

FR_GERICHTE 605 2017 232 vom 23. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_232

FR: FR_GERICHTE 605 2017 232 du 23 août 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 232 del 23 agosto 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

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. 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 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). 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.

E. 2.1

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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). 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; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt 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 sur la base 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.

E. 2.2

Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé

psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 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. 2.3

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).

E. 2.3.1

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).

E. 2.3.2

De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

E. 2.3.3

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). Enfin, 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).

E. 2.3.4

Par définition, les expertises psychiatriques en matière de troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables réalisées avant l'ATF 141 V 281 ont

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 été rendues à la lumière de la présomption – abandonnée désormais – posée à l'ATF 130 V 352, selon laquelle ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effet de volonté raisonnablement exigible et par des critères établis en la matière pour apprécier le caractère invalidant de ces syndromes. Toutefois, ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé, il convient plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8).

E. 3

La question posée en l'espèce est celle de savoir s'il doit être confirmé que la recourante ne souffre d'aucune atteinte invalidante – le dossier étant suffisamment instruit – ou si une expertise pluridisciplinaire doit être ordonnée. En filigrane, c'est le droit à une rente d'invalidité qui est litigieux et, en particulier, la capacité de travail de la recourante, laquelle relève d'une appréciation médicale de sa situation. Dans le cadre de l'instruction de leur dossier, deux assurances privées ont mis en œuvre au total quatre expertises médicales, la première auprès du Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 15 septembre 2014 (dossier OAI, p. 170), la seconde auprès du Dr D._____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a rendu son rapport le 7 octobre 2014 (dossier OAI, p. 192), la troisième auprès du Dr E._____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a rendu son rapport le 7 juillet 2015 (dossier OAI, p. 239) et la dernière auprès du Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport date du 27 décembre 2015 (dossier OAI, p. 272). La recourante fait, quant à elle, référence à de nombreux rapports médicaux émanant essentiellement de ses médecins traitants et remettant en cause les conclusions des experts. Elle reproche également aux rapports d'expertise d'être dépassés. S'agissant de ce grief, il convient de rappeler que pour juger si un rapport médical est suffisamment actuel, le critère formel de l'ancienneté de celui-ci n'est pas primordial. C'est plutôt la question matérielle de savoir si la situation ne s'est pas modifiée depuis l'établissement du rapport en question qui est déterminante (voir arrêt TF 8C_449/2017 du 7 mars 2018 consid. 3.2.3).

E. 3.1

Il convient d'examiner l'ensemble des rapports figurant au dossier, en commençant par les rapports d'expertise.

E. 3.1.1

Sur le plan rhumatologique, le Dr E._____ ne retient aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il pose des diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de fibromyalgie, de débord discal, de minimes troubles arthrosiques débutants, de rhizarthrose anamnestique et d'hallux valgus bilatéral associé à une platypodie. Malgré un pronostic de guérison "médiocre, étant donné que l'assurée semble apparemment persuadée de souffrir d'une maladie grave", il conclut à une pleine capacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 L'absence d'atteinte objectivable est confirmée par le Dr D._____, qui réfute toutefois la fibromyalgie en faveur d'un syndrome douloureux chronique. En effet, après avoir constaté des atteintes objectivement légères à modérées, ce praticien conclut que "la prise en charge semble adéquate si l'on tient compte de troubles dégénératifs plutôt modérés au niveau des mains et des pieds et de l'absence d'atteinte importante au niveau du rachis lombaire". Il admet donc également une pleine capacité de travail.

E. 3.1.2

Sur le plan psychiatrique, le Dr C._____ retient le diagnostic d'un épisode dépressif récurrent moyen (F33.11) en rémission partielle, ainsi qu'une symptomatologie dépressive légère (F33.0), avec une répercussion éventuelle sur la capacité de travail. Il constate l'existence des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs, de faible importance (F54), ainsi que des difficultés liés à l'emploi ou au chômage (Z56), en indiquant que ce diagnostic n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. Il relève que la recourante ne présente plus de limitations fonctionnelles significatives, même s'il existe des symptômes dépressifs résiduels. Il considère ainsi qu'au niveau psychiatrique la capacité de travail est pleine à partir du 1er novembre 2014. Il estime en outre qu'un reclassement professionnel n'est pas indiqué, ni d'ailleurs justifié, puisqu'il n'y a aucune contre-indication psychiatrique en faveur de la réalisation de son activité antérieure. Cet avis est renforcé par le Dr F._____, qui retient le diagnostic de personnalité histrionique (F60.4) associée à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il souligne qu' "on ne peut avancer que A._____ souffre d'une pathologie telle qu'elle ne serait plus capable d'investir la moindre activité ni qu'elle serait totalement impuissante devant ses troubles de santé".

E. 3.1.3

Se déterminant le 18 juin 2015 (dossier OAI, p. 210) dans un premier temps sur les rapports d'expertise du Dr C._____ et du Dr D._____, le Dr G._____, spécialiste FMH en anesthésiologie auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci- après: SMR), met quant à lui en évidence que selon l'expert-rhumatologue "l'intensité des plaintes et le caractère diffus et handicapant des douleurs ne peuvent être expliqués par les constatations radiocliniques décrites", ce qui "explique probablement la divergence d'appréciation entre les médecins traitants et les experts, les médecins traitants forgeant leur opinion sur les plaintes de leur patiente (postulat de sincérité)". Il conclut ainsi que les rapports d'expertise ont valeur probante et que leurs conclusions sont valides. Le 3 mars 2016 (dossier OAI, p. 290), le Dr G._____ maintient cette position, en ajoutant qu'au

niveau psychiatrique, le diagnostic de "Syndrome somatoforme douloureux persistant" est exclu par le second expert au profit des diagnostics de "Trouble de la personnalité histrionique (F60.4)" et de "Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0)". Finalement, donnant à nouveau son avis le 20 juillet 2017 (dossier OAI, p. 337), il conclut que les médecins traitants n'apportent aucun élément nouveau ni ne remettent en question les conclusions des expertises probantes et qu'aucune investigation médicale supplémentaire n'est nécessaire.

E. 3.1.4

On peut retenir à ce stade, avec le médecin SMR, que les quatre expertises, qui toutes s'accordent au moment de nier l'existence d'une atteinte physique ou psychiatrique invalidante, remplissent les réquisits jurisprudentiels pour leur reconnaître pleine valeur probante. En effet, elles ont été établies en pleine connaissance de l'anamnèse, tiennent compte des plaintes

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 exprimées par la recourante et se fondent sur des examens complets. En outre, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions des experts sont dûment motivées. Il n'en demeure pas moins qu'il y a lieu de les confronter aux autres avis médicaux figurant au dossier, notamment ceux émanant des médecins traitants.

E. 3.2

La Dresse H. _____, spécialiste FMH et médecin généraliste traitant de la recourante, émet de nombreux avis contraires à ceux ressortant des expertises. Dans ses rapports, notamment ceux du 1er septembre 2014 (dossier OAI, p. 21) et du 12 février 2015 (dossier OAI, p. 152), cette praticienne constate une maladie ostéo-articulaire et des douleurs articulaires avec status post cholécystéctomie et se limite à indiquer que ces diagnostics sont invalidants, concluant dans cette ligne à une pleine incapacité de travail. Elle ne se prononce toutefois pas sur le contenu et les conclusions précises des expertises et ne remet donc pas en cause les différents éléments qu'elles développent. Au contraire, dans le même sens que celles-ci, elle retient que la recourante "se plaignant beaucoup, est très démonstrative" et elle note la présence du "syndrome du mal partout" dans son rapport du 20 novembre 2014 (dossier OAI, p. 85). Il résulte de ce qui précède que les avis de la Dresse H. _____, très succincts et basés essentiellement sur les plaintes subjectives de la recourante, ne sont pas suffisants pour remettre en cause les conclusions des experts, d'autant plus qu'en tant que médecin traitant, il lui est plus difficile d'être totalement neutre.

