

# FR\_GERICHTE 605 2019 72 vom 1. Juli 2020

FR Kantonsgericht, 2020-07-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2019\\_72](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_72)

FR: FR\_GERICHTE 605 2019 72 du 1 juillet 2020

IT: FR\_GERICHTE 605 2019 72 del 1 luglio 2020

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 11

mai 2020, renonce à se déterminer. Il sera fait état des arguments développés par les parties 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.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 en droit 1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). 2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). 2.3. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations

se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 126 V 75 consid. 1b). Une décision qui accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. arrêt TF I 511/03 du 13 septembre 2004 consid. 2, ATF 125 V 417 consid. 2d et les références citées). Dans un tel cas, pour déterminer si un changement important s'est effectivement produit, il convient de comparer l'état de fait au moment de l'octroi ou du début de la rente avec celui existant au moment de la réduction ou la suppression de celle-ci (ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les références citées). Le moment du changement de la rente se détermine selon l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 2.4. 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. 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. Il faut évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels (ménage) par comparaison des activités et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus. On pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. Jusqu'au 31 décembre 2017, 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 (SVR 1996 IV n° 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références citées). Depuis le 1er janvier 2018, l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI prescrit que, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative avec le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps et que la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport

à la situation si l'assuré n'était

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4). 2.5. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). 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). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). 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). 3. Est litigieux le droit à une rente d'invalidité. Ni l'application de la méthode dite mixte pour l'évaluation du taux d'invalidité (80% activité lucrative et 20% ménage), ni l'empêchement de 14.05% dans les travaux ménagers retenu par l'OAI, ce qui correspond pour la partie ménage à un taux d'invalidité de 2.81%, ne sont contestés. Est en revanche contestée l'exigibilité dans une activité lucrative adaptée à 100% selon l'expertise du CEMed du 16 mars 2018 (dossier OAI p. 187 ss). 3.1. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise du CEMed du 16 mars 2018. A l'appui de son recours, elle reproche à celle-ci de contenir plusieurs éléments présentant des contradictions avec d'autres pièces du dossier. Selon elle, il est frappant de constater que les experts mandatés par l'AI sont les seuls à mentionner l'existence des diagnostics de fibromyalgie et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), ceci alors que ces diagnostics ne sont retenus par aucun autre médecin, ni même par l'expert D. \_\_\_\_\_ mandaté par l'assureur perte de gain. De plus, les experts du CEMed n'ont pas discuté les avis différents de leurs confrères et n'indiquent pas pour quels motifs ils s'en écartent. Elle estime en outre que l'appréciation des

