

FR_GERICHTE 605 2014 124 vom 1. März 2016

FR Kantonsgericht, 2016-03-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_124

FR: FR_GERICHTE 605 2014 124 du 1 mars 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2014 124 del 1 marzo 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 12

août 2004, fait une chute dans les escaliers de son domicile, ayant entraîné un traumatisme de la hanche gauche. L'assurée a déposé une demande de rente d'invalidité en date du 15 mars 2005. Le 18 juillet 2005, elle a été opérée par arthroscopie de la hanche gauche. Par décision du 24 septembre 2007, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : OAI) a estimé que la capacité de travail de l'assurée était certes restreinte, mais que celle-ci pouvait exercer une activité de substitution adaptée à son état de santé à 70%. Comparant les revenus sans invalidité (CHF 57'600.-) et avec invalidité (CHF 31'630.-) de l'assurée, l'OAI lui a reconnu un degré d'invalidité de 45% et lui a dès lors octroyé un quart de rente à compter du 1er avril 2005. B. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal, par arrêt du 7 mai 2008, a pris acte que l'OAI proposait la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique complémentaire, a considéré que cette proposition correspondait à la conclusion subsidiaire de la recourante et a ainsi rayé la cause du rôle. C. En 2008, l'assurée a réduit son temps de travail à 50% pour des raisons médicales. L'OAI, se fondant essentiellement sur le rapport d'expertise rhumatologique du 2 juillet 2008 du Dr D. _____, a retenu que l'assurée pouvait exercer une activité de substitution adaptée à 70% et présentait une invalidité de 40.3% (revenu sans invalidité de CHF 60'365.- comparé au revenu avec invalidité de CHF 36'000.-). Par décision du 2 mars 2010, l'office a dès lors confirmé l'octroi d'un quart de rente. En date du 29 octobre 2010, l'assurée a ensuite encore subi une pose de prothèse de la hanche gauche. D. Dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée en janvier 2012, l'OAI a diligenté une nouvelle expertise rhumatologique auprès du Dr E. _____. Se fondant sur le rapport d'expertise du 25 mars 2013 de ce dernier, l'office a conclu à une capacité de travail résiduelle de l'assuré de 70% dans son activité habituelle, avec toutefois une diminution de rendement de 15%. Par décision du 5 mai 2014, l'OAI a une nouvelle fois confirmé le droit à un quart de rente d'invalidité de l'assurée. E. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Fabbro, avocat, interjette recours de droit administratif le 6 juin 2014 auprès du Tribunal cantonal. La recourante fait essentiellement valoir qu'elle souffre d'une grave atteinte inflammatoire, la spondylarthropathie, et que seule une IRM peut analyser précisément l'activité de cette maladie ; l'avis médical du Dr F. _____ doit à son sens être privilégié par rapport à celui du Dr E. _____, ce dernier n'ayant pas procédé à une IRM tout en reconnaissant sa nécessité. L'assurée reproche par ailleurs au Dr E. _____, de ne pas avoir tenu compte de la coxarthrose dans l'évaluation de sa capacité de travail. La recourante s'estime somme toute incapable à 60% d'exercer sa profession habituelle de

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 représentante. Elle conclut dès lors à l'admission du recours, à l'annulation de la décision entreprise ainsi que, principalement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins, subsidiairement, à la mise en œuvre par le Tribunal cantonal d'une expertise pluridisciplinaire et, plus subsidiairement enfin, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Une avance de frais de CHF 800.- a été versée le 27 juin 2014. Dans ses observations du 29 avril 2014, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il considère en substance que l'état de santé de la recourante n'a pas subi d'aggravation notable justifiant l'augmentation de sa rente et que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise serait ainsi superflue. Dans ses contre-observations du 15 octobre 2015, la recourante remet derechef en cause la valeur probante du rapport d'expertise du 25 mars 2013 du Dr E. _____ et requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. L'OAI, dans son écriture ampliative du 13 novembre 2014, renonce à se déterminer plus avant et confirme ses conclusions. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments des parties, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. b) D'après une jurisprudence constante, 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). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 ; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 352 consid. 2.2.5), une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs de l'assuré qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que des éclaircissements de la part d'un médecin psychiatre n'étaient pas nécessaires lorsqu'il n'existait aucun indice que l'assuré présentât une problématique psychique invalidante (arrêts TF 9C_699/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2 et 4.3 ; I 761/01 du 18 octobre 2002, in SVR 2003 IV n° 11 p. 31). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 274; cf. aussi ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c ; 120 Ib 229 consid. 2b ; 119 V 344 consid. 3c et la référence citée ; arrêt TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101) (SVR Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d et la référence citée). d) Selon l'art. 17 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b ; 107 V 219 consid. 2, 105 V 29 et les références citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec

