

# FR\_GERICHTE 608 2022 181 vom 21. Februar 2024

FR Kantonsgericht, 2024-02-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2022\\_181](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2022_181)

FR: FR\_GERICHTE 608 2022 181 du 21 février 2024

IT: FR\_GERICHTE 608 2022 181 del 21 febbraio 2024

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

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

### E. 2.1

L'invalidité alléguée étant intervenue avant l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2022, des modifications de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, dans le cadre du développement continu de l'AI (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363), ces modifications n'influencent pas les dispositions à prendre en compte ici (cf. dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020, let. c; circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire, ch. 1007ss).

### E. 2.2

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

### E. 2.3

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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que

l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGa; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). On conclura 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 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. Indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418).

#### **E. 2.4**

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 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 pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 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. 2.5**

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente (cf. arrêt TF 9C\_244/2020 du 5 janvier 2021 consid. 4.3.2). Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGGA). En d'autres termes, dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C\_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Selon la jurisprudence (cf. ATF 145 V 209 consid. 5; 142 V 523 consid. 6.3), il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA), du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente, ne signifie pas que l'assuré peut se prévaloir d'un droit acquis; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée de lui en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, les organes de l'assurance-invalidité doivent vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste. Peut notamment constituer une exception à la règle générale de mise en œuvre de mesures préalables de réadaptation le fait que l'éloignement de longue durée du marché du travail est dû à des motifs étrangers à l'invalidité ou lorsque, avec une vraisemblance prépondérante, l'assuré ne présente d'aptitude à la réadaptation ni objective ni subjective (cf. arrêts TF 9C\_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 5.2; 9C\_284/2022 du 11 avril 2023 consid. 4.4.2; 9C\_211/2021 du 5 novembre 2021 consid. 3.1; 9C\_276/2020 du 18 décembre 2020 consid. 6; 8C\_200/2023 du 6 novembre 2023

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 consid. 3 et 4; 8C\_503/2022 du 8 février 2023 consid. 3 et 4; 9C\_131/2022 du 12 septembre 2022 consid. 2.3.1; 8C\_492/2018 du 24 août 2018 consid. 5). Sur le plan professionnel, il faut partir du principe de base de la réadaptation par

soi-même; l'assuré est tenu de pourvoir à celle-ci et, pour autant que cela soit indiqué, de participer à des mesures de réadaptation professionnelles et de réinsertion. La volonté de réadaptation, condition de la mise en œuvre des mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 ss LAI, constitue dès lors une règle de conduite élémentaire entrant dans le cadre de l'obligation de diminuer son dommage, ce même sans information préalable donnée par l'OAI à cet égard. S'il y a défaut de cette volonté ou de cette aptitude subjective de réadaptation, le droit à cette prestation tombe sans qu'il soit nécessaire préalablement de mener une procédure de mise en demeure d'avertissement avec délai de réflexion. On ne peut retenir, respectivement, un défaut de volonté de réadaptation ou d'aptitude subjective à se réadapter que si cela est établi au degré de la haute vraisemblance. C'est l'OAI qui en a le fardeau de la preuve. A cet égard, il y a lieu en particulier de prendre en considération les indications données par l'assuré à l'administration et aux experts médicaux quant à sa conviction d'être malade et/ou sa motivation pour travailler. Sont également pertinentes les déclarations ou requêtes faites dans la procédure postérieure au projet de décision et dans celle de recours devant le Tribunal des assurances. Le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit également être pris en considération; un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée. Ce qui est surtout déterminant, sous l'angle aussi de la nécessité de la mesure, ce sont les circonstances du cas concret, qui incluent également l'aptitude subjective d'intégration (état de santé, efficacité/habilité à prester, capacité éducative, motivation, etc.), laquelle varie d'une personne à l'autre (cf. jurisprudence citée au paragraphe précédent). En cas d'allocation à titre rétroactif d'une rente limitée dans le temps – tout comme lors de la révision selon l'art. 17 LPGA du droit à une rente existante (cf. ATF 141 V 5) –, les organes de l'assurance- invalidité doivent se fonder sur le moment du prononcé de la décision de l'office AI pour déterminer si l'âge de référence de 55 ans est atteint (ATF 148 V 321 consid. 7.3; arrêt TF 8C\_200/2023 précité consid. 3.2.2).

### **E. 2.6**

L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). 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 citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 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). La tâche de l'expert consiste à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales. Il y a en effet 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). 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).

### **E. 2.7**

En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6; 140 III 610 consid. 4.1; 135 V 39 consid. 6.1), le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; ce degré suppose bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance prépondérante est atteinte si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

### **E. 2.8**

Le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (cf. ATF 148 V 321 consid. 7.3.1; 125 V 413 consid. 2d et les références). A teneur de l'art. 17 al. 1 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. 3**

Est litigieux, en l'espèce, l'éventuel droit de l'assurée à des prestations AI au-delà du 1er septembre 2018, date à partir de laquelle la rente entière allouée depuis le 1er août 2016 a été supprimée. Quand bien même la période durant laquelle la rente a été octroyée n'est pas

contestée, il appartient à l'autorité de céans de vérifier si l'état de santé de l'assurée justifiait bien l'incapacité de travail entière retenue, puis si ce dernier s'est amélioré au point de lui permettre, respectivement, de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 retrouver une activité lucrative, d'accomplir à nouveau ses tâches ménagères, et de mettre fin au versement de sa rente.

### **E. 3.1**

Pour déterminer la capacité de travail et d'effectuer ses activités habituelles, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, une de médecine interne, ainsi qu'une EEM. Pour son appréciation, chaque expert se fonde sur l'étude de l'ensemble du dossier assécurologique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux est en particulier mentionnée. Il est fait état dans chaque expertise notamment de l'anamnèse ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques réalisées, etc. L'expert ne se contente pas de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux font l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux sont décrits de manière claire. Chaque expert livre ses constatations objectives obtenues lorsqu'il a examiné personnellement l'assurée et observé son comportement. Il analyse notamment ses capacités, ressources et difficultés (limitations fonctionnelles). C'est de façon claire qu'il apporte une conclusion à son expertise, répond aux questions qui lui sont posées, y compris quant aux options thérapeutiques à proposer. Chaque expertise remplit ainsi les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître force probante sur le plan formel. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, son contenu doit être préféré à celui d'autres pièces médicales, étant rappelé pour le surplus la certaine réserve à observer, cas échéant, par rapport à un document provenant d'un médecin traitant. La tâche de chaque expert consistait à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Cela étant, il revenait à l'OAI, au Tribunal désormais, de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'assurée, la compétence des médecins n'allant pas jusque-là (cf. arrêt TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 in SVR 2020 IV n° 48 p. 63). La simple possibilité d'une atteinte à la santé au sens d'une hypothèse insuffisamment vérifiée cliniquement ne suffit pas pour la retenir ici. La détermination d'un éventuel droit à la rente est fondamentalement indépendante du diagnostic et de l'étiologie; ce qui est essentiel, c'est si, et dans quelle mesure alors, il existe une altération de la capacité de travail ou de gain (cf. ATF 141 V 585 consid. 4.2.3, non publ. in SVR 2016 IV n° 102; arrêt TF 8C\_41/2019 du 9 mai 2019 consid. 7.3).

### **E. 3.2.1**

Dans son rapport du 6 février 2020 (cf. dos. OAI 215), l'expert Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ne retient aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Sans cet effet, il diagnostique un trouble dépressif récurrent, en rémission partielle (F33.41; diagnostic différentiel: dysthymie F34.1), ainsi qu'une personnalité avec des traits co-dépendants (F60.7). Sous l'Axe IV (facteurs psychosociaux et environnementaux), il note des difficultés socio- professionnelles et économiques, ainsi qu'un status post-cancer. L'expertisée mentionne uniquement un premier épisode dépressif, pendant son mariage, dans les années 1990, soigné par son généraliste traitant et évoluant favorablement rapidement, en environ un mois (cf. à cet égard aussi le rapport de novembre

2018 du 16 novembre 2018 du Dr C. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, dos. OAI 159). C'est de ce fait que l'expert peut admettre le qualificatif de récurrent pour le trouble dépressif. Un deuxième épisode survient courant 2015, qu'elle attribue à

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 ses recherches d'emploi infructueuses malgré l'aide d'un coach de l'ORP, à une lassitude et à ses difficultés économiques. Elle débute alors son premier suivi psychiatrique, avec le Dr D. \_\_\_\_\_, avec lequel elle développe une excellente relation; c'était un peu son père, dit-elle. Actuellement, elle a perdu tout espoir de retrouver un travail; elle décrit un moral assez fluctuant, avec beaucoup de peine à accepter sa situation. Elle voit sa mère trois fois par semaine, sa fille au moins une à deux fois, son ami deux soirées durant la semaine ainsi que le week-end. Elle estime ne plus pouvoir travailler comme vendeuse, avec toutes ces machines et l'informatique. Pour l'expert-psychiatre, on ne peut parler d'anhédonie ou d'aboulie chez une assurée pouvant investir dans les relations avec ses proches, qui assume ses tâches domestiques et a quelques loisirs, mais d'une humeur fluctuante, légèrement morose, avec parfois un léger manque de motivation et des ruminations vu sa situation sociale actuelle dont elle se montre désabusée, et d'autres moments athymiques. Occasionnellement, elle dit avoir quelques difficultés d'endormissement, mais avec son traitement médicamenteux, soit uniquement un cachet 30mg/j. de l'antidépresseur Remeron, pris le soir, elle dort beaucoup mieux, même si elle se plaint d'une légère fatigabilité estimant son sommeil moyennement réparateur; elle fait fréquemment une sieste après le repas de midi. Il n'existe pas de troubles alimentaires, en particulier pas d'anorexie-boulimie. Elle apparaît présenter une légère agoraphobie et peut-être une "phobie" à l'idée de reprendre une activité. Du point de vue anxieux, elle relate quelques tendances claustrophobiques. Elle ne présente cependant pas de conduite d'évitement majeure. Au niveau somatique, elle n'a pas de douleur physique au premier plan. Elle explique peser 42kg et avoir bien moins faim depuis son opération. Il n'y a pas de trouble majeur de la personnalité; l'assurée n'a néanmoins que peu ou pas de disposition à coopérer comme détaillé dans deux rapports CEPAI; cela n'est pas en rapport avec une symptomatologie dépressive non plus, mais montre qu'elle semble avoir abandonné toute perspective de ce point de vue-là pour des motifs sortant du champ médical. Elle apparaît en effet ne pas avoir la volonté et la motivation de reprendre un emploi, essentiellement, compte tenu de ses dires, en raison de son âge, de l'absence de formation professionnelle, du sentiment que le monde du travail actuel ne correspond plus à ses qualifications et à sa résistance au stress, tout comme des recherches infructueuses passées d'un emploi. Le rôle de malade ou d'invalide offre de nombreuses réponses à des problèmes de réalité, notamment au niveau économique. Qu'elle émerge à l'aide sociale représente un facteur de stress (aigu). Il n'y a en pas d'autres. Le diagnostic différentiel est ouvert entre un trouble dépressif récurrent en rémission partielle et, plutôt, une dysthymie, au vu de certaines périodes euthymiques. Il n'y a pas de trouble significatif de la personnalité mais uniquement quelques traits de personnalité co-dépendants chez une assurée qui tend à se surinvestir pour autrui au détriment de ses propres besoins, qui a des difficultés parfois à mettre des limites, comme lors de sa première union. Selon l'expert, son appréciation est largement superposable avec celle du psychiatre traitant actuel, le Dr C. \_\_\_\_\_, lequel, dans son rapport de novembre 2018 retient un trouble dépressif en rémission partielle (F33.9) et atteste l'incapacité de travail jusqu'à fin mai 2018. L'aggravation de la symptomatologie anxiodépressive relatée par ce médecin traitant en juillet 2019 n'est en revanche aucunement retrouvée par l'expert, ni revendiquée par l'expertisée. Laquelle n'a d'ailleurs pas modifié son fonctionnement quotidien, et dont le traitement ainsi que la fréquence du

