

FR_GERICHTE 608 2018 209 vom 19. Februar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-02-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_209

FR: FR_GERICHTE 608 2018 209 du 19 février 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2018 209 del 19 febbraio 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 19

avril 2016, que l'activité en tant que nettoyeuse n'est plus adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée au contraire d'une activité adaptée, par exemple comme ouvrière dans la production industrielle légère, à plein temps, mais que la comparaison des revenus n'ouvre pas le droit à une rente. L'assurée a fait valoir à nouveau des objections. Sur recommandation du Service médical régional Berne/Soleure/Fribourg (ci-après: SMR), l'OAI a diligenté une expertise psychiatrique auprès du Dr B. _____, psychiatre et psychothérapeute. Dans son rapport du 10 octobre 2017, ce dernier n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail. Des tests psychométriques et radiologiques effectués au niveau cérébral ont permis d'exclure, en sus, des troubles neurologiques. Par décision du 26 juin 2018, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité. Bien que l'OAI ait reconnu que l'activité en tant que nettoyeuse n'était plus possible, au vu des limitations fonctionnelles de l'assurée, il a considéré que l'exercice d'une activité adaptée, par exemple comme ouvrière dans la production industrielle légère, était exigible à plein temps. La comparaison des salaires de valide et d'invalidé ne présentant aucune perte de gain, l'assurée n'a toutefois pas droit à une rente. C. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Elvira Gobet-Coronel, a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal le 3 septembre 2018, concluant sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision querellée. A l'appui de son recours, elle remet en question la valeur probante de l'expertise psychiatrique qu'elle estime contradictoire du fait qu'elle conclut à la fois à l'absence de diagnostic invalidant, tout en reconnaissant des atteintes sérieuses à sa santé. La recourante critique aussi le fait que l'expertise n'a pas tenu compte du diagnostic de fibromyalgie et de la maladie de Freiberg. Elle reproche à l'OAI en outre de n'avoir pris en considération ni les rapports des médecins spécialistes

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 en psychiatrie versés au dossier, diagnostiquant des épisodes dépressifs sévères incapacitants, ni les atteintes telles que l'arthrite rhumatoïde, la discopathie débutante associée à une hernie discale et des fatigues accrues. Dans ses observations du 24 septembre 2018, l'OAI conclut au rejet du recours en renvoyant à l'expertise psychiatrique, aux avis du SMR et à la motivation de sa décision. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. D. Par décision présidentielle du 31 octobre 2018, la requête d'assistance judiciaire gratuite totale, déposée par la recourante le 3 septembre 2018 (608 2018 210), a été rejetée du fait que la situation financière de la recourante reste floue et que son indigence n'est pas établie. La recourante informe la Cour le 16 novembre 2018 ne pas vouloir recourir contre cette décision. La recourante a versé

une avance de frais de CHF 800.- dans le délai imparti. Il sera fait état des arguments que les parties ont développés 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. L'assurée étant domiciliée à l'étranger, le Tribunal cantonal de Fribourg est compétent comme tribunal des assurances du canton de son dernier domicile en Suisse (art. 58 al. 2 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1], applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Dûment représentée, l'assurée, directement atteinte par la décision querellée a un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 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 (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 (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). 2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, et donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose au contraire la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient de requérir l'avis d'un psychiatre lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt TF I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.2). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une

simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Il convient de conclure 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 attitude telle que par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent cependant 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). Cela dit, même en présence d'exagération, d'aggravation, d'autolimitation ou d'un phénomène similaire, l'existence d'une atteinte à la santé ne saurait être niée à la légère. Il faut qu'il découle de manière plausible de l'analyse médicale qu'un tel phénomène, clairement prouvé, prédomine de manière significative, et qu'il excède la mesure d'un comportement simplement démonstratif. Enfin, il peut être renoncé à un examen fondé sur une grille d'évaluation normative et structurée telle que posé par l'ATF 141 V 281 lorsqu'un tel examen n'apparaît pas nécessaire ou adéquat. Il en va notamment ainsi lorsque des rapports médicaux motivés de manière compréhensible excluent une incapacité de travail et que la pertinence des éventuels avis contradictoires peut être