une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêt TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). e) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (arrêts TF 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1 ; ATF 128 V 174 ; 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). 3. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assurée, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente (cf. supra consid. 2d) avec

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 son état de santé au moment de la décision de révision portée céans, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. Dans la présente occurrence, la dernière décision ayant matériellement examiné le droit à la rente de la recourante est la décision du 2 mars 2010, qui lui a initialement octroyé un quart de rente d'invalidité et a remplacé la décision du 24 septembre 2007, objet de l'arrêt du 7 mai 2008 du Tribunal cantonal (cf. ledit arrêt p. 3). La communication du 10 mai 2013, lors même qu'elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. supra consid. 2d), ne saurait servir de point de comparaison dans le temps. Elle prévoyait en effet la possibilité pour la recourante de requérir par écrit une décision sujette à recours dans un délai de trente jours, ce qu'elle a fait par courrier du 7 juin 2013. La décision formelle rendue ensuite est la décision de révision du 5 mai 2014, portée céans. a) Par décision du 24 septembre 2007, l'OAI a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 45% et lui a dès lors accordé un quart de rente d'invalidité à compter du 1er avril 2005. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal a, par arrêt du 7 mai 2008, pris acte que l'OAI proposait la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique complémentaire et rayé la cause du rôle. L'OAI a dès lors diligenté une expertise auprès du Dr D. _____, médecin spécialiste FMH en

rhumatologie, médecine interne et médecine du sport. L'expert, dans son rapport d'expertise du 2 juillet 2008, a retenu les diagnostics de polymyalgia rheumatica vraisemblable sans syndrome inflammatoire sanguin accompagnateur, de troubles disco-dégénératifs cervicaux pluri-étagés, de coxarthrose bilatérale prédominant à gauche et de status après résection arthroscopique du labrum de la hanche gauche le 18 juillet 2005. Sur le plan psychiatrique, il a noté que l'assurée ne montrait pas de trouble des fonctions cognitives basales (orientation, vigilance, attention et mémoire) et qu'il n'y avait pas de signes de psychose. Le rhumatologue a finalement considéré que la capacité de travail de l'assurée était réduite à 70% – diminution de rendement comprise – comme conseillère de vente en produit cosmétique, en lien essentiellement avec un traumatisme de la hanche gauche subi le 12 août 2004. Il a en effet considéré que l'examen clinique actuel relevait essentiellement une altération douloureuse de la mobilité de la hanche gauche et que le rhumatisme inflammatoire de type polymyalgia rheumatica sans syndrome inflammatoire sanguin accompagnateur était actuellement contrôlé par un traitement cortisonique. Le médecin a noté les limitations fonctionnelles suivantes : mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis, travaux lourds, ports de charge supérieurs à 10 kg, travail excluant la position debout et la marche prolongée. Dans sa missive à contenu médical du 25 août 2008 adressée à l'OAI, le Dr G._____, médecin traitant de l'assurée, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a contesté la conclusion assécurologique du Dr D._____, sans toutefois remettre en cause son examen médical et les diagnostics retenus. Il a en effet exposé que ce dernier avait mal évalué la charge de travail qu'impliquait l'activité de conseillère de vente de produits cosmétiques, attendu qu'elle nécessite de nombreux déplacements en voiture, de fréquents déplacements à pied, ainsi que le port de charges de plusieurs kilos lors de chaque visite. Le Dr G._____ a dès lors finalement considéré que, dans son ancienne activité, la capacité de travail résiduelle de sa patiente était plutôt de l'ordre de 50 %. Le Dr H._____, médecin spécialiste FMH en médecine générale et médecine du travail, du Service médical régional (SMR), a constaté, dans sa prise de position du 26 septembre 2008, qu'il n'y avait pas de discordance entre les diagnostics retenus par l'expert, le Dr D._____, et le