suivi chaque trois semaines, demeurent inchangés selon les indications qu'elle donne. Ce n'est pas la moindre des contradictions, selon l'expert, qui pointe aussi que le psychiatre traitant fait état, outre de symptômes peu spécifiques qu'il peine à mettre en relation avec l'état dépressif, à savoir fatigue, manque de motivation et baisse de l'état général des suites du cancer, aussi d'éléments qui sortent du champ médical, soit l'âge et le manque de

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 formation. Il est probable que cela joue un rôle dans sa deuxième appréciation, de juillet 2019, du fait de son identification à sa patiente. On peut parler d'un mandat dit de sollicitude médicale, le médecin traitant faisant le plus souvent le postulat de la sincérité de son patient et étant guidé par ses plaintes. L'expert observe que les tests psychométriques d'auto-évaluation sont légèrement surcotés par rapport à ceux d'hétéro-évaluation, ce qui témoigne d'une certaine tendance à la dramatisation; et peut également expliquer l'appréciation plus péjorée de la situation que relaie le psychiatre traitant en répercutant les plaintes de sa patiente. Une héro-évaluation selon une méthodologie relative aux différents facteurs de la capacité de travail (mini CIF-APP) montre que l'expertisée connaît une limitation légère (degré 1, soit le degré le plus faible de limitation sur une échelle de 0 à 5, de pas de limitation à limitation totale) pour deux aspects sur treize (flexibilité et capacité d'adaptation; endurance), et aucune pour les autres. Il n'y a pas de modification du niveau de fonctionnement depuis novembre 2018. Elle est bien entourée par ses proches. Il n'existe pas de répercussion majeure sur son ménage, ses loisirs et ses activités sociales, pas davantage que sur l'exercice d'une activité lucrative simple entrant dans son champ habituel. L'expert admet l'appréciation du premier psychiatre traitant, le Dr D. \_\_\_\_\_, qui avait diagnostiqué un épisode dépressif moyen puis sévère, avec une incapacité de travail de 100% depuis août 2015. Toutefois, il retient l'existence d'une pleine capacité de travail, sans perte de rendement, à compter du 1er juin 2018, dans l'activité habituelle de vendeuse ou dans une autre adaptée également. Objectivement, l'évolution va continuer d'évoluer favorablement avec la poursuite du traitement. Subjectivement, cependant, l'assurée a désinvesti toute perspective de retrouver un emploi. Il n'y a pas de nécessité d'une activité adaptée; c'est dans la vente qu'elle pourra au mieux valoriser sa capacité de travail. Elle réalise globalement ses tâches domestiques et objectivement, il n'y a pas de symptômes psychiques pouvant les entraver. L'expertisée n'exprime pas le désir d'augmenter la fréquence du suivi psychothérapeutique. L'expert ne formule pas d'autre proposition de traitement. Il n'y a pas d'indication à une réadaptation professionnelle en l'absence de demande motivée en ce sens, des expériences auprès du CEPAI et du fait que rien ne contre-indique médicalement une activité de vendeuse dans un petit magasin.

### **E. 3.2.2**

La Cour fait sienne cette analyse détaillée, complète, y compris des appréciations des psychiatres traitants de l'assurée. Elle souligne notamment que le Dr D. \_\_\_\_\_ a prêté au trouble dépressif un caractère sévère et non plus moyen en mars 2017, période où le diagnostic du cancer venait d'être posé et son traitement débuté, ce qui, selon lui, compromettait la réversibilité de l'état dépressif. Or, en novembre 2018, soit plus d'un an et demi après la fin du traitement avec succès du carcinome, le Dr C. \_\_\_\_\_ qualifiait de "probable" uniquement ce même trouble dépressif, le décrivait en rémission partielle en tout état de cause, et indiquait avoir attesté une incapacité de travail jusqu'au 31 mai 2018. Pour les motifs développés par l'expert, il n'y a pas lieu de retenir une aggravation, déterminante au sens de l'AI, telle que la décrit ce médecin traitant en juillet 2019. Au plus tard le 1er juin

2018, l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte invalidante sur le plan psychique.