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 niée en raison d'un défaut de spécialisation médicale de leurs auteurs ou pour un autre motif (cf. arrêt TF 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1.1). 2.3. Conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), une nouvelle demande doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant. Pour déterminer s'il y a une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, il faut comparer – en application par analogie des principes découlant de l'art. 17 LPGA – la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'époque de la dernière décision de refus d'allouer des prestations à celle prévalant au moment de la décision litigieuse de non-entrée en matière (arrêts TF 9C_944/2011 du 6 décembre 2012 consid. 2; 8C_732/2009 du 18 août 2010 consid. 5.1 et les réf. cit.). 3. Afin de pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982, p. 36). 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; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). 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 présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008), 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. 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). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). 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 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). 5. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de

preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (voir ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général: ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 6. Dans le cas d'espèce, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente, après être entré en matière sur sa troisième demande déposée le 17 mars 2014. La question ici litigieuse est celle de savoir si la recourante peut prétendre à une rente AI en raison d'une péjoration notable de son état de santé. Il s'agit ainsi de comparer la situation médicale prévalant lors de la dernière décision matérielle du 26 août 2011 (6.1.) avec celle existant lorsque la décision du 26 juin 2018 a été rendue (6.2.). 6.1. La recourante a déposé une première demande de prestations en mars 2011 pour un état dépressif, une polyalgie et un syndrome d'apnées du sommeil. Sur la base d'une expertise psychiatrique conduite en avril 2011 (dossier OAI p. 106ss), retenant un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10: F45.4), versus des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (CIM-10: F54), des difficultés liées à l'emploi et au chômage (CIM-10: Z56) et des traits de personnalité émotionnellement labile, une incapacité de travail passagère dans toute activité professionnelle à raison de 100% jusqu'au 30 avril 2011 – le début de l'incapacité n'est pas précisé –, ensuite de 50% jusqu'au 31 mai 2011 et, finalement, de 0% dès le 1er juin 2011, a été attestée (dossier OAI p. 120 s.). Par décision du 26 août 2011, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente en raison d'une atteinte somatique, ne retenant par ailleurs pas non plus de limitation du point de vue somatique (dossier OAI p. 165 s.). 6.2. Après avoir refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande en 2013, la décision ici contestée porte sur la troisième demande déposée le 17 mars 2014, par laquelle l'assurée déclare souffrir depuis environ quatre ans des atteintes suivantes: "état dépressif, apnée du sommeil, fibromyalgie, allergie et rhume des foies, difficultés respiratoires, dégâts des os, maladie de Freiberg, hypertension système nerveux actif et arthrite rhumatoïde" (dossier OAI p. 185). S'agissant des atteintes ainsi alléguées, les pièces médicales du dossier nous apprennent ce qui suit: 6.2.1. Du point de vue psychique Le rapport médical du 11 mai 2016 du psychiatre traitant, le Dr C. _____, diagnostiquant un épisode dépressif sévère et une suspicion de maladie dégénérative du cerveau (dossier OAI p. 412ss), est jugé incohérent par le médecin SMR au vu des mesures thérapeutiques peu adaptées à la sévérité du diagnostic, qui a incité l'OAI à diligenter une expertise psychiatrique (dossier OAI p. 454ss). L'expertise psychiatrique du 26 octobre 2017, conduite par le Dr B. _____, psychiatre et psychothérapeute (dossier OAI p. 479ss), retient uniquement des diagnostics non-invalidants, à savoir un trouble somatoforme douloureux persistant (CIM-10: F45.4), une neurasthénie (CIM-10: F48.0) ainsi que des facteurs psychologiques/comportements associés à des troubles/maladies NOS (CIM-10: F54). L'expert motive les diagnostics posés comme suit: "Une discrète exagération des plaintes et des avantages secondaires en étaient compris "puisque l'assurée bénéficie d'une attention accrue de la part de son entourage familial". Lors du présent

examen, des caractéristiques similaires de plaintes ont été observées pour un même bénéfice secondaire relevé, le tout par certains aspects empruntant à l'hypocondrie et à la neurasthénie (cf. supra). C'est la raison pour nous d'avoir retenu l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10: F45.4) associé à des facteurs psychologiques affectant d'autres conditions