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 médecin traitant de l'assurée, le Dr G._____. Il a fait sienne la conclusion du Dr G._____, selon laquelle l'assurée ne pourrait reprendre son ancienne activité qu'à 50 % ; à son sens toutefois, elle demeurerait capable d'exercer à 70 % (horaire et rendement confondus) une activité plus légère impliquant peu de déplacements et respectant ses limitations fonctionnelles. En 2009, l'assurée a subi la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche. Fort de la prise de position de son SMR, l'OAI a, par décision du 2 mars 2010, octroyé un quart de rente d'invalidité à l'assurée. b) Dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée en 2012, les pièces médicales suivantes ont été versés aux actes : - Le rapport médical du 2 novembre 2010 du Dr I._____, médecin spécialiste FMH en orthopédie, qui a souligné deux problèmes de prothèse, à savoir l'orientation de la cupule et la longueur de la tige, et ainsi programmé un changement de prothèse. - Le protocole opératoire définitif du 29 novembre 2010 du Dr I._____. - Le rapport médical du 3 décembre 2010 du Dr J._____, médecin spécialiste FMH en pathologie et médecine légale, qui a fait état d'une lésion réactionnelle/inflammatoire post-traitement prothétique avec dépôt de nombreux cémentophagos, accumulation focale de lymphocytes et de plasmocytes ainsi que détrit. - La lettre de sortie du 13 décembre 2010 du Dr I._____. - Le rapport radiologique du 28 novembre 2011 du Dr K._____, qui a mis en évidence un petit pont osseux sur l'articulation sacro-iliaque à gauche, une discrète