### **E. 3.2.3**

S'agissant des pièces médicales postérieures à l'expertise, ceci: - Le 28 mai 2020 (cf. dos. OAI 294), le Dr C.\_\_\_\_\_ indique qu'après lecture de l'expertise psychiatrique, il préfère désormais au diagnostic qu'il posait précédemment de trouble dépressif récurrent en rémission partielle ceux de trouble dépressif récurrent, sans précision (F33.9), et de traits, voire de personnalité dépendante (F60.7). L'assurée a décidé de cesser son traitement médicamenteux de novembre 2018 à fin mai 2019, le reprenant après avoir fait valoir une Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 aggravation de sa symptomatologie; en outre, la fréquence de son suivi a diminué à une fois par mois dès avril 2018, puis à chaque deux mois dès juin de la même d'année. La patiente n'a pas les ressources personnelles suffisantes pour affronter le stress supplémentaire associé à une nouvelle tentative de réinsertion professionnelle. La Cour observe que le praticien renonce à s'exprimer à nouveau sur la capacité de travail; il ne critique pas l'expertise, à tout le moins pas de façon motivée et fondée, y compris relativement à la date du 31 mai 2018 susmentionnée. Ni son invocation d'une incapacité de travail sur le plan somatique ni l'admission par l'expert-psychiatre d'une incapacité psychique pour la période antérieure à la date précitée ne fondent une incapacité postérieure ou que les éléments extra- médicaux d'âge, d'absence de formation, et de difficultés économiques auraient eu de ce fait une incidence objective (déterminante) sur le plan psychique. En revanche, on pointera l'arrêt du traitement (antidépresseur) malgré la recommandation en novembre 2018 de sa poursuite pour éviter une "réaggravation" – ce qui témoigne bien que le psychiatre traitant retenait alors un état amélioré –, ainsi qu'une fréquence diminuée du suivi. Eléments non transmis à l'expert-psychiatre. Quand bien même il en aurait résulté la prétendue péjoration alléguée, elle n'aurait été que réactionnelle, temporaire, et n'aurait pas relevé de l'assurance-invalidité, car due au fait que l'assurée n'avait ainsi pas rempli son obligation de tout entreprendre pour diminuer son dommage (réadaptation par soi-même). A noter encore que la simple reprise du traitement a amené une amélioration rapide selon l'assurée, qui a refusé une nouvelle adaptation de celui-ci bien que se plaignant d'une persistance de la symptomatologie dépressive; que selon le Dr C.\_\_\_\_\_, l'état de santé était ensuite resté stationnaire jusqu'à l'expertise; que c'est donc une situation stable que l'expert a pu apprécier; et que malgré l'intensité des plaintes, le traitement médicamenteux est toujours demeuré peu important, l'assurée indiquant en outre qu'il était pris le soir aussi pour lui assurer un meilleur sommeil encore. Cette remarque vaut également pour le suivi, limité à une fois chaque deux mois uniquement. - Le 11 mai 2021 (cf. dos. OAI 364), le Dr C.\_\_\_\_\_ relate que sa patiente s'est plainte d'une péjoration de sa symptomatologie dépressive avec notamment l'apparition d'une agoraphobie que, selon elle, la thérapie introduite alors n'a pas minorée. Le traitement a été augmenté à 45 mg/j de Remeron depuis le 9 mars 2021, sans que l'assurée ne rapporte une amélioration. Lorsque cette dernière a reçu l'expertise somatique ne lui reconnaissant pas non plus de limitations fonctionnelles, le médecin indique avoir attiré son attention sur le fait que "ses plaintes n'étant par nature pas facilement objectivables dans le contexte de [s]a consultation, il était probable que [s]on avis ne puisse pas constituer un argument suffisant pour lui permettre d'obtenir une rente de l'assurance"; il lui a donc suggéré d'envisager la possibilité de s'engager dans une mesure de réinsertion que l'AI devait lui proposer selon ce qu'avait indiqué son mandataire. Ne se sentant probablement pas suffisamment soutenue, elle l'a alors informé, le 28 avril 2021, qu'elle mettait fin à son suivi chez lui. Pour la Cour, le

praticien relate bien se fonder essentiellement sur les plaintes de son assurée. La péjoration alléguée par celle-ci n'est pas objectivée et apparaît au plus réactionnelle et non déterminante. On relèvera que le psychiatre traitant enjoint son assurée de participer à une mesure professionnelle, ce qu'il n'aurait pas fait s'il considérait que son état psychique ne le permettait pas. - Dans son rapport du 14 février 2022 (cf. dos. OAI 398), le Dr E. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis le 28 avril 2021, pose le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F33.1). Il explique que sa patiente a décidé de cesser le suivi précédant car elle n'avait pas obtenu de rente. Elle se montre critique avec l'OAI, ne comprenant pas qu'elle n'ait

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 pas encore de rente AI malgré une prise en charge psychiatrique depuis de nombreuses années; elle est énervée à chaque consultation. Durant laquelle elle ne montre aucune limite ou gêne dans sa démarche ou sa station assise. Le praticien pronostique, relativement à sa capacité de travail, qu'elle fera en sorte de ne pas pouvoir être réinsérée dans le but d'obtenir une rente. Dans ce contexte, il ne peut rien envisager comme mesure ou plan de traitement hormis la continuation du suivi, une fois par mois, conformément au désir de la patiente, ainsi que du traitement revenu à 30mg/j. de Remeron. De même, il n'est dès lors pas en mesure d'évaluer les limitations fonctionnelles, les ressources, etc. Mais il souligne plusieurs fois qu'elle ne présente aucune motivation pour une réinsertion, qu'elle n'en veut faire aucune, car elle attend une rente. Hormis une hypersensibilité au stress et une hostilité ou agressivité, il ne distingue pas de frein dont il faudrait tenir compte, ni de limitation des fonctions cognitives. On relèvera que ce praticien, s'il attribue un effet incapacitant à l'atteinte dépressive qu'il retient, ne lui reconnaît qu'une intensité moindre ("moyen"), ce que corrobore toujours le suivi, y compris médicamenteux, léger que sa patiente demande. En outre, cet effet n'est pas démontré médicalement, en particulier pas par ses observations, qui établissent essentiellement que l'assurée est remontée contre la non-attribution d'une rente AI jusqu'ici et que le changement de son psychiatre traitant s'inscrit dans ce cadre aussi. Surtout, il ressort de ce rapport que le médecin ne peut davantage se prononcer objectivement quant à la capacité de travail, la réadaptation et même le traitement, imprégnée qu'est la situation par le (seul) contexte subjectif d'attente d'une rente, conditionnant négativement, limitant ces éléments sans qu'une cause médicale dont devrait répondre l'AI ne l'explique. Cette pièce ne permet pas de s'écarter de l'expertise-psychiatrique. Pour le surplus, il n'y a aucun motif qui justifierait, comme le requiert le mandataire de la recourante dans son courrier spontané du 23 décembre 2022, d'écarter ce rapport, qui figurait dans le dossier qui lui avait été soumis avant le dépôt du recours. Que la recourante n'en partage pas la teneur ne suffit pas pour jeter un doute sérieux sur l'objectivité et la fiabilité du praticien. - Dans son avis du 29 juin 2002, le SMR (Service médical régional; cf. dos. OAI 408), par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retient que les différents éléments médicaux des médecins traitants n'amènent pas à s'écarter de l'appréciation de l'expert-psychiatre – ni de celle de médecine interne – et montrent une situation globalement inchangée depuis celle-ci. La Cour partage cette prise de position. Au vu de ce qui précède, il est retenu ici qu'à partir du 1er juin 2018 au plus tard, l'assurée a disposé d'une capacité de travail pleine et entière sur le plan psychique et que celle pour effectuer ses activités ménagères n'était pas entravée au-delà de ce que retenu dans l'EEM.