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 experts du CEMed faisant état d'une nette amélioration de la situation à partir du 1er avril 2016 est erronée et au demeurant absolument pas étayée par les pièces au dossier. Elle observe enfin que les experts ont fait totalement abstraction des effets secondaires de la quantité non négligeable de médicaments qu'elle est contrainte de prendre et qui l'empêchent actuellement de conduire. 3.2. Dans sa décision, l'OAI a constaté que depuis le 9 septembre 2014 la capacité de travail de la recourante était restreinte et que le délai d'attente d'une année a été atteint le 9 septembre 2015. A cette date, elle aurait pu exercer une activité lucrative adaptée à un taux de 50%. Toutefois, le versement de la rente n'a pris naissance que le 1er novembre 2015, soit six mois après le dépôt de la demande de prestation. Pour cette période se trouve au dossier médical notamment l'expertise D. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2015 (dossier OAI p. 113 ss). Lors de l'expertise, la recourante a indiqué souffrir de lombalgies compliquées d'une irradiation douloureuse intéressant le membre inférieur gauche et d'algies variables en intensité alternant des périodes d'exacerbation et d'accalmie. Elle a précisé que ces symptômes étaient aggravés par les efforts, son état de fatigue et certaines postures adoptées, principalement le fait de se pencher en avant. De plus, elle a mentionné des arthralgies intéressant les grosses comme les petites articulations périphériques, mais actuellement principalement les mains, ainsi qu'une raideur matinale estimée à environ une heure. L'expert D. \_\_\_\_\_, qui a résumé correctement le dossier médical, a posé les diagnostics de polyarthralgies à rythme inflammatoire, de lombosciatalgies gauches chroniques et de discopathies cervico-lombaires. Il a tenu compte, entre autres, des examens radiologiques suivants: une IRM cervicale du 24 février 2012 (dossier OAI p. 225) montrant une discopathie protrusive paramédiane droite C5-C6 et une petite protrusion discale C6-C7; une IRM de la colonne lombaire du 8 janvier 2015 montrant des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec une petite protrusion médiane de L5-S1 et une IRM lombaire et des sacro-iliaques du 12 juin 2015 confirmant une discopathie L4-L5 et L5-S1, se compliquant en L4-L5 d'une protrusion paramédiane droite et en L5-S1 d'une hernie discale postéro-médiane latérale gauche. L'expert a nié la présence de signes de non-organicité de la douleur selon Waddell et de points de fibromyalgie. Les points de contrôles se sont avérés négatifs. Selon l'expert, l'ancien activité comme factrice n'est plus possible vu les contraintes de charge et les efforts mettant à contribution son dos qu'implique cette activité professionnelle. Dans une activité légère, excluant les ports de charges au-delà de 5kg, les mouvements répétitifs et de force impliquant les membres supérieurs et les mains, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la marche prolongée au-delà d'une vingtaine de minutes d'affilée et autorisant l'alternance de la position assise et debout deux fois par heure, la capacité de travail de l'assurée serait de 50%. En regard de l'absence de traitement spécifique contre son rhumatisme inflammatoire, l'expert a considéré l'état de santé non stabilisé. Dans un rapport du 20 août 2015 (dossier OAI p. 100s) à l'OAI, le médecin de famille a aussi estimé que l'ancien travail n'était plus possible, estimant la charge exigible dans un travail adapté (pas de port de charges, changements fréquents de position) à 4h/jour. La recourante a aussi consulté les Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et H. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale; ceux-ci ne se sont toutefois jamais prononcés quant à la capacité de travail. Le Dr H. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 3 septembre 2015 (dossier OAI p. 133 ss) au Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a posé notamment les diagnostics de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 rachialgies et arthralgies chroniques avec éléments pouvant évoquer une composante de maladie inflammatoire, de troubles statiques et dégénératifs du rachis. Il a de plus noté: "Tu te posais la question d'une possible fibromyalgie, diagnostic que je ne peux pas exclure avec certitude même si, lors de cette consultation, la patiente ne remplissait pas formellement les critères pour retenir un tel diagnostic". L'octroi initial de la rente en tenant compte d'un travail adapté à 50% s'avère donc correcte. 3.3. Pour décider ensuite de la suppression de la rente, l'OAI s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire rhumatologique (Dre J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale) et psychiatrique (Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) du CEMed du 16 mars 2018 (dossier OAI p. 187 ss). La recourante, qui selon les deux experts s'était montrée adéquate, collaborante, non démonstrative et non majorante lors de leur évaluation respective, s'était plaint sur le plan rhumatologique de douleurs du rachis prédominant à la fois au niveau cervical et au niveau lombaire, avec des blocages occasionnels, et de temps en temps, des brachialgies droites ou gauches et des sciatalgies également à bascule. De plus, elle a fait état de douleurs, migratrices, aux quatre membres. Sur le plan psychiatrique, la recourante a mentionné, en lien avec sa symptomatologie douloureuse, une symptomatologie anxieuse (intensité moyenne) et dépressive (intensité faible). L'examen clinique ainsi que le bilan radiologique à disposition ont montré une absence de restriction de la mobilité articulaire, à la fois au niveau du rachis que des articulations périphériques. De plus, tous les points de fibromyalgie (18/18) et un signe de non-organicité de Waddell sur cinq, à savoir la douleur de tout le rachis à la pression axiale sur la boîte crânienne, étaient présents. L'examen clinique s'est avéré strictement normal. Les experts ont retenu des cervicalgies et lombalgies avec une discrète atteinte discale dégénérative, ainsi qu'une possible polyarthrite à facteurs antinucléaires positifs. La fibromyalgie et le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) n'auraient pas de répercussion sur la capacité de travail. L'assurée a décrit une amélioration d'environ 50 à 60% des douleurs des deux mains, les douleurs n'ayant pas complètement cessé. De plus, il y aurait tendance à une extension des douleurs à tout le rachis et aux quatre membres, douleurs que la recourante différencie des douleurs des mains. Les douleurs ainsi décrites sont, selon les experts, plus typiques d'une fibromyalgie que d'une maladie rhumatismale inflammatoire. Il n'y a pas de douleurs nocturnes, pas de raideur matinale, pas d'épisodes de tuméfaction articulaire objectivé, et des douleurs qualifiées le plus souvent comme envahissantes accompagnées d'une grande asthénie. L'examen psychiatrique retient qu'il n'y a pas de comportements douloureux observés. L'expertisée ne pleure pas, elle sourit à plusieurs reprises, elle plaisante, elle répond souvent avec humour. Elle est précise, elle est collaborante. L'humeur est anxieuse (intensité faible). Elle est euthymique. En conclusion, le tableau clinique est compatible avec un diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). La présence d'un trouble anxieux et dépressif mixte n'a pas été retenue. La symptomatologie dépressive et anxieuse est insuffisante pour retenir un de ces diagnostics ou un diagnostic spécifique dans ces groupes de pathologie. En ce qui concerne la capacité de travail, les experts ont attesté sur le plan rhumatologique une capacité de travail de 70% au moins comme factrice ou employée dans toute activité astreignante et une capacité de travail totale dans une activité physiquement moins astreignante où le port de charge serait limité à 5 à 8kg occasionnellement. Sur le plan psychique, il n'y a pas d'incapacité de travail. En conclusion, ils attestent une incapacité de 50% et depuis avril 2016 de 30% comme