E. 3.3

Sur le plan rhumatologique en particulier, des avis contraires aux conclusions des expertises émanent de la rhumatologue traitante de la recourante, la Dresse I. _____, ainsi que de la Dresse J. _____, spécialiste FMH en antalgie. Dans ses rapports du 15 décembre 2014 (dossier OAI, p. 126), du 23 janvier 2015 (dossier OAI, p. 128) et du 13 février 2015 (bordereau, 8.7), la Dresse I. _____, en se basant essentiellement sur les dires de la recourante, pose des diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgie gauche chronique, de cervicalgie chronique aspécifique et de polyarthrose. Ces diagnostics sont compatibles avec ceux retenus dans les deux expertises. Contrairement aux auteurs de celles-ci, elle en déduit toutefois une incapacité de travail totale. Cette divergence est toutefois expliquée par la référence à un trouble anxio-dépressif et par le fait que l'incapacité de travail serait fondée selon la rhumatologue traitante sur des raisons multifactorielles. Il en résulte que les avis

médicaux de cette praticienne ne remettent pas en cause les avis des experts selon lesquels les troubles somatiques dont souffre la recourante ne limitent pas sa capacité de travail. Quant à la Dresse J. _____, elle fait elle aussi état plus particulièrement dans son rapport du 27 août 2015 (bordereau, 8.1) d'une totale incapacité de travail, ceci afin de solliciter le moins possible l'hémicorps gauche. Elle justifie sa position en se référant aux douleurs chroniques dont se plaint la recourante, selon elle d'origine neuropathique et probablement mécanique. Elle reste toutefois très vague sur les causes précises des douleurs alléguées, relevant pour l'essentiel que les douleurs neuropathiques sont en règle générale très intenses, qu'il est important pour la patiente que les diagnostics soient clairement posés et que le traitement de la douleur est rendu plus difficile par les épisodes dépressifs récurrents subis par la recourante dans le passé. Son avis n'est dès lors lui non plus pas suffisant pour renverser les conclusions des deux experts rhumatologues.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 De plus, un spécialiste FMH en rhumatologie, le Dr K. _____ a eu, à deux reprises, l'occasion d'examiner la recourante. Dans un premier rapport rendu le 18 mai 2014 (bordereau, 8.11), il atteste de manière très succincte une incapacité de travail à partir du 26 février 2014, en raison d'un syndrome myofascial diffus panvertébral, d'une lombopyalgie diffuse et d'une rhizoarthrose bilatérale. Dans un deuxième rapport du 7 octobre 2014 (dossier OAI, p. 80), il retient le syndrome myofascial diffus et une polyarthralgie, mais constate une pleine capacité de travail de la recourante, en rejoignant ainsi l'avis des experts.

E. 3.3.1

Toujours sous l'angle rhumatologique, des médecins ont traité la recourante à titre ambulatoire. De manière générale, leurs rapports sont brefs et, dès lors qu'ils ont une vision restreinte de l'anamnèse de la recourante, leurs opinions doivent être traitées avec précaution. Il y a lieu d'examiner en premier lieu les rapports du 20 janvier 2016 (dossier OAI, p. 286), émanant du Dr L. _____ et de la Dresse M. _____, médecins auprès du Service des urgences de N. _____ et du 17 mai 2016 (dossier OAI, p. 310), signé par le Dr O. _____ et le Dr P. _____, médecins auprès de la Clinique de chirurgie orthopédique du même hôpital. Ces rapports font état respectivement d'une hyposensibilité de tout le côté gauche, d'un ménisque type discoïde avec trouble dégénératif type mucoïde extrême au genou gauche, ainsi qu'une lésion ostéo-cartilagineuse de la gouttière intercondylienne côté interne à gauche, avec évolution spontanément favorable grâce à la physiothérapie. Ces éléments n'attestent ni limitations fonctionnelles, ni incapacité de travail. Ils ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts, dans la mesure où les affections en question ne peuvent justifier une incapacité de travail de longue durée (voir également rapport du 20 juillet 2017 du Dr G. _____, médecin auprès du SMR, dossier AI p. 337). Deuxièmement, il convient d'analyser le rapport du 29 août 2016 (dossier OAI, p. 312) de la Dresse Q. _____, médecin auprès de la clinique de rhumatologie de N. _____. Elle constate pour l'essentiel des douleurs axiales et périphériques diffuses mixtes, assorties à un trouble anxio-dépressif avec status post plusieurs tentamens. Les diagnostics qu'elle pose ne sont pas nouveaux et ont déjà été examinés dans le cadre des expertises dont les conclusions ne sont pas remises en cause (voir également rapport du 20 juillet 2017 du Dr G. _____, médecin auprès du SMR, dossier AI p. 337).