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 médicales (CIM-10: F54) au vu des atteintes somatiques identifiées. Les conclusions psychiatriques de ce rapport s'opposent cependant à celles de 2011 du Dr D. _____ qui indiquaient que l'assurée souffrait d'un état dépressif sévère (CIM-10: F32.2), comme le déclarait également le Dr C. _____ en mai 2016, état dépressif qui était perçu modéré (Dresse E. _____ en juin 2014), indifférentié (Dresse F. _____ en septembre 2014 et Dr G. _____ en avril 2016), voire sous une forme atténuée dite mixte d'état anxio-dépressif associée à une souffrance névrotique (Drs H. _____ et I. _____ en 2011), alors que l'assurée mentionnait invariablement cette atteinte dépressive dans ses 3 demandes de prestations auprès de l'OAI. [...] Nous ne retenons pas actuellement une involution dépressive autonome de l'assurée parce que notre examen n'a pu mettre en évidence de manifestations cliniques mélancoliformes (correspondant au syndrome somatique, selon la rhétorique CIM-106) parce que le critère général C du diagnostic d'épisode dépressif n'est pas ici satisfait (absence de sentiment injustifié de culpabilité, de récurrence des pensées de mort, d'aptitude à penser/se concentrer, absence de ralentissement psychomoteur ni de modification quantitative de l'appétit). L'examen psychiatrique du Dr J. _____ avait la même conclusion que nous. La perte alléguée d'énergie et l'épuisement ressenti sans état dépressif correspondent à la neurasthénie (CIM-10: F48.0), comme développé supra" (dossier OAI p. 495). S'agissant des troubles de mémoire avancés par l'assurée, les examens conduits, tant cliniques, psychométriques que par imagerie médicale (IRM cérébrale et angio-IRM des vaisseaux intracrâniens du 11 octobre 2017, dossier OAI p. 510), ont permis d'écarter l'hypothèse d'une atteinte neurodégénérative cérébrale à l'instar d'un trouble démentiel NOS (CIM-10: F03): "Concernant une cause carencielle ou neurodégénérative cérébro-corticale, le déficit est insidieux et progressif, ce qui ici n'est pas le cas, affecte d'abord les souvenirs récents (amnésie de fixation) mais est surtout essentiellement constant et invariant au cours d'un examen clinique (car le phénomène causal est permanent d'autant plus après 2 années présumées d'évolution). Or, dans la situation de l'assurée, notre entretien clinique montrait sans ambiguïté une grande versatilité de l'efficacité mnésique tant en mémoire de travail (e.g. date de l'examen avec systématiquement le bon choix final, calcul de son âge, inscriptions sur le permis de séjour, fourniture de la liste des médicaments, durée des appels téléphoniques au Portugal), qu'en rappel immédiat ou différé pour les faits plus anciens (e.g. dates anniversaires des enfants, dénomination des 1er ministres du Portugal)" (dossier OAI p. 496). S'agissant des avis médicaux divergents, abordés de manière détaillée au fil du rapport, l'expert écarte un état dépressif ou détérioratif, avancé par les Drs E. _____ (psychiatre), F. _____ (généraliste) et C. _____ (psychiatre), en particulier du fait que l'assurée n'est pas atteinte dans sa mémoire de travail, ne montrant ni de constance dans ses difficultés mnésiques ni de lenteur dans le rappel mnésique. Dès lors, l'expert se rallie à la lecture clinique des Drs I. _____ (interniste), H. _____ (psychiatre), K. _____ (chirurgien orthopédiste), L. _____ (chirurgien orthopédiste) et J. _____ (psychiatre et premier expert) concernant l'appréciation de la situation psychique et psychiatrique de l'assurée (dossier OAI p. 496 s.). Dans ses conclusions, l'expert souligne avoir pris en compte uniquement les éléments médicaux pour confirmer une pleine capacité de travail

