009 du 10 décembre 2010 consid. 4). En l'espèce, le Dr I. \_\_\_\_\_ procède à une démarche diagnostique dans un domaine qui n'est pas le sien pour s'opposer à l'avis des nombreux spécialistes en psychiatrie, et cela sans même avoir examiné l'assurée. Cela dépasse le rôle de conseil qui est reconnu au SMR, lequel ne peut qu'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires; tel est d'autant plus le cas lorsqu'il ne se fonde pas sur un

examen clinique, comme c'est ici le cas. Cette distinction a déjà été rappelée à de multiples reprises par la Cour de céans (cf. notamment, pour les plus récents, arrêts TC FR 608 2018 1 du 20 juillet 2018; 608 2017 158 du 27 juin 2018; 608 2017 216 du 7 mars 2018; 608 2017 17 du 6 mars 2018; 608 2017 88 du 11 septembre 2017; 608 2016 261 du 31 juillet 2017; 608 2016 120 du 9 juin 2017). Il est impératif que l'OAI en tienne compte dans ses décisions. 6.4. Quant à la prise de position du service juridique du 6 février 2018, la Cour rappelle qu'il n'appartient pas à l'administration de procéder à une démarche diagnostique, celle-ci étant laissée à la charge des médecins. Or, on constate pourtant que telle est la démarche opérée par la juriste de l'OAI en charge du dossier. En effet, celle-ci examine une seconde fois les constats de l'experte (notamment le comportement démonstratif, les soupirs fréquents, la voix plaintive, le fait que l'assurée tient son épaule droite avec sa main gauche en continu, les grimaces, les très légers mouvements de l'épaule droite, les pleurs, la possibilité de signer de la main droite, l'attitude résignée et passive, l'absence lors des entretiens psychiatriques) et conclut que, "à la lecture de cette expertise, je penche plutôt vers une exagération des symptômes excluant le caractère invalidant du TSD" (dossier OAI, p. 69). Cette prise de position médicale d'une juriste n'a pas de légitimité. Tout au plus appelle-t-elle la remarque suivante : si la volonté seule d'un assuré d'obtenir une rente ne suffit pas encore à établir le droit aux prestations, la seule volonté de l'administration de refuser des prestations n'emporte pas non plus la création des conditions légales pour le faire (cf. arrêt TC FR 605 2017 278 du 20 décembre 2018 consid. 15).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 6.5. Il ressort de ce qui précède que la Cour se rattache aux conclusions concordantes de la Dresse H. \_\_\_\_\_, des médecins de E. \_\_\_\_\_ et du Dr L. \_\_\_\_\_ et retient que la recourante n'est plus en mesure de travailler, y compris dans une activité adaptée, en raison des atteintes psychiques dont l'existence est médicalement attestée depuis octobre 2013. 7. Si aucun trouble somatique n'empêche la recourante d'exercer une activité adaptée, en substance une activité légère limitant fortement l'usage du membre supérieur droit, il y a, en revanche, lieu d'admettre que sa capacité de travail est totalement restreinte depuis octobre 2013, y compris dans une activité adaptée, en raison des atteintes psychiques. L'invalidité totale n'étant médicalement attestée que depuis octobre 2013, la recourante doit se voir reconnaître le droit à une rente entière depuis le 1er octobre 2014 (soit un an après la survenance de l'incapacité de travail; cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Pour la période antérieure, elle n'a pas droit à une rente, la comparaison des revenus de valide et d'invalides, tous deux exercés à temps plein et avec un plein rendement, n'aboutissant pas à un degré d'invalidité supérieur à 40%. 8. Partant, le recours, bien fondé, doit être partiellement admis, la décision modifiée et la recourante se voit reconnaître le droit à une rente entière depuis le 1er octobre 2014. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais du même montant versée par la recourante lui est restituée. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire ainsi que du fait qu'elle n'est pas représentée par un avocat indépendant, il se justifie de la fixer à CHF 1'000.-, éventuelle TVA comprise, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision est modifiée et la recourante se voit reconnaître le droit à une rente entière depuis le 1er octobre 2014. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais du même montant versée par la

recourante lui est restituée. III. Une indemnité de partie de CHF 1'000.-, éventuelle TVA comprise, est allouée à la recourante et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. 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 22 mai 2019/pte La Présidente-suppléante : Le Greffier-rapporteur :

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