

FR_GERICHTE 605 2015 75 vom 29. Juni 2016

FR Kantonsgericht, 2016-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_75

FR: FR_GERICHTE 605 2015 75 du 29 juin 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2015 75 del 29 giugno 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). b) La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, 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.

E. 2.1

et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences

entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, 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 devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux 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. Joueront 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. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1).

E. 3

a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail

(art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. b) L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire, la méthode spécifique, la méthode mixte et la méthode extraordinaire. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). La méthode dite spécifique d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 2 LAI) s'applique aux assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une. La perte de gain est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. Dans ces derniers, on entend notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et

E. 8

al. 3 LPGA; arrêts TF 9C_22/2010 du 2 juin 2010 consid. 4 et I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.3). Pour évaluer l'invalidité, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI; ATF 121 V 366 consid. 1b). La méthode utilisée par l'enquête ménagère consiste, dans un premier temps, à

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 établir un catalogue des activités que la personne assurée effectuerait si elle n'était pas atteinte dans sa santé en tenant compte notamment de la composition de la famille et de la taille du logement. L'enquête ménagère permet de tenir compte de la particularité de chaque cas, puisque les empêchements ménagers se basent aussi sur les déclarations de la personne assurée et les constatations effectuées au domicile de cette dernière, pour autant qu'elles soient en cohérence avec l'aspect médical. Afin d'assurer une égalité de traitement, on se base sur une table de l'OFAS qui répartit les activités ménagères en sept catégories et qui fixe un pourcentage minimum et maximum pour chacune d'elles. Il convient ensuite d'identifier les activités ménagères que la personne assurée n'est plus en mesure d'effectuer compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de déterminer le pourcentage d'empêchements qui en résulte. La méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI) s'applique lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité. Selon cette méthode, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans

une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV no 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références). La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564). L'invalidité totale s'obtient en additionnant les degrés d'invalidité correspondant aux parts respectives attribuées aux activités lucrative et non lucrative (VSI 1999 p. 231 consid. 2b et les références). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (arrêt TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.2). Finalement, la méthode dite extraordinaire d'évaluation du taux d'invalidité s'applique aux cas où il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus hypothétiques provenant d'une activité lucrative, notamment dans le cas où l'assuré travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint ou est un travailleur indépendant. Dans ces cas, le Tribunal fédéral a établi que l'invalidité doit être évaluée, dans l'activité exercée, d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (ATF 128 V 29 consid. 1). Sur la base de cette méthode, inspirée de la méthode spécifique, on constate d'abord l'empêchement dû à la maladie ou l'infirmité, puis l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain (Pratique VSI 2/1998 p. 121; Droit des assurances sociales - Jurisprudence SVR 1996 IV n° 74 consid. 2b). Concrètement, il y a lieu de pondérer les activités exercées par l'indépendant en appliquant à chaque activité le salaire de référence usuel dans la branche. On peut ainsi déterminer le revenu d'une personne non invalide et le revenu d'invalide et effectuer une comparaison des revenus (CIIAI, ch. 3105s). 4. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 a) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la

description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Par ailleurs, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). c) L'art. 69 al. 2 RAI prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de réaliser une visite domiciliaire. Telle est la possibilité, notamment, lorsqu'il s'agit d'assurés qui s'occupent du ménage (cf. CIIAI, ch. 1058). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral 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 28 février 2003 consid. 3.2).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 Selon la jurisprudence, une visite domiciliaire est en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé physique. Sa valeur probante se mesure par analogie aux critères appliqués aux expertises médicales. Il est notamment essentiel que le rapport ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes. Exceptionnellement, en cas de doute sur la crédibilité des indications de l'assuré ou lorsque celles-ci ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, il sera nécessaire de faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (ATF 128 V 93

consid. 4). 5. L'assurance-invalidité et l'assurance-chômage ne sont pas des branches d'assurance complémentaires, ce qui aurait pour conséquence qu'un assuré exclu de l'une d'elles pourrait dans tous les cas toucher les prestations de l'autre. L'assuré, qui, malgré de graves atteintes à sa santé, n'a pas une incapacité de gain suffisante pour prétendre à une rente, peut également être déclaré inapte au placement par l'assurance-chômage. Ainsi, il se peut qu'une même atteinte à la santé conduise l'assurance-invalidité à reconnaître une pleine capacité de travail et que, de son côté, l'assurance-chômage nie l'aptitude au placement. En outre, les décisions de l'assurance-invalidité, respectivement de l'assurance-chômage n'ont aucun effet obligatoire pour l'autre assurance (arrêt TF 9C_131/2010 du 6 octobre 2010 consid. 6; cf. ég. arrêt TF 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 5.3). 6. Est litigieuse la question de savoir si l'assurée peut prétendre à une rente de l'AI, laquelle dépend d'une appréciation médicale de son état de santé, et, notamment, de la valeur probante de l'expertise du Dr D. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, et de celle du Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