d'un point de vue psychiatrique. En outre, il ne dénonce pas de faiblesse ou incohérence dans les plaintes subjectives ou phénomènes similaires, rappelant au demeurant qu'il ne faudrait pas assimiler un fonctionnement névrotique à une simulation ou mythomanie (dossier OAI p. 497, 500).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 6.2.2. Du point de vue somatique Suite à la découverte de la maladie de Freiberg en 2013, l'assurée a été opérée d'une ostéotomie pour nécrose de la tête du 2ème métatarsien du pied gauche en octobre 2013 et a subi une reprise chirurgicale par arthroplastie du 2ème métatarsien en février 2014 en raison de la persistance des douleurs. En parallèle à la problématique du pied gauche, des douleurs au dos et aux genoux ont fait objets d'investigations médicales. Le Dr M. _____, neurologue, évoque dans son rapport du 13 juin 2014 que l'examen clinique ne met pas en évidence de signe radiculaire irritatif ou déficitaire. De plus, l'ENMG n'apporte de son côté pas d'argument pour une atteinte radiculaire (dossier OAI p. 316 s.). Le Dr N. _____, neurochirurgien, retient dans son rapport du 23 juin 2014 que l'IRM de la colonne lombaire effectuée le 26 mai 2014 permet de conclure à l'absence d'une hernie discale avec compression radiculaire (dossier OAI p. 314; cf. rapport IRM p. 318). L'IRM du genou gauche du 27 juin 2014 met en lumière un probable dommage méniscal au niveau du bord libre de la zone intermédiaire interne, une chondropathie fémoro-tibiale interne et fémoro-rotulienne ainsi qu'un net épanchement articulaire et volumineux du kyste de Baker de localisation typique. Du reste, l'IRM du genou gauche s'avère normale; il ne montre en particulier pas de lésion méniscale objectivée (dossier OAI p. 315). Le Dr K. _____, chirurgien orthopédiste, ayant effectué les interventions sur le pied gauche, estime dans son rapport du 12 août 2014 qu'"en raison de gonalgies, une reprise de l'activité professionnelle est difficilement envisageable" (dossier OAI p. 312). Dans son rapport sur formule officielle du 18 novembre 2014, ce spécialiste considère qu'une activité adaptée telle un "travail de bureau" est exigible de la patiente, à raison de 4 heures par jour avec une diminution du rendement de 50% (dossier OAI p. 294ss). A la demande de l'assurance perte de gain, le Dr L. _____, chirurgien orthopédiste, rédige le 9 octobre 2014 une prise de position sur l'évolution de la maladie de Freiberg et sur la situation orthopédique générale de l'assurée. Pour ce faire, il s'appuie sur les examens effectués par imagerie (CT-scan de l'avant-pied gauche du 21 janvier 2014, IRM lombaire du 26 mai 2014 et IRM du genou gauche du 27 juin 2014) ainsi que sur les avis médicaux établis par les Drs K. _____, O. _____, P. _____, M. _____, N. _____ et F. _____. S'agissant de l'enjeu des diverses atteintes, le Dr L. _____ observe ce qui suit: "[...] la patiente a présenté des douleurs du dos et du genou qui ont aggrav[é] la situation. Il semblerait que l'affection actuelle soit plus liée à un problème psychique qu'à un problème médical strict. Le pied opéré est guéri normalement cependant la patiente se plaint toujours de douleurs épouvantables et son médecin- traitant propose encore de faire une arthroscopie ce qui aggravera la situation. En résumé, la durée de l'incapacité de travail est beaucoup trop longue" (dossier OAI p. 305). Dans un complément du 12 décembre 2014, ce spécialiste confirme une pleine capacité de travail dès 2015 pour "une activité adaptée où la patiente serait assise avec des possibilités de changement de position [...]" (dossier OAI p. 302 s.). Le Dr Q. _____, médecin SMR et spécialiste en anesthésiologie, relève dans sa prise de position du 12 décembre 2014 au sujet de la maladie de Freiberg que "le problème de l'ostéonécrose du 2e métatarsien gauche est médicalement et objectivement réglé. A 10 mois de la dernière intervention, la situation est stabilisée [...]" L'incapacité de travail médicalement justifiée par l'affection du pied gauche et les interventions chirurgicales a

duré moins d'une année" (dossier OAI p. 298 s.).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 Dans son rapport sur formule officielle du 18 septembre 2015, qui est par ailleurs superposable à celui du 20 octobre 2016, la Dresse F. _____, généraliste, atteste un état de santé stationnaire avec une incapacité totale de travail (dossier OAI p. 352ss). Le médecin SMR, auquel l'OAI a soumis ce rapport, considère dans sa prise de position du