E. 3.4

Quant au plan psychiatrique, des avis contraires aux conclusions des expertises émanent du Dr R. _____, spécialiste FMH et médecin psychiatre traitant de la recourante, et de son successeur Dr S. _____. Dans leurs rapports du 11 août 2015 (dossier OAI, p. 214), du 1er mars 2016 (dossier OAI, p. 307) et du 19 avril 2017 (dossier OAI, p. 328), ils retiennent, en somme, un trouble dépressif péjoré par un contexte social précaire. Il faut relever en lien avec la jurisprudence précitée (consid. 2.2) qu'avant de conclure à l'existence d'une incapacité de travail, il doit être examiné avec un soin particulier si l'appréciation d'une telle incapacité par les médecins prend en considération également des éléments extra-médicaux, tels que des facteurs défavorables de nature psychosociale et socioculturelle, qui ne sont pas déterminants du point de vue de l'assurance-invalidité (voir arrêt TF 8C_858/2017 du 17 mai 2018 consid. 2.3). Or, tel paraît clairement le cas de l'appréciation faite par les psychiatres traitants de la recourante lorsqu'ils affirment expressément que le trouble dépressif dont souffre celui-ci est

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 aggravé par le contexte social dans lequel il évolue. Les rapports de ces médecins doivent ainsi être lus avec une précaution particulière. Par ailleurs, même si un diagnostic de trouble dépressif a aussi été posé par le Dr C. _____, les appréciations des médecins divergent. Cet expert retient en effet que le trouble dépressif est léger et ne se répercute pas sur la capacité de travail de la recourante. En revanche, le Dr R. _____ et le Dr S. _____ concluent à une pleine incapacité de travail. Cette conclusion est toutefois fortement relativisée par la référence faite par les médecins traitants à la présence de "traits histrioniques" et de troubles de concentration. Ces aspects, repris en détail dans l'expertise du Dr F. _____, vont en effet dans le sens de l'appréciation des experts qui concluent tous deux à une pleine capacité de travail. Les avis du Dr R. _____ et du Dr S. _____, très succincts et basés essentiellement sur les plaintes subjectives de la recourante, ne sont ainsi pas suffisants pour remettre en cause les conclusions des deux experts.

E. 3.4.1

A noter encore qu'avant de s'adresser au Dr R. _____, la recourante était suivie par la Dresse T. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Or, dans son dernier rapport médical du 18 juin 2014 (dossier OAI, p. 26), celle-ci a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent stabilisé et constatait une pleine capacité de travail.

E. 3.4.2

Sous l'angle psychiatrique également, le Dr U. _____ et le Dr V. _____, médecins auprès de W. _____, ont traité la recourante à titre ambulatoire, à l'occasion d'une seule consultation en urgence le 16 février 2015. Dans leur bref rapport du 2 avril 2015 (dossier OAI, p. 255), établi à l'occasion du tentamen par strangulation de la recourante, ils font référence à une incapacité de travail pour une durée indéterminée à partir du 26 février 2014 due à un trouble dépressif récurrent, alors en rémission, sans fournir d'explication complémentaire à cet égard. S'agissant d'abord de l'attestation d'une incapacité de travail, elle est pour le moins sujette à caution dans la mesure où la date de début de celle-ci est antérieure d'une année à celle de l'unique consultation. Quant au diagnostic, il a aussi été posé par le Dr C. _____, expert psychiatre, qui a conclu quant à lui à une pleine capacité de travail en étayant sa position de manière logique et détaillée. Enfin, l'avis des Dr U. _____ et V. _____ a également été pris en considération par le Dr F. _____ dans la seconde expertise psychiatrique.

E. 4

Il ressort de ce qui précède, en particulier des conclusions des experts rhumatologues, que la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au niveau purement somatique. La question qui reste posée est donc uniquement celle de l'éventuelle l'influence du trouble dépressif récurrent, retenu par l'un des experts psychiatres, sur la capacité de gain, en lien avec les douleurs alléguées.

E. 4.1

Il y a lieu de déterminer, à la lumière des critères posés par la jurisprudence récente, si une atteinte invalidante peut être exclue ou si, au contraire, il est nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comme le requiert la recourante. Il convient d'examiner si tel est le cas en se fondant sur une vision d'ensemble et un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux problématiques de nature

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 psychosomatique, en prenant en compte en particulier 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, et les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Le dossier fait ressortir les éléments suivants: - En ce qui concerne l'indicateur "atteinte à la santé", les experts ont relevé des discordances entre les douleurs décrites et le comportement observé ainsi que des signes d'amplification des symptômes. Le Dr D._____ indique que "l'intensité des plaintes et le caractère diffus et handicapant des douleurs ne peuvent être expliqués par les constatations radiocliniques" et souligne "quelques incohérences anamnestiques qui semblent entamer la crédibilité de l'assurée". Il retient "la présence d'un syndrome douloureux chronique au vue de l'importance des plaintes par rapport à des atteintes objectives légères à modérées". Lors de son entretien avec le Dr E._____, l'assurée s'est plainte de "douleurs ubiquitaires de la tête aux pieds, présentes 24 heures sur 24, d'intensité maximale à 10/10 sur une EVA (échelle visuelle analogique), douleurs qui ne sont qu'en partie modulées par le repos" alors qu'il fait les constatations suivantes: "l'assurée s'est levée du fauteuil de la salle d'attente, sans aucune épargne particulière pour se déplacer et sans aucune épargne particulière et sans boiterie jusqu'à la salle d'audition (...) Durant son audition, il n'a été observé absolument aucune entrave à la mobilité (...) L'assurée s'est rendue à la salle d'examen et elle s'est déshabillée seule sans aucune épargne et sans difficulté notable. Il en a été de même pour le rhabillage.". Il relève également l'existence de signes d'amplification des symptômes (signes de Waddell) qui sont tous présents. Pour sa part, le Dr C._____ relève que "il n'existe aucun retentissement significatif des plaintes dans les activités de la vie quotidienne et du ménage d'un point de vue purement psychiatrique". Il ajoute que la recourante "témoigne de capacités attentionnelles et de concentration, présentes au moment de l'examen, contrairement aux plaintes subjectives". Le Dr F._____ indique qu'elle "frappe par une attitude démonstrative" et précise que des affects dépressifs "sont clairement identifiables mais restent limités dans leur temps d'expression" et que "le geste suicidaire s'inscrit dans un scénario avec forte composante démonstrative avec pour conséquence un très fort impact sur la famille". Il constate que "l'expression des symptômes et sans commune mesure avec le degré des plaintes, ce qui nous fait retenir aussi le diagnostic de "majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques" (CIM10 F68.0)". L'attitude de la recourante face au traitement est paradoxale, car elle