a) L'assurée se plaint que l'OAI n'ait pas tenu compte du volet somatique de ses troubles. A son avis, ceux-ci trouvent également "leur origine dans des lésions somatiques type post-traumatique (pied gauche et bras droit) ou dégénératif (hanches et dos)". Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté une expertise rhumatologique auprès du Dr D. _____. Dans son rapport d'expertise du 3 décembre 2013, ce dernier diagnostique un "syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent –diminution du seuil de tolérance à la douleur". Seul diagnostic avec influence sur la capacité de travail, il équivaut à une fibromyalgie (cf. ég. dossier OAI, pièce 269). Selon l'expert, la "symptomatologie réside essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique avec dissémination de la douleur sous forme de tâche d'huile et chronicisation et cristallisation de celle-ci". Pour le surplus, l'expert mentionne d'autres diagnostics sans influence sur la capacité de travail, notamment un syndrome lombovertébral récurrent chronique, des cervicobrachialgies chroniques, des omalgies bilatérales et des douleurs du pied gauche d'origine indéterminée. Sur le plan de la capacité de travail, l'expert considère que l'assurée est en mesure d'exercer son ancienne activité à un taux de 70%. Par contre, dans une activité avec peu de mouvements répétés au dessus de l'horizontal et sans port répété de charges de plus de 5-10 kg, la capacité de travail est entière (dossier OAI, pièce 260).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 Les conclusions de l'expert-rhumatologue quant au diagnostic sont fondées sur l'étude du dossier assécurologique ainsi qu'un entretien du 29 novembre 2013. Lors de cet entretien, l'expert a été en mesure d'écouter les différentes plaintes de l'assurée et de procéder à un examen complet, composé également de mesures d'imagerie médicale (radiographies et ultrasonographies). L'expert a mis en évidence les discordances entre les plaintes de l'expertisée et ses constats objectifs. Il a discuté des différents avis médicaux présents au dossier, mettant en exergue les motifs d'éventuelles divergences. L'avis de l'expert-rhumatologue est par ailleurs confirmé par d'autres pièces du dossier. b) Le Dr F. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, considère ainsi que l'expertise remplit entièrement les critères de qualité requis d'une expertise médicale. Selon lui, elle demeure probante même en présence de la péjoration de l'état de santé alléguée à la fin 2014 (dossier OAI, pièces 236, 261, 332 et 363). Sur le plan diagnostic, le médecin du SMR se doutait, fin 2012 déjà, que les atteintes objectives relativement modestes ne semblaient pas expliquer la totalité des plaintes de l'assurée (rapport du 11 décembre 2012, dossier OAI, pièce 180). Une telle incertitude était partagée par le Dr G. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale. Le