E. 24

septembre 2015 que "[l]es arguments justifiant l'appréciation du médecin traitant sont d'ordre psycho-social plutôt que médical et ne peuvent de ce fait pas être pris en compte sur le plan asséculogique" (dossier OAI p. 356). Suite à des chutes à répétition sur le genou gauche, la généraliste adresse l'assurée au Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier diagnostique, sur la base de l'examen clinique et radiologique du 21 août 2017, une lésion méniscale interne ainsi qu'une chondropathie interne et fémoro-patellaire du genou droit. Il préconise la poursuite du traitement de physiothérapie (rapport médical du 22 août 2017, dossier OAI p. 508). Fort de ce constat, la mandataire de l'assurée demande à l'OAI de mettre en œuvre une expertise orthopédique (dossier OAI p. 518 s.). Le médecin SMR, sollicité par l'OAI pour cette question, évoque dans sa prise de position du 7 décembre 2017 qu'"[a]ucune incapacité de travail n'est médicalement attestée au dossier pour l'affection du genou droit. Ce type d'atteinte ne justifie d'ailleurs habituellement aucune incapacité de travail durable au sens de l'AI [...]. Une expertise orthopédique n'est certainement pas adéquate dans une telle situation et ne trouve aucune justification médicale" (dossier OAI p. 522). Dans son rapport du 12 février 2018, le Dr S. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation à T. _____, résume les diagnostics suivants: une gonarthrose primaire bi- compartimentale avancée, un syndrome lombo-spondylogène L3-L4, un status post ostéonécrose de la tête du 2ème métatarsien (maladie de Freiberg), un syndrome d'apnées du sommeil, une gastrite chronique érosive et une HTA traitée. Sur le plan thérapeutique, il évoque que "le résultat de toute intervention, soit par la médecine physique de rééducation, soit par la chirurgie, sera diminué dans son efficacité par rapport à la suppression des douleurs chroniques en raison de la co-pathologie de la fibromyalgie. Si on ne fait rien de plus, la patiente garde une capacité de travail résiduelle pour un emploi assis (le montage dans l'industrie léger). Les litiges avec l'AI me semblent inappropriés car nous n'avons pas assez de pathologie objectivable limitant la patiente dans toutes les activités. De toute façon, il y a une dissociation entre les limitations subjectives de la patiente et les pathologies objectives" (dossier OAI p. 528ss). 7. Amenée à trancher le présent litige, la Cour de céans retient ce qui suit: 7.1. S'agissant de l'expertise psychiatrique, la Cour partage entièrement le point de vue du médecin SMR estimant qu'elle remplit les critères formels requis par la jurisprudence. Ce dernier expose à ce sujet que "l'expert prend position clairement par rapport aux différents avis médicaux figurant au dossier. L'appréciation de la situation médicale est claire, exhaustive et dénuée de contradiction. Les «indicateurs standards» sont analysés de manière pertinente. Les conclusions sont bien motivées [...] Tous les champs de la psychiatrie sont ainsi passés en revue systématiquement (trouble cérébral organique, dépression, psychose, trouble de la personnalité, troubles anxieux et phobiques, etc.) et cette analyse complète et rigoureuse démontre l'absence d'affection psychique justifiant une incapacité de travail" (dossier OAI p. 525). A part les aspects formels, l'expertise satisfait également aux critères mentionnés à l'ATF 141 V 281, désormais