### **E. 3.3.1**

Dans son rapport d'expertise du 27 novembre 2020 (cf. dos. OAI 329), le Dr G. \_\_\_\_\_, médecine interne générale, diagnostique, sans effet sur la capacité de travail: un carcinome épidermoïde bien différencié de l'épiglotte cT2 cN2b cM0 (le 08.02.2017; C32.1), avec status après radio-chimiothérapie du 13 mars au 1er mai 2017, en rémission; une insuffisance pondérale sur difficultés nutritionnelles et nutrition inadaptée (R63.3); un tabagisme actif. Le 29 juillet 2021 (cf. dos. OAI 376), l'expert répond aux objections de l'assurée et maintient ses conclusions. L'expertisée explique avoir été psychologiquement éprouvée des suites de la séparation puis du divorce d'avec son époux, après plusieurs décennies de mariage, étant moralement fatiguée, déboussolée, et se retrouvant dans une situation économiquement difficile. Elle dit avoir pesé 58 kg jusqu'à la fin

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 2016, perdu deux kilos en janvier 2017, juste avant que ne soit diagnostiqué son cancer, pesé 50 ou 52 kg à la fin du traitement de radio-chimiothérapie commencé le 13 mars et achevé le 1er mai de la même année et, progressivement, sur plusieurs années, être arrivée à environ 40 kg fin 2019, poids constant depuis lors. Elle n'a plus de plaisir à manger; de surcroît, son studio ne dispose que de deux plaques ce qui ne lui permet pas faire de la cuisine sophistiquée. Elle a peur d'envisager une activité lucrative. "Je ne vais pas me sentir à ma place et je ne tolère pas le stress". Elle pense que des mesures de réadaptation sont inutiles et qu'elles vont déboucher "sur rien du tout, ou pas grand-chose". Le traitement oncologique s'est déroulé en ambulatoire; c'est plutôt moralement que physiquement qu'elle a été atteinte; au fond, elle admet que tout s'est bien passé. Selon elle, une aggravation de sa situation est intervenue quelques mois après la fin de la radio-chimiothérapie, alors même qu'elle ne présentait déjà pratiquement plus de dysphagie: elle a perdu alors le peu de confiance qui lui restait, ainsi que l'appétit. Pourtant, tous les examens menés sont revenus avec des résultats normaux, confirmant la rémission du carcinome, l'absence d'atteinte de la thyroïde. Se sentant en si mauvais état général, elle en arrive à douter du bien-fondé des constats médicaux rassurants. Selon son psychiatre, son problème serait plutôt d'ordre physique, mais psychique aux dires de son médecin généraliste traitant, et autant physique que psychique selon son médecin ORL. Elle voit le premier chaque trois semaines environ, chaque trois à quatre mois le deuxième, tous les six mois le dernier. Il n'y a pas d'autres traitements ni prises en charge. Actuellement, ce qui la gêne le plus est l'impression de ne plus être la même qu'avant; elle décrit des angoisses, dit qu'elle n'ose plus aller "dans le monde". Tous ces symptômes étaient présents bien antérieurement, mais auraient été exacerbés par la découverte du cancer. Elle se dit peu sûre d'elle, ce aussi physiquement, avec une impression d'insécurité à la marche (faiblesse des jambes); elle a peur de tomber, de se promener. Elle a pris un sacré coup de vieux. Sa fatigue, qu'elle estime en augmentation depuis 2018 et actuellement à 8/10, est présente depuis bien longtemps, exacerbée par l'annonce du cancer, non le traitement lui-même. Elle n'a pas vu d'aggravation de son état dans les suites de la radio-chimiothérapie, ou alors peut-être durant les 3 mois qui la suivirent. Psychologiquement, elle déclare un bon sommeil mais estime qu'il n'est pas toujours réparateur; elle juge son humeur plus basse qu'auparavant, mais ne veut pas de modification de son traitement. Sa fatigue est parfois morale, parfois physique, parfois les deux. D'être à l'aide sociale n'est pas valorisant. Elle est à bout. Elle ne fait aucune activité physique; elle ne marche pas, ou alors seulement accompagnée et au maximum 10 min. Elle fume quotidiennement 15 cigarettes (45 UPA; 15 à 20 selon l'expertise psychiatrique) et boit un verre d'alcool trois fois par semaine. L'expert observe que l'expertisée n'éprouve pas le besoin de modifier sa posture. Elle participe activement. L'anamnèse est limpide, le discours est précis, informatif, sans aucune