spécialiste n'avait été consulté que dans le but de donner un diagnostic et de faire de propositions thérapeutiques, sans procéder à l'évaluation de la capacité de travail. Toutefois, comme le médecin du SMR, il indiquait ne pas avoir de diagnostic étiologique précis et proposait un complément d'investigations (dossier OAI, pièce 149, 176, 190 et 219). De manière semblable à l'expert mais fin 2011 déjà, le Dr H. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, mentionnait l'existence d'un diagnostic de "Chronisches überwiegend psychosozial konditioniertes multilokuläres Schmerzsyndrom mit Generalisierungstendenz weit verdergründig". Premier à mentionner un tel diagnostic, il n'examinait cependant pas la capacité de travail (dossier OAI, pièces 96, 101 et 104). Pour sa part, le médecin traitant de la recourante, le Dr I. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, estimait initialement que la capacité de travail de sa patiente était influencée par des troubles de nature rhumatologique et non psychique. Cela étant, les troubles mentionnés par le généraliste sont, pour la plupart, cités par l'expert-rhumatologue en tant que troubles sans incidence sur la capacité de travail. Or, déjà en 2011, le médecin traitant soulignait que sa patiente se dirigeait dans un processus chronique évoluant vers un syndrome douloureux chronique (dossier OAI, pièces 98, 115, 171, 178 et 227). Dans son rapport du 24 janvier 2014, le généraliste s'est même contenté de renvoyer aux conclusions de l'expertise (dossier OAI, pièce 269). A cet égard, on peut conclure qu'il adhérerait aux conclusions de l'expert-rhumatologue. Certes, dans un rapport ultérieur du 3 décembre 2014, le généraliste a cité une coxarthrose comme diagnostic avec influence sur la capacité de travail (dossier OAI, pièce 359). Toutefois, une coxarthrose débutante était déjà diagnostiquée en 2012 (dossier OAI, pièce 114), ce qui démontre que ce trouble n'est pas nouveau. Il a par ailleurs été pris en compte et expressément écarté par l'expert-rhumatologue (dossier OAI, pièce 260). A cet égard, selon l'avis convaincant du SMR, on ne saurait reconnaître un caractère invalidant à une coxarthrose débutante depuis 2012 (rapport du 6 février 2015, dossier OAI, pièce 363). En outre, bien que cela soit dit dans un rapport postérieur à la décision litigieuse qui n'a pas à être pris en compte ici, le médecin-traitant qualifiera à nouveau la coxarthrose de "débutante" après investigations auprès d'un spécialiste (rapport du 22 avril 2015, bordereau).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 Les autres médecins consultés postérieurement à la demande de prestation du 11 juin 2011 ne se prononcent pas s'agissant de l'existence d'un impact des troubles diagnostiqués sur la capacité de travail. c) Ainsi, le Dr J. _____, spécialiste FMH en cardiologie et en médecine interne générale, mentionne qu'une dyspnée influence la capacité de travail. Toutefois, il renvoie aux conclusions du médecin traitant s'agissant de l'évaluation de cette dernière, celui-ci ne faisant jamais mention de dyspnée (dossier OAI, pièces 304 et 311). Le Dr K. _____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retient uniquement un "enraidissement articulaire de l'épaule", sans indiquer si cela a une influence sur la capacité de travail (dossier OAI, pièce 164). Le Dr L. _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, affirme que, de son côté, il n'existe aucun diagnostic invalidant (dossier OAI, pièce 235). Finalement, le Dr M. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ne mentionne que des diagnostics rhumatologiques sans évaluer leur incidence sur la capacité de travail. Au demeurant, son rapport a été établi postérieurement à la décision litigieuse et concerne des états de fait postérieurs à la décision contestée, de sorte que les constats médicaux y figurant n'ont de toute manière pas à être pris en compte dans la présente procédure (rapport du 24 mars 2015, bordereau). Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que, mis à part un

syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, la recourante ne souffre pas d'atteinte somatique ayant une influence sur la capacité de travail. En présence d'un diagnostic invalidant semblable à celui d'un trouble somatoforme douloureux et en l'absence d'un autre trouble d'origine somatique, il convient d'examiner le droit à la rente de l'assurée au regard de la jurisprudence applicable à de tels troubles. 7. Dans la décision litigieuse, l'autorité intimée fonde l'absence de diagnostic psychique ou somatique ayant valeur d'invalidité sur les propos tenus par le Dr E. _____ dans son expertise du 20 septembre 2014. a) A titre liminaire, on constate que la recourante reconnaît expressément la valeur probante de cette expertise lorsqu'elle affirme ne pas entendre "remettre en question les résultats de l'expertise psychiatrique". On peut se joindre à cette appréciation. En effet, le diagnostic de trouble somatoforme émane d'un expert-psychiatre. Celui-ci fait état des plaintes de l'assurée et les prend en considération dans l'évaluation du cas. Il l'a rencontré le 7 août 2014 et lui a alors fait passer des tests psychométriques. Le rapport se fonde dès lors sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées. Disposant du dossier asséculo-logique, l'expert avait pleine connaissance du contexte socio-économique et de l'anamnèse. De manière détaillée, il fonde son diagnostic sur cette dernière et sur le tableau clinique, expliquant les motifs de son raisonnement. L'expert indique également les raisons l'ayant poussé à écarter d'autres diagnostics, notamment celui de dysthymie. Toutefois, le Tribunal fédéral a rendu une nouvelle jurisprudence s'agissant de l'évaluation du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281). Il convient donc d'apprécier la capacité de travail au regard des nouveaux critères applicables (cf. consid. 2b ci-avant). Ceux-ci font référence, à n'en point douter, à des facteurs extra-médicaux ne sachant engager la responsabilité de l'assurance-invalidité. b) Certaines affirmations de l'expert-psychiatre tendent à démontrer l'existence d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Il souligne par exemple que "les