scélrose de part et d'autre de la partie antérieure de l'articulation sacro-iliaque à droit, ainsi que des altérations dégénératives marquées des articulaires postérieures en L4-L5 et L5-S1, sans érosion. - Les certificats médicaux du 17 janvier 2012 du Dr I._____, qui a souligné que sa patiente marchait avec une boiterie peu importante et considéré qu'elle était capable de travailler à 50 %. - Le rapport médical du 30 août 2012 du Dr I._____, qui a retenu les diagnostics de status après changement de la prothèse de la hanche gauche et de spondylarthrite ankylosante. Le médecin a estimé que l'évolution suite à l'opération de la hanche était favorable, que l'assurée ne ressentait plus de douleurs et que sa mobilité était harmonieuse. Il a cependant signalé l'apparition de douleurs lombaires basses et d'une raideur musculaire paravertébrale lombaire douloureuse et a estimé que sa patiente restait à 50 % incapable de travailler. - Le rapport médical du 1er octobre 2012 du Dr F._____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie et médecin traitant de l'assurée, qui a diagnostiqué une spondylarthropathie avec atteinte axiale et périphérique et conclu à une capacité de travail de 50 %. - Le rapport médical pour la révision du droit à la rente du 4 octobre 2012 du Dr F._____, qui a considéré qu'en raison de la persistance des douleurs vertébrales étagées, de l'apparition de synovites des coudes, des épaules et des métacarpo-phalangienne et de la diminution de la mobilité qui y est liée, sa patiente disposait d'une capacité de travail résiduelle de 30 % dans son activité de représentante.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 - La prise de position du 23 octobre 2012 du Dr L._____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, qui a estimé que la situation clinique de l'assurée avait certainement évolué, par l'amélioration de la symptomatologie de la hanche et par l'apparition d'une spondylarthropathie vertébrale active depuis janvier 2011. Le médecin du SMR a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. L'OAI a ainsi fait diligenter une nouvelle expertise rhumatologique par le Dr E._____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne et médecine manuelle. Dans son rapport du 25 mars 2013, l'expert a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), une possible spondylarthropathie ankylosante HLA B27 négatif, des cervicalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (une uncarthrose C5-6 modérée) et des lombo-pygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (une minime arthrose facettaire postérieure). En tant que diagnostics sans influence sur la capacité de travail, il a relevé : un status post-coxalgies gauches récurrentes sur défaut de couverture et lésions du labrum (un status post arthroscopie hanche gauche en 2005, un status post resurfaçage de la hanche gauche en 2009, un status post pose de prothèse en 2010), une cholélithiase en 2010, un status post plastie ligamentaire du genou gauche en 1980, ainsi qu'un status post cholécystectomie en 1998. L'expert a considéré qu'aucun signe ne parlait en faveur d'un trouble anxio-dépressif sous-jacent. Le Dr E._____ a estimé que l'activité actuellement exercée par l'assurée était adaptée à sa situation clinique, dans la mesure où elle permet d'alterner les positions assise et debout et d'éviter les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier ou en porte-à-faux répétitifs à plus de 5 à 10 kg. Il a ainsi finalement conclu à une capacité de travail résiduelle de 70 % dans l'activité habituelle depuis le 30 mai 2011 avec toutefois une diminution de rendement de 15 % au plus. Dans sa prise de position du 30 avril 2013, le Dr L._____, du SMR, a repris les conclusions du Dr E._____. Le certificat du 24 octobre 2013 du Dr F._____ a encore été déposé au dossier par l'assurée. Le médecin traitant a estimé que l'atteinte à la santé dont souffrait l'assurée était « quelque peu sous-évaluée ». Ce médecin a en substance considéré que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante était « difficile à

affirmer chez une femme un peu plus âgée et présentant des troubles dégénératifs associés, mais que plusieurs éléments rendent un autre diagnostic invraisemblable et que le diagnostic de spondylarthropathie peut donc être affirmé de manière affirmative ». Il a ajouté qu'à son sens le diagnostic de polymyalgia rheumatica posé par le Dr E. _____ était erroné et que son examen confirmait l'existence d'une atteinte inflammatoire. Il a encore précisé que le Dr E. _____ avait omis de lister la coxarthrose polaire supérieure droite, qu'il avait pourtant auparavant décrite. Le rhumatologue a finalement considéré que sa patiente présentait une atteinte rachidienne et périphérique confirmée par des examens radiologiques entraînant une incapacité de travail de 60 % au moins. Interpelé, le Dr E. _____ a, dans son complément d'expertise du 24 avril 2014 (faussement daté du 25 mars 2013), souligné qu'il n'avait pas exclu le diagnostic de spondyloarthropathie dans son rapport d'expertise, mais que cette maladie était peu active. S'agissant de la coxarthrose, il a précisé qu'elle ne lui paraissait pas significative et que le Dr F. _____ n'avait pas indiqué son stade. L'expert a finalement noté que le Dr F. _____ n'apportait aucun autre élément susceptible de remettre en cause son appréciation et a, dès lors, confirmé ses précédentes conclusions.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Par décision du 5 mai 2014, l'Office a ainsi confirmé le droit à un quart de rente de l'assuré. c) Le Dr E. _____, dans son rapport d'expertise du 25 mars 2013, a diagnostiqué un « syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) ». A titre liminaire, il sied donc de se demander si une expertise psychiatrique aurait été nécessaire, attendu que la jurisprudence l'exige en principe en cas de troubles somatoformes douloureux ou de fibromyalgie (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; 130 V 352 consid. 2.2.5). En l'espèce, la documentation médicale figurant au dossier ne laisse apparaître aucun indice en faveur d'une limitation de la capacité de travail de la recourante au plan psychique. En effet, si le Dr D. _____, dans son rapport d'expertise du 2 juillet 2008, a laconiquement fait mention de l'existence, en 2002, d'un « contexte de troubles anxieux, état dépressif sur conflits conjugaux », il n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychique dans ses conclusions (cf. ledit rapport, p. 8) et a au contraire expressément relevé que, sur le plan psychiatrique, « l'assurée ne [montrait] pas de trouble des fonctions cognitives basales (orientation, vigilance, attention et mémoire) » et qu'il « n'y [avait] pas de signes de psychose » (cf. ledit rapport, p. 6). Aucune autre pièce médicale n'a depuis mentionné une quelconque atteinte d'ordre psychique. Le Dr E. _____ a encore, dans son rapport du 25 mars 2013, expressément souligné qu'aucun signe ne parlait en faveur d'un trouble anxio-dépressif sous-jacent. Il convient de noter, au surplus, que la recourante elle-même, lors des expertises effectuées par les Drs D. _____ et E. _____ (cf. leurs rapports d'expertise respectifs, pp 5 et 6 s.) et dans le cadre de la présente procédure de recours (cf. son recours du 6 juin 2014 et ses contre-observations du 15 octobre 2015), n'a jamais prétendu souffrir d'une quelconque affection psychique. A défaut de composante psychiatrique ou psychosomatique, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique n'est donc pas requise (cf. supra consid. 2c). Pour la même raison, la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux n'est pas applicable (cf. à cet égard ATF 141 V 281). En l'espèce, initialement, le droit à un quart de rente d'invalidité avait été reconnu à l'assurée essentiellement à cause d'une altération douloureuse de la mobilité de la hanche gauche (cf. le rapport d'expertise du Dr D. _____ p. 9). L'activité habituelle de la recourante n'avait alors pas été jugée adaptée, sa capacité de travail résiduelle en tant que conseillère en produits cosmétiques ayant été estimée à 50%. Dans une activité plus légère, elle pouvait par contre travailler à 70%,