évidence de ralentissement idéomoteur, de fatigabilité ou de baisse de la vigilance. Elle n'est pas prostrée ni en retrait. Elle ne présente pas de labilité émotionnelle. L'examen clinique est sans anomalie en dehors de l'insuffisance pondérale. Par exemple, la force musculaire des MS est à M5, soit le maximum; s'agissant des MI, sa démarche est vive, sans boiterie ni steppage ni ataxie, avec un accroupissement complet et un relèvement sans appui quadricipital. L'aggravation alléguée de la fatigue au cours du temps ne reçoit pas d'explications. Elle présente 5/18 points de fibromyalgie. Elle pèse actuellement 39.3 kg, réalisant un BMI de 16.8, soit une insuffisance pondérale sévère à la limite de la cachexie (< 16.5). Perte qui ne paraît pas en relation avec une maladie oncologique, en tout cas pas identifiée, mais plutôt résulter d'une nutrition inadaptée avec apports alimentaires insuffisants, dans un contexte non somatique.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 La rémission du cancer est confirmée depuis la fin de la radio-chimiothérapie; l'atteinte passée n'entraîne pas de limitation significative à part quelques plaintes de dysphagie matinale légère. Outre ses plaintes de fatigue, l'expertisée relate avoir été irritée par le contenu de l'expertise psychiatrique et par le projet de décision de l'OAI de rente limitée dans le temps. L'expert n'objective pas de limitation fonctionnelle. L'expertisée se plaint essentiellement d'une fatigue, d'une intolérance aux efforts qu'il est toujours difficile de juger, mais qui pourraient plausiblement avoir été consécutives à la radio-chimiothérapie sous la forme d'un possible syndrome de fatigue chronique ainsi que de l'insuffisance pondérale. Cela étant, il n'y a pas d'explication médicale somatique à l'aggravation au cours du temps de cette fatigue subjectivement rapportée, qui surprend. Les diagnostics somatiques ne sont en tout état de cause pas à l'origine d'une limitation fonctionnelle significative de la capacité de travail; tous les examens opérés ont écarté une atteinte déterminante ou la reprise de celle oncologique. Tout au plus une perte de rendement de 20% dans l'activité habituelle peut-elle être admise, pouvant en outre s'amender rapidement avec une reprise de poids susceptible d'intervenir vite et simplement avec un régime alimentaire approprié et le sevrage du tabagisme, recommandés, ce qui permettrait un accès à des activités physiques plus importantes. La fatigue après traitement oncologique est d'ailleurs la plupart du temps améliorée par l'activité physique. Dans une activité adaptée, peu exigeante physiquement, sans port de charge, plus ou moins sédentaire, il n'y a pas d'incapacité travail ni de perte de rendement. L'expert peut dès lors admettre une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 100% dès janvier 2017, avec reprise à 50% six mois après la fin de la radio-chimiothérapie, soit dès le 1er novembre 2017, et complète dès le 1er février 2018; il a été indiqué plus haut ce qu'il en est de la baisse de rendement admissible. Dans une activité adaptée, cette capacité a été compromise entre janvier et novembre 2017; après une reprise progressive sur trois mois dès novembre 2017, une activité était exigible à 100% dès le 1er février 2018; il n'y a pas de perte de rendement. S'agissant des activités ménagères, l'expert valide l'empêchement de 3.7% au total retenu dans l'EEM et que peut expliquer la fatigabilité invoquée. L'assurée peut faire de façon autonome, sans aide externe, les activités de la vie quotidienne, ne rapportant des limitations que concernant le lavage des vitres, le port de lourdes charges, ainsi que les à-fonds. Elle bénéficie de plusieurs ressources, dont l'appui de ses proches. La description des troubles n'est pas très cohérente, avec une aggravation d'une fatigabilité sans socle somatique démontré. L'assurée décrit de plus une atteinte inhomogène intéressant essentiellement les activités professionnelles et épargnant les activités de la vie quotidienne. Elle pense que les mesures AI qui lui ont été proposées ne pouvaient pas être efficaces, étant convaincue que son âge et son absence de formation lui interdisaient tout accès à un

éventuel contrat professionnel. En soi, le cancer en rémission et l'insuffisance pondérale ne permettent pas de retenir de limitation dans la mise en œuvre de mesures de réadaptation. Cependant, celles-ci sont compromises par l'impossibilité de l'assurée de se projeter dans des activités professionnelles.

### **E. 3.3.2**

Pour la Cour, dans son expertise et son complément post-objections, l'expert G. \_\_\_\_\_ apprécie dûment les plaintes de l'assurée, notamment la fatigue et surtout son aggravation alléguée, le poids très faible, stable depuis fin 2019, la problématique de la thyroïde ainsi que la faiblesse aux membres, inférieurs notamment. Son examen du dossier ainsi que celui clinique lui permettent d'exclure tout fondement pour une atteinte somatique déterminante au plus tard à partir du 1er février 2018. On peut noter notamment que l'assurée n'est nullement empêchée médicalement de manger davantage et mieux, ni pour des raisons psychiques (cf. supra), ni pour des motifs cliniques; elle

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 mange d'ailleurs des repas complets chez sa mère, etc. L'expert pointe en particulier que le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste ORL traitant l'assurée après la fin de son traitement de radio- chimiothérapie le 1er mai 2017, confirme la rémission stable du carcinome depuis lors, seul diagnostic auquel il a prêté un effet incapacitant; la fatigue chronique et la baisse de l'état général après le traitement de l'atteinte qu'il mentionne sont dites sans effet sur cette capacité (cf. rapport du 12 avril 2018, dos. OAI 139). On ne voit pas dès lors pourquoi cette baisse de l'état général devrait amener une perte de rendement de 50%, selon le praticien. Qu'il parle d'une asthénie post- thérapeutique associée à un état dépressif dans son rapport du 24 juin 2020 (cf. dos. OAI 301) ne motive pas davantage l'incapacité de travail au minimum de 50% depuis avril 2018 qu'il arrête. Ces critères pour le moins vagues, basés sur les (seules) plaintes de sa patiente et/ou relevant en soi du plan psychiatrique ne convainquent pas; aucun élément objectif, clinique, aucun résultat d'examen ne les soutiennent. Il en va de même de l'appréciation du Dr I. \_\_\_\_\_, généraliste traitant, du 7 juillet 2020, qui met en avant "un état dépressif avancé" en sus d'une anorexie, et soutient que les limitations et le taux d'activité envisageable devaient être déterminés sur le plan psychiatrique.