n'entend manquer à aucun de ses rendez-vous d'un côté, et abandonnerait tout traitement sans la pression de son mari de l'autre. Ce comportement contradictoire et les nombreuses discordances entre les douleurs objectives et les plaintes de la recourante entravent sa crédibilité et tendent à exclure une atteinte à la santé invalidante. - Pour l'indicateur "Personnalité", le Dr E. _____ décrit la recourante comme étant "très démonstrative". Cet avis est soutenu globalement par tous les experts et une partie des autres médecins, notamment par la Dresse H. _____. Le Dr F. _____ dénote que même l'épisode suicidaire s'inscrit "dans une forte composante démonstrative". De plus, il retient le diagnostic de personnalité histrionique, afin de tenir compte du théâtralisme, de la dramatisation et de l'hyperexpressivité émotionnelle de la recourante. Ce trouble fait notamment ressortir sa traite égocentrique, étant mis en évidence que la dynamique familiale a été entièrement reconstruite lors de sa maladie. Cela contribue au sentiment de toute- puissance de la recourante. Nonobstant cela, l'expert précise que le trouble de la personnalité

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 histrionique ne justifie pas une incapacité de travail. Au vu de l'ensemble des traits de personnalité de la recourante, il semble ainsi justifié d'admettre une pleine capacité de gain. - S'agissant des indicateurs "Contexte social" et "Ressources personnelles", il ressort du dossier que la recourante est très entourée par sa famille: ses enfants et son mari l'aident dans toutes les tâches quotidiennes et elle entretient de bonnes relations avec sa mère, qui habite à l'étranger, ainsi qu'avec le reste de sa famille. Auparavant déjà, sa présence dans les affaires du ménage se ressentait peu, mais elle a encore diminué depuis, au vu qu'elle ne réalise plus que des tâches légères, en déléguant le reste à son mari ou à son fils. Toutefois, même si le quotidien de la recourante est limité depuis son arrêt de travail, elle arrive à s'occuper de ses chiens et à les promener. Selon l'expertise du Dr C. _____, elle réussit même, de temps en temps, à aller au restaurant et, de manière régulière, à voir des amis de la religion. Le reste du temps de la recourante est consacré à la lecture, les appels téléphoniques ou le visionnage de la télévision. On doit donc conclure qu'elle possède certaines ressources mobilisables au sens de la jurisprudence. - Au niveau de l'indicateur "cohérence", le Dr F. _____ souligne qu'il existe hypothétiquement des facteurs qui sortent du champ médical et qui interfèrent avec la motivation de la recourante; cela se traduit notamment par le changement d'attitude lors des entretiens, en fonction de la présence de son mari. Bien que la recourante ne peut pas exécuter les tâches ménagères difficiles, l'aide dont elle nécessite n'est pas de nature psychiatrique. Elle ne présente pas d'isolement social. De telle manière, au point de vue psychiatrique, la recourante présente la même capacité de travail qu'avant son arrêt de travail. - Concernant enfin l'indicateur "Offres thérapeutiques existantes", la recourante est suivie de manière régulière par un psychiatre qui lui prescrit un traitement médical composé de Wellbutrin, de Lyrica et de Rivotril. A ce stade, il convient de retenir qu'il n'y a pas d'autre traitement envisageable pour alléger ses souffrances. Comme vu auparavant, l'attitude paradoxale de la recourante vis-à-vis de son traitement permet d'admettre que le poids effectif de ses souffrances n'altère pas sa capacité de travail. L'analyse qui précède de la situation de la recourante conduit à retenir qu'elle n'est en conséquence pas limitée dans sa capacité de travail.

E. 4.2

En tenant compte de quatre différents rapports d'expertise probants, non remis en cause par les différents rapports médicaux figurant au dossier, il faut constater que la cause est

suffisamment instruite aux plans somatique et psychique pour permettre à la Cour de statuer sans nouvelle expertise. Au niveau asséculoologique, la recourante ne souffre d'aucune maladie invalidante qui limiterait sa capacité de gain de la recourante et qui serait susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, sa thèse étant essentiellement soutenue par ses médecins traitants.

E. 5

Partant, le recours, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

E. 5.1

Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de frais versée.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13

E. 5.2

Vu le sort du litige, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête :

I. Le recours est rejeté. Partant, la décision confirmée. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. III. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 23 août 2018/msu/lts Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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