horaire et rendement confondus. Ensuite, comme cela ressort de la prise de position du 23 octobre 2012 du Dr L. _____ du SMR, après la pose en 2009 d'une prothèse totale, la symptomatologie de la hanche s'est améliorée. En 2011, une spondylarthropathie vertébrale aurait fait son apparition. La situation clinique de la recourante a donc bien connu une certaine évolution entre le 2 mars 2010 et le 5 mai 2014. Reste à voir si ce changement influence son droit à la rente. Dans son rapport d'expertise, le Dr E. _____ a estimé que l'activité actuellement exercée par l'assurée était adaptée à sa situation clinique, attendu qu'elle permet d'alterner les positions assise et debout et d'éviter les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier ou en porte-à-faux répétitifs à plus de 5 à 10 kg. Il a ainsi finalement conclu à une capacité de travail résiduelle de 70% dans l'activité habituelle avec toutefois une diminution de rendement de 15% au plus. Les conclusions du Dr E. _____ sont convaincantes. Dans la mesure où la symptomatologie de la hanche s'est améliorée, qu'elle n'a plus de répercussion sur la capacité de travail de la recourante (cf. le rapport d'expertise du Dr E. _____ p. 11), il n'y a en effet plus de raison de considérer, Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 ainsi que l'avaient fait les Drs G. _____ et H. _____ dans le cadre de la procédure d'octroi de rente, que l'activité de représentante n'est pas ou peu adaptée. Les conclusions du Dr E. _____ apparaissent en outre compatibles avec les observations réalisées lors de l'examen, à savoir notamment que l'assurée se lève d'un bloc sans signaler de douleur, reste assise pendant 2 heures sans se lever et se dévêt, se rhabille, se couche et se relève de manière fluide. Le rapport d'expertise rhumatologique du Dr E. _____ est au demeurant très détaillé, se fonde sur des examens complets et a été établi en pleine connaissance du dossier, après que le médecin ait personnellement reçu la recourante. Il prend également en considération les plaintes exprimées par cette dernière et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. L'appréciation médicale est claire. Le rapport d'expertise ne présente aucune contradiction interne, chaque conclusion ayant fait l'objet d'une motivation étendue et univoque. Les critiques formulées à son encontre par la recourante ne résistent ainsi pas à l'examen : d'une part, le diagnostic de spondyloarthropathie n'a pas été exclu par le Dr E. _____ (cf. le rapport d'expertise p. 11). L'expert a seulement, en vue d'affiner ce diagnostic, suggéré la mise en œuvre d'une IRM. Il a cependant, clairement et à réitérées reprises, exposé qu'à son sens cette maladie n'était guère active chez l'assurée (cf. le complément d'expertise du 24 avril 2014). Ainsi, lors même que le diagnostic pourrait être affiné, il n'en demeure pas moins que les incidences actuelles de cette éventuelle maladie sur la capacité de travail de la recourante ont été examinées et établies à satisfaction de droit par l'expert. D'autre part, la coxarthrose a manifestement été prise en compte par le Dr E. _____ (cf. le rapport d'expertise p. 3 et 11 s.), celui-ci ayant toutefois considéré qu'elle n'était pas significative. C'est le lieu de noter, à cet égard, que le Dr F. _____ n'a pas signalé son stade et que l'assurée ne s'est pas plainte de douleurs à la hanche lors de la seconde expertise (cf. le rapport d'expertise p. 6 s.). Il n'y a enfin pas lieu de donner la préséance à l'avis médical du Dr F. _____, qui a apprécié les circonstances de fait différemment de l'expert. En effet, les certificats médicaux du médecin traitant, par trop succincts, n'ont pas la valeur probante d'une expertise. Il apparaît par ailleurs étonnant qu'à 3 jours d'intervalle il ait conclu à une capacité de travail résiduelle « actuelle » de l'assurée d'abord de 50%, puis de 30%, sans pour autant expliciter cette variation (cf. ses certificats des 1er et 4 octobre 2012). Il est également surprenant, ainsi que l'a relevé le Dr L. _____ dans sa prise de position du 23 octobre 2012, qu'au moment-même où selon le médecin traitant la capacité de travail de sa patiente diminuait fortement cette dernière a fait

passer son revenu mensuel de CHF 3'000.- à CHF 5'000.-. Il sied de noter en outre que la recourante, qui selon le Dr F. _____ serait à ce jour incapable de travailler à 60% au moins, exerce son activité habituelle à mi-temps depuis 2008. Il convient finalement de tenir compte du fait qu'un médecin traitant, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui lui a été confié, a tendance à s'exprimer, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à ses patients (cf. supra consid. 2c). Les preuves figurant au dossier de la cause, constituées essentiellement de pièces médicales, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise complémentaire, ainsi que l'a sollicité la recourante dans son mémoire de recours et ses contre-observations (cf. supra consid. 2c). L'autorité intimée était, par voie de conséquence, en droit de retenir que la recourante est capable d'exercer son activité habituelle à 70%, avec une diminution de rendement de 15% au plus.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 4. Le taux d'invalidité résultant de la diminution de rendement retenue doit encore être déterminé. Les conditions fixées par la jurisprudence du Tribunal fédéral dans un arrêt de principe publié aux ATF 104 V 135 consid. 2b (et confirmée ultérieurement à plusieurs reprises, par ex. dans l'arrêt TF 8C_282/2012 du 11 mai 2012 consid. 7) relatives à une comparaison en pourcent (« Prozentvergleich ») entre les salaires de valide et d'invalides sont réalisées en l'espèce, l'assurée ne devant pas changer de branche professionnelle. La recourante présente ainsi un taux d'invalidité de 45% au plus (incapacité de travail de 30% + diminution de rendement de 15% au plus), taux correspondant bien à un quart de rente d'invalidité. 5. a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. b) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais du même montant. Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____ et compensés avec l'avance de frais du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Communication. 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 1er mars 2016/yho Président Greffière

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