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 plaintes douloureuses semblent dépasser de très loin ce qu'on pourrait ressentir dans le cas d'une pathologie organique pouvant induire des douleurs". En outre, il fait état d'indices allant dans le sens d'une telle exagération, notamment une nette discordance entre les douleurs décrites (du côté gauche, douleurs au pied gauche) et le comportement observé (appui sur le côté dit douloureux, marche de loisirs). Des indices d'une exagération des symptômes sont aussi relevés par le Dr D. _____ dans son expertise du 3 mars 2012. Par exemple, dans ses observations, l'expert-rhumatologue s'étonne que l'assurée soit en mesure de réaliser certaines tâches sans exprimer de douleurs ni adapter sa posture telles que se lever, marcher, rester assise pendant plus de deux heures ainsi que descendre et remonter deux étages d'escaliers sans aide de la rampe (dossier OAI, pièce 260). Les observations des deux experts sont à mettre dans le contexte des affirmations faites par la recourante lors de l'enquête ménagère. Elle affirmait alors pouvoir à peine se lever de sa chaise, se déplacer très lentement dans son appartement, ne plus supporter les positions prolongées et devoir les changer toutes les dix minutes (dossier OAI, pièce 277). Le Dr I. _____ a pour sa part aussi relevé que sa patiente "se plaint beaucoup mais demande peu de médicaments" (rapport du 20 juin 2012, dossier OAI, pièce 115). Tous ces éléments plaident en faveur d'un motif d'exclusion au sens de l'ATF 141 V 281. A cet égard déjà, on peut déduire que l'atteinte à la santé ne présente pas un degré de gravité suffisant pour lui reconnaître un caractère invalidant. c) De surcroît, s'agissant du degré de gravité de l'atteinte, l'expertise du Dr E. _____, mise en lien avec les autres pièces du dossier, permet d'évaluer tant l'atteinte stricto sensu, la personnalité que le contexte social. Ainsi, faisant référence à l'ICD-10 (F45.1) et à la doctrine médicale,

l'expert-psychiatre examine la gravité du trouble sur la base des plaintes de l'assurée et du tableau clinique qualifié d'"incomplet d'une somatisation". L'expert-psychiatre propose une nouvelle solution thérapeutique – soit un traitement aux antidépresseurs accompagnée d'une thérapie confortante et soutenante – laquelle peut avoir, selon lui, un effet positif. Un traitement semblable était déjà conseillé par le Dr I. _____ mais n'a jamais été introduit, l'assurée n'ayant, au vu du dossier, jamais consulté de psychiatre. L'expert-psychiatre et le Dr D. _____ attestent de l'absence de toute comorbidité psychiatrique (y compris une dysthymie) ainsi que l'absence de maladies physiques concomitantes invalidantes. L'expert-psychiatre diagnostique une personnalité dépendante (ICD-10 F60.7) et immature (ICD-

E. 10

De l'ensemble des éléments qui précèdent, on peut déduire que l'atteinte à la santé ne présente pas un degré de gravité suffisant pour lui reconnaître un caractère invalidant justifiant le versement d'une rente. En l'absence d'atteinte ayant valeur d'invalidité, tant dans l'activité professionnelle que dans les travaux habituels, le degré d'invalidité de l'assurée est inférieur à 40%. Dans la mesure où la recourante n'a pas droit à une rente en procédant par le biais de la méthode ordinaire, spécifique ou mixte, la situation d'espèce s'écarte de l'état de fait traité par la Cour Européenne des Droits de l'Homme dans son arrêt *Di Trizio c. Suisse* du 2 février 2016. A cet égard, l'application de la méthode de calcul mixte ne saurait constituer une violation de

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 l'art. 8 CEDH (droit au respect de la vie privée et familiale) combiné avec l'art. 14 CEDH (interdiction de discrimination). Pour ces motifs, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont toutefois compensés avec l'avance effectuée par cette dernière du même montant. 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 la recourante. Ils sont compensés avec l'avance effectuée. 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 29 juin 2016/pte Président Greffier

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