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 applicables en matière de troubles psychiatriques (cf. arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017). On peut dès lors s'y référer. Le seul avis psychiatrique qui diverge considérablement des conclusions de l'expert est celui du psychiatre traitant. En effet, le Dr C. _____ retient dans son rapport médical du 11 mai 2016 le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10; F32.2) (dossier OAI p. 412ss). Cela dit, ce rapport s'avère peu crédible, comme le relève à juste titre le médecin SMR, puisqu'il ne comporte pas d'évaluation médicale objective et que, de plus, les mesures thérapeutiques appliquées ne correspondent pas à la sévérité du diagnostic (dossier OAI p. 454 s.). Cette incohérence, observée également par l'expert-psychiatre, est abordée par ce dernier dans les termes suivants: "Si on peut s'étonner du diagnostic d'état dépressif sévère (CIM-10: F32.2) porté par le Dr D. _____, devant la seule conjonction "d'une fatigue extrême, d'un aspect dépressif et d'un contexte de douleurs multiples et d'insomnie crasse (sic) pour un état somatique satisfaisant", il est difficile de comprendre pourquoi le Dr C. _____, psychiatre- psychothérapeute FMH traitant, n'entreprend qu'une psychothérapie déléguée avec seulement "des médicaments pour améliorer la qualité du sommeil" devant le recueil sémiologique conséquent qu'il faisait" (dossier OAI p. 495). Il s'ensuit que l'avis divergent du psychiatre traitant – sans même parler de la retenue qui s'impose au vu du lien de confiance particulier l'unissant à sa patiente – ne parvient nullement à remettre en question les conclusions de l'expertise. La recourante, quant à elle, martèle l'incohérence de l'expertise du fait que le rapport conclut à l'absence de diagnostic invalidant toute en reconnaissant des atteintes sérieuses. A ce sujet, il convient d'admettre avec le médecin SMR (dossier OAI p. 524ss) qu'il s'agit d'une simple erreur de frappe qui paraît, compte tenu de la cohérence globale indéniable de l'expertise, insignifiante et ne diminue en rien sa force probante. Selon la recourante, l'expertise psychiatrique passe sous silence les atteintes de fibromyalgie et de la maladie de Freiberg. Notons d'entrée que l'expertise psychiatrique, qui mentionne par ailleurs les deux maladies, n'a pas à se prononcer en détail sur les atteintes purement somatiques, telle que la maladie de Freiberg; la fibromyalgie elle-même est par ailleurs d'abord un diagnostic rhumatologique (cf. arrêt TF I 428/06 du 25 mai 2007). S'agissant toujours de la fibromyalgie, diagnostiquée en 2010 par l'interniste Dr I. _____, il est utile de rappeler que la première expertise psychiatrique établie en 2011 ne l'a pas retenue. L'expertise psychiatrique de 2017, quant à elle, évoque l'existence d'un "parallèle psychique d'intérêt par la mise en parallèle de la situation de l'assurée avec celle de sa propre mère qui, elle aussi, souffrait entre autres d'une fibromyalgie et envers laquelle l'assurée concédait avoir beaucoup de nostalgie" (dossier OAI p. 496). Mise à part cette observation, la fibromyalgie ne figure pas parmi les diagnostics retenus; en revanche, c'est un trouble somatoforme douloureux persistant qui est désormais posé, qui a notamment en commun avec la fibromyalgie l'absence (suffisante) de substrat organique aux douleurs invoquées. Par ailleurs, les diagnostics de neurasthénie ainsi que de facteurs psychologiques/comportements associés à des troubles/maladies NOS ont été en outre mentionnés. Au demeurant, il convient de remarquer que la fibromyalgie a été investiguée par le Dr S. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation à T. _____. Ce dernier évoque dans son rapport du 12 février 2018 que "les points de fibromyalgie sont tous positifs et les points de contrôle aussi", sans pour autant poser un tel diagnostic ou retenir une incapacité de travail y relative. A cet égard au contraire, il conclut pour l'ensemble des atteintes somatiques que "la patiente garde une capacité de travail résiduelle pour un emploi assis (le montage dans

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 l'industrie léger)" (dossier OAI p. 528ss). Dans ces circonstances, force est d'observer que le diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr I. _____ n'a pas été confirmé par la suite. En résumé, en faisant siennes les conclusions de l'expertise psychiatrique, la Cour de céans confirme que l'assurée dispose, d'un point de vue psychique, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le seul fait que l'expert a retenu de nouveaux diagnostics psychiatriques – tous non-invalidants – ne suffit en l'état pas pour admettre une péjoration de la situation médicale, compte tenu de la capacité de travail confirmée dans une activité adaptée. 7.2. Au niveau somatique, l'analyse circonstanciée établie en octobre 2014 par le Dr L. _____, relevant une durée trop longue de l'incapacité de travail attestée en lien avec la maladie de Freiberg, conclut à une capacité entière de travail dans une activité adaptée dès le 1er janvier 2015 (dossier OAI p. 303). Ce point de vue ne se heurte que de prime abord à l'avis du Dr K. _____, attestant en novembre 2014 une incapacité de travail d'environ 50% (4 heures par jour) avec une diminution de rendement de 50% (dossier OAI p. 294ss), car il se réfère, d'une part, essentiellement à la problématique des genoux ("Actuellement en raison de gonalgies, une reprise de l'activité professionnelle est difficilement envisageable..." (dossier OAI p. 312). D'autre part, ce chirurgien semble ignorer l'impact du syndrome somatoforme douloureux persistant dont souffre l'assurée. Le médecin SMR vient à l'essentiel quand il indique que "les limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr K. _____ ne peuvent à l'évidence pas être toutes mises sur le compte de la pathologie du pied gauche. L'incapacité de travail attestée ne se justifie pas médicalement par la seule affection du pied gauche. Les plaintes et limitations alléguées sont à mettre sur le compte de l'état antérieur, à savoir le syndrome douloureux somatoforme persistant, sur lequel l'AI a déjà statué" (appréciation du 12 décembre 2014 dossier OAI p. 298). Cette optique, qui corrobore par ailleurs le point de vue du Dr L. _____, emporte la conviction de la Cour. Force est donc de constater que la maladie de Freiberg affectant le pied gauche n'a pas occasionné une incapacité de travail durable au sens de la loi. S'agissant des atteintes aux genoux, le médecin SMR souligne à juste titre qu'aucune incapacité de travail n'est médicalement établie pour cette affection (dossier OAI p. 522). Il en va de même avec les douleurs au dos, dont la pathologie objectivable (discopathie, syndrome lombo- spondylogène) a permis d'exclure une hernie discale. En tenant compte de l'ensemble des atteintes somatiques, force est dès lors d'admettre que l'assurée dispose d'une capacité résiduelle de travail, puisqu'il n'y a pas, comme le note le Dr S. _____, assez de pathologies objectivables limitant l'assurée dans toutes les activités (dossier OAI p. 528ss). Ceci dit, les attestations d'incapacité de travail émises par la généraliste, la Dresse F. _____ (dossier OAI p. 352ss et 450ss), n'apportent pas d'éléments aptes à remettre en cause la capacité de travail entière attestée par le Dr L. _____, le médecin SMR (dossier OAI p. 298, 522) et le Dr S. _____ en février 2018. 8. Si la recourante reproche à l'OAI de n'avoir pas pris en considération sa situation globale dans le cadre de l'instruction médicale, il sied de lui rappeler que la simple évocation d'atteintes, sans incapacité de travail avérée, n'est pas de nature à justifier la mise sur pied d'investigations supplémentaires. L'OAI est certes tenu d'instruire la demande qui lui est soumise, conformément à l'art. 43 LPGA, mais on ne saurait l'obliger à entreprendre des démarches superflues. De l'avis de la Cour, le dossier constitué par l'autorité intimée est suffisamment étoffé pour se forger une opinion, sans que des mesures d'instruction complémentaires ne soient nécessaires.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 En l'absence d'une péjoration notable avérée de l'état de santé avec incidence sur la capacité de travail, on peut ainsi légitimement conclure, sur la

base du dossier, à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, par exemple comme ouvrière dans la production industrielle légère. Nonobstant l'âge avancé de l'assurée lors de la fixation médicale de sa capacité résiduelle de travail, il n'y a pas lieu de discuter de ses chances réelles sur le marché de travail, vu que l'assurée a quitté la Suisse en février 2018 pour s'installer au Portugal. Au vu de ce qui précède, la décision rendue par l'OAI peut être confirmée. Le recours doit par conséquent être rejeté. 9. Vu l'issue du litige, les frais de procédure sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont fixés à CHF 800.- et compensés avec l'avance de frais versée. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils sont compensés avec l'avance de frais du même montant versée par cette dernière. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 19 février 2019/asp Le Président : La Greffière :

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