### **E. 3.3.3**

C'est le lieu de souligner que le descriptif par l'assurée de ses journées, loisirs, ménage, achats, rencontres en ville, fréquentation des lotos, etc., tel qu'il ressort des deux expertises et de l'EEM, respectivement ne corrobore guère ou pas les plaintes et limitations invoquées de l'assurée et témoigne effectivement d'une inhomogénéité, d'une incohérence dès lors que celles-ci sont mises en avant surtout relativement à l'activité professionnelle et les mesures de réadaptation. Ces empêchements allégués apparaissent dès lors dus à d'autres raison qu'une atteinte à la santé.

### **E. 3.3.4**

Reste à vérifier si la situation s'est modifiée de manière déterminante depuis l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_. Le 22 avril 2021 (dos. OAI 366), le Dr I. \_\_\_\_\_ certifie une aggravation de l'état de santé "notamment sur le plan psychiatrique"; il ne la pense pas apte à reprendre une activité. Il rapporte, le 17 novembre 2021 (dos. OAI 384), un état anxieux marqué en aggravation malgré les antidépresseurs; sa patiente n'arrive que peu à sortir seule sans son compagnon et présente une peur obsédante de la chute; il est illusoire de pouvoir la réintégrer sur le marché du travail à son âge. Le 22 décembre 2021 (cf. dos. OAI 389), il fait

état des atteintes incapacitantes, selon lui, de syndrome dépressif et de syndrome anxieux. Aucun autre diagnostic n'est mentionné. Les limitations à une activité sont l'asthénie globale et le déconditionnement total. S'y ajoute, s'agissant d'une réadaptation, une démotivation. Elle est en mesure d'effectuer les tâches ménagères simples dans son studio. La Cour ne voit pas là le moindre élément justifiant de s'écarter de l'analyse et des conclusions de l'expert G.\_\_\_\_\_. Il est manifeste que les plaintes de l'assurée fondent seules l'appréciation du praticien, qu'aucun élément somatique ne vient confirmer.

### **E. 3.4**

Selon le rapport de l'EEM du 30 septembre 2019 (cf. dos. OAI 180), l'assurée présente dans ses activités ménagères une invalidité totale de 3.7%, soit un taux de 1.11% au vu des 30% dévolus à l'activité ménagère dans le calcul selon la méthode mixte. La recourante n'amène aucune motivation véritable justifiant de remettre en cause cette analyse établie par une enquêtrice spécialisée dans ce domaine, basée non seulement sur les plaintes et explications de l'assurée mais aussi sur les observations effectuées in situ, et qui répond aux prescrits en la matière ainsi qu'à ceux jurisprudentiels (cf. VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts TF I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2, I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1, I 155/04 du 26 juillet 2004 consid. 3.2 et I 685/02 du

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 28 février 2003 consid. 3.2); elle a force probante. L'enquêtrice n'observe en particulier pas de déficit ou limitation des MI et MS; l'assurée se plaint essentiellement d'un manque d'endurance. On rappellera qu'aucune atteinte psychiatrique ou somatique déterminante existant après le 1er juin 2018 n'a été retenue par les experts, qui ne se sont en outre pas inscrits en faux relativement à l'EEM. Et qu'un déconditionnement n'est en principe pas pris en charge par l'AI.

### **E. 3.5**

Au vu de ce qui précède, le droit à la rente arrêté par l'OAI ne souffre pas la critique. Il n'existe aucune atteinte invalidante, psychique ou somatique, au plus tard après le 1er juin 2018. La capacité de travail étant pleine et entière depuis lors et celle dans les activités ménagères limitée à un empêchement total de 3.7%, c'est conformément au droit qu'il a été mis fin au versement de toute rente dès le 1er septembre 2018, trois mois après la date précitée (cf. art. 88a al. 1 RAI).

### **E. 4**

La recourante fait encore grief à l'OAI de ne pas avoir vérifié dans quelle mesure elle avait besoin de mesures de réadaptation, compte tenu de l'octroi d'une rente et de son âge.

#### **E. 4.1**

La Cour relève d'abord que bien que ne souffrant d'aucune atteinte incapacitante et ayant un enfant majeur depuis plusieurs années, l'assurée n'a travaillé que les samedis matin les deux dernières années de son activité professionnelle, en compagnie de son époux au bénéfice d'une rente AI. Cet emploi a pris fin du seul fait de la cessation d'activité de l'employeur. Après la séparation et le divorce d'avec son époux, l'assurée s'est plainte d'une situation financière se péjorant rapidement. Dans le cadre, respectivement du chômage et de l'assistance sociale, elle a mis fin à l'activité temporaire de vendeuse effectuée en 2013 en invoquant un manque de connaissances techniques, ce qui ne relevait en tout état de cause pas de son état de santé, ainsi que des difficultés à porter des charges, sans pourtant qu'aucune limitation ou incapacité somatique n'ait jamais été médicalement attestées à cet