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 factrice. Ils ont estimé qu'une activité adaptée aurait été exigible trois mois après l'introduction du traitement avec le médicament Plaquenil, soit depuis avril 2016. Sur demande de l'OAI, les experts ont précisé le 12 avril 2018 (dossier OAI p. 229 s.) que dans un travail adapté la capacité de travail était de 50% jusqu'à mars 2016. 3.4. Se pose dès lors la question de savoir si l'expertise du CEMed est probante et si elle peut être suivie. D'emblée, il s'impose de relever que les experts du CEMed mentionnent et résument les pièces du dossier, mais sans les discuter. On déplore surtout l'absence de toute discussion de l'expertise D.\_\_\_\_\_. Même après que l'OAI leur ait demandé de prendre position sur les objections de la recourante et de son médecin de famille, les experts se sont contentés de maintenir le 11 octobre 2018 (dossier OAI p. 276 s.) leur position sans aucune discussion. Malgré ce qui précède, cela ne suffit pas pour nier toute valeur probante à l'expertise. Ainsi les experts ont-ils eu pleine connaissance du dossier, des plaintes actuelles de la recourante et ils se sont basés sur des observations approfondies et des investigations complètes. Les experts ont en outre procédé à une évaluation structurée comme exigé par la jurisprudence. En accord avec les experts, l'on peut constater une amélioration de la situation. Le Dr D.\_\_\_\_\_, lors de son examen clinique, a observé que l'habillage et le déshabillage de même que les retournements sur la table d'examen s'effectuent en protection rachidienne, la recourante évitant tous mouvements inconsidérés du tronc. Pour le rachis cervical, l'expert a mentionné une distance menton-sternum de 2 à 26 cm. Les rotations gauches-droites étaient de 60°, les inclinaisons latérales de 45°, indolores, la palpation segmentaire avait retrouvé des douleurs du muscle trapèze et angulaire de l'omoplate du côté gauche. Pour le rachis dorso-lombaire, la distance doigts-sol avait été de 20 cm pour un Schober lombaire de 10–14 cm. La flexion antérieure comme le relèvement restait marquée d'une inversion du rythme lombo-pelvien antalgique. Les inclinaisons latérales étaient de 25°, l'extension de 15°, mobilisations algiques en fin de geste. La palpation segmentaire vérifiait des douleurs médianes paramédianes bilatérales de L4-L5 et L5-S1, s'accompagnant de zones d'insertionnelles intéressant la crête iliaque et la musculature fessière et se prolongeant à la péri-hanche gauche. Par rapport aux articulations, pour les poignets et les doigts, la manœuvre de Gänslén était sensible, aux hanches, la palpation des péri-hanches et son prolongement était sensible à gauche; les chevilles étaient douloureuses à la palpation, comme les avant-pieds avec des manœuvres de Gänslén sensibles. Or, lors de l'examen clinique au CEMed, les experts ont noté que la recourante pouvait s'accroupir sans difficulté, que l'appui monopodal était sans particularité, que la marche sur les talons et les pointes était sans difficulté, que la démarche était harmonieuse. Pour le rachis cervical, la rotation était de 90° des deux côtés, les inclinaisons latérales des 35° des deux côtés, des douleurs à la palpation des épineuses de C3 à C7, sans contracture palpable. La distance menton-sternum allait de 0 à 17 cm. Pour le rachis dorsolombaire, les experts ont noté une discrète gibbosité dorsale gauche en flexion antérieure du tronc attestant d'une discrète scoliose sinistro-convexe équilibrée. Le Schober lombaire était à 10–15 cm, la distance doigts-sol de 10 cm, les inclinaisons latérales et rétroflexion lombaire harmonieuses et indolores. Des douleurs se faisaient sentir à la palpation des épineuses de D4 à D12 ainsi que de L2 à S1, sans contracture palpable. Toutes les articulations périphériques étaient bien mobiles, symétriques, non tuméfiées et non douloureuses à la palpation et à la mobilisation.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 En outre, le traitement au Plaquenil a eu un certain effet, la recourante elle-même a invoqué une amélioration des douleurs des mains d'environ 50 à 60%. Selon ses termes, elle doit maintenant vivre avec sa douleur, qui est devenue sa