égard; son taux de participation à un stage de réinsertion sociale organisé dans une structure ad hoc en 2015 est passé rapidement, après attestations de son psychiatre dont le suivi avait débuté en mars de cette même année, de 80% à 50% le 10 juillet 2015, à 0% depuis le 24 août. Elle explique avoir craqué après six mois de recherches d'emploi restées vaines malgré l'aide d'un coach (cf. expertise G. \_\_\_\_\_, p. 10) et n'avoir plus d'espoir à cet égard. L'OAI a mis en œuvre différentes mesures. La Cour relève notamment que, lors de la première, soit un stage d'évaluation brève au sein d'une institution spécialisée, l'assurée a été décrite comme non-participante de cette mesure, la subissant, la considérant même comme une punition de la part du Service social à l'instar de ce qu'elle avait ressenti lors du stage antérieur organisé par celui-ci. Les responsables du stage notent qu'après quelques jours, elle produit un certificat médical de son psychiatre traitant limitant sa participation à la mesure à 4h00 par jour (50%), et qu'elle présente un défaut de motivation, d'intérêt et de volonté bien que disant vouloir se sortir de l'aide sociale (cf. rapport du 20 juin 2016, dos. OAI 66). Une non-adhésion, un défaut de motivation, etc., pour des mesures de réadaptation ont été mises en évidence non seulement par les experts, mais également par les propres dires de l'assurée, de son mandataire et de ses médecins traitants (cf. par ex. courrier du 19 juin 2020, dos. OAI 290: "l'assurée n'a pas les ressources personnelles suffisantes pour s'engager dans un processus de réinsertion professionnelle"). Un sentiment allégué d'être très malade malgré des résultats d'examen tout à fait rassurants constants, un défaut d'homogénéité et de cohérence entre les limitations surtout invoquées relativement au travail ainsi qu'aux mesures de réadaptation et les observations cliniques ainsi que le déroulement des journées, des loisirs, des motifs extra-médicaux,

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 bref, de prétendus empêchements basés sur des raisons ne relevant pas de l'état de santé et de l'AI ont été mis en évidence plus haut. En entretien à l'OAI, le 9 novembre 2021 (cf. rapport, dos. OAI 380), auquel participe aussi le mandataire de l'assurée, la conseillère en réinsertion professionnelle donne des explications sur l'aide au placement (art. 18 LAI) et note que l'assurée n'a entrepris aucune démarche dans le domaine de la réadaptation professionnelle, ne fait montre d'aucune "attitude" envers cette réadaptation ou un projet professionnel. Elle reprend ensuite les déclarations de Me Känel suivantes: l'état de santé de l'assurée s'est aggravé et il va demander des rapports à son généraliste et son psychiatre traitants; elle pèse 39 kg et il est impossible d'envisager une mesure dans le premier marché du travail ou encore dans une institution; elle ne va pas bien du tout et son médecin psychiatre a dû augmenter les médicaments, et avec ses 39 kg elle est très faible; elle n'arrive même pas à s'occuper de son ménage. La conseillère indique dès lors clôturer son mandat puisqu'il n'y a pas de mesures à mettre en place.

#### **E. 4.2**

Contrairement à ce que soutient la recourante (cf. recours, ch. 28, p. 8; également courrier du 23 novembre 2021, dos. OAI 382; courriers du 23 décembre 2022 et du 19 janvier 2023), la conseillère de l'OAI n'a aucunement constaté qu'il n'était pas possible, en raison de son état de santé précaire et sa faiblesse générale, d'exiger d'elle qu'elle entreprenne des démarches dans le cadre d'une réadaptation, d'une réinsertion ou d'une aide au placement. La conseillère n'a fait que rapporter les déclarations du mandataire susmentionnées selon lesquelles aucune mesure de réadaptation ne pouvait être mise en place. Compte tenu de ces assertions, elle ne pouvait qu'en tirer une conclusion, savoir mettre un terme à son mandat dès lors qu'aucune mesure d'ordre professionnel, y compris pas une aide au placement, n'était possible, l'assurée refusant clairement toute participation à dite mesure, arguant de

son état de santé, alors même qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail du point de vue médico-théorique. Au vu de ce qui précède, la Cour retient que l'OAI n'a à bon droit pas vérifié plus avant encore si l'assurée avait besoin de la mise en œuvre de mesures de réadaptation préalables, son éloignement de longue durée du marché de travail étant dû à des motifs étrangers à l'invalidité; il avait en outre rendu hautement vraisemblable qu'elle n'avait ni la volonté, ni l'aptitude subjective de se réadapter. Il n'y avait pas lieu à une procédure de mise en demeure d'avertissement avec délai de réflexion.

## **E. 5**

Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être entièrement rejeté et la décision attaquée confirmée.

### **E. 5.1**

La recourante a sollicité l'octroi de l'AJT (608 2022 182). Les conditions cumulatives d'indigence, l'assurée émargeant à l'aide sociale, et de chance de succès du recours posées par l'art. 142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) apparaissent remplies. L'AJT sera accordée; un défenseur d'office en la personne du mandataire choisi sera désigné à la recourante.

### **E. 5.2**

Le mandataire produit sa liste de frais le 13 décembre 2023. Sur la base du tarif applicable (art. 8ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif/JA; RSF 150.12), l'équitable indemnité à laquelle le mandataire aura droit sera fixée à CHF 2'541.30, soit CHF 2'310.-

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 d'honoraires (12h50 à CHF 180.-/h), plus CHF 49.60 de débours et CHF 181.70 au titre de la TVA à 7.7%. Ce montant sera à la charge de l'Etat de Fribourg.

### **E. 5.3**

La procédure n'est pas gratuite. Des frais, par CHF 800.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils ne seront pas perçus, du fait de l'AJT octroyée. la Cour arrête : I. Le recours (608 2022 181) est rejeté. II. La requête (608 2022 182) d'assistance judiciaire gratuite totale est admise et Me Daniel Känel, avocat, est désigné en qualité de défenseur d'office. III. Il est alloué à Me Daniel Känel, en sa qualité de défenseur d'office, une indemnité de CHF 2'541.30, dont CHF 181.70 au titre de la TVA (7.7%), à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. V.

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. Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art.

145b al. 3 CPJA). Fribourg, le 21 février 2024/djo La Présidente Le Greffier-rapporteur

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