compagne au quotidien. Cette amélioration se confirme enfin également dans l'enquête ménagère du 28 août 2018 (dossier OAI p. 238 ss). La recourante a surtout besoin d'aide pour les grands travaux. Il en résulte que la capacité de travail pour une activité adaptée est plus haute que celle retenue par le Dr D. \_\_\_\_\_. Pour une activité adaptée aux limitations de la recourante (activité légère avec port de charge limité à 5 à 8kg occasionnellement), une pleine capacité de travail apparaît tout à fait possible. Comme l'avait d'ailleurs indiqué ce praticien, l'évolution de la capacité de travail dépend du devenir du rhumatisme périphérique, le traitement qui sera instauré pouvant contribuer à une amélioration de son état de santé, et dès lors justifier une capacité de travail totale dans une activité toutefois adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites.

3.5. Le fait que les experts ont retenu, contrairement aux autres médecins, les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme persistant n'y change rien, ces deux diagnostics étant sans influence sur la capacité de travail. De plus, il faut signaler que si le Dr H. \_\_\_\_\_, dans son rapport précité du 3 septembre 2015, ne retient pas le diagnostic de fibromyalgie, les critères n'apparaissant pas formellement remplis, il a expressément noté de ne pas pouvoir l'exclure avec certitude. En outre, le Dr I. \_\_\_\_\_ a noté le 6 avril 2016 (dossier OAI p. 158), que la recourante a aussi été présentée au Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'en médecine interne générale; celui-ci proposait un suivi psychothérapeutique. La recourante fait valoir que les experts auraient fait totalement abstraction des effets secondaires de la quantité non négligeable de médicaments qu'elle est contrainte de prendre. Sur la base de la liste des médicaments retenue dans l'enquête ménagère (dossier OAI p. 240), il appert certes qu'elle doit prendre plusieurs médicaments le matin. Cependant, seul le Dafalgan 1 gr doit être pris trois fois par jour. De plus, plusieurs médicaments sont en réserve seulement. Par ailleurs, la recourante ne s'est plainte d'effets secondaires des médicaments ni auprès du Dr D. \_\_\_\_\_, ni auprès des experts du CEMed. Rien de semblable ne ressort non plus de l'enquête ménagère. A l'occasion de celle-ci à l'inverse, la recourante a indiqué mieux dormir avec la médication mise en place, n'étant plus réveillée toutes les nuits par ses douleurs. Le 3 décembre 2015 (dossier OAI p. 141 s.), le Dr H. \_\_\_\_\_ avait encore noté des douleurs insomniantes réveillant la recourante vers deux heures du matin et entraînant par la suite un sommeil entrecoupé. La critique selon laquelle le CEMed n'a, à tort, pas tenu compte d'une raideur matinale, ne peut être suivie. En effet, une telle raideur a été mentionnée à plusieurs reprises : premièrement dans l'expertise D. \_\_\_\_\_, deuxièmement dans les rapports du Dr H. \_\_\_\_\_ des 3 septembre et 3 décembre 2015, et finalement dans le rapport produit par Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, en date du 22 mai 2017 (dossier OAI p. 221 s.). Le Dr H. \_\_\_\_\_, dans le premier de ses rapports, a précisé qu'il s'agissait d'une raideur matinale au niveau des mains. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a quant à lui noté un dérouillage matinal d'environ 30 minutes. Par contre, les experts du CEMed ont relevé au sujet des plaintes actuelles que si les douleurs des mains étaient extrêmement importantes et accompagnées de raideur matinale avant l'introduction de l'hydroxychloroquine (= Plaquenil), celles-ci sont maintenant tout à fait gérables. De plus, la recourante n'a pas fait état d'une raideur matinale.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 La remise en question par les experts du CEMed de la vraisemblance du diagnostic de maladie rhumatismale inflammatoire, encore retenue par le Dr D. \_\_\_\_\_, ne prête pas non plus le flanc à la critique. Le 3 décembre 2015, le Dr H. \_\_\_\_\_ a informé le médecin de famille de la recourante, le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin praticien (France) que malgré des recherches poussées, les critères n'étaient pas présents en

nombre suffisant pour retenir un diagnostic précis de maladie rhumatismale inflammatoire et il a nié l'existence d'une arthropathie érosive. Dans son rapport précité du 6 avril 2016, le Dr I. \_\_\_\_\_ a confirmé que le bilan effectué par le Dr H. \_\_\_\_\_ ne semblait pas mettre en évidence de maladie rhumatismale inflammatoire. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a fait mention dans son rapport précité de polyarthralgies inflammatoires ainsi que de rachialgies mixtes avec une composante inflammatoire certaine. Par contre, le rapport d'une IRM du 22 juin 2016 (cf. expertise CEMed p. 20; dossier OAI p. 206) nie la présence d'un signe parlant en faveur d'une maladie rhumatismale inflammatoire, tout comme le rapport d'une IRM du 16 mai 2017 (dossier OAI p. 227). Le fait que le médecin de famille ait mentionné le 4 septembre 2018 (dossier OAI p. 264ss) une polyarthralgie inflammatoire distale n'a pas vocation à prouver le contraire, dans la mesure où il ne s'agit pas d'un rapport d'un spécialiste. Concernant le grief d'une mauvaise instruction du dossier par l'OAI, le dernier rapport directement envoyé à l'OAI date du 13 septembre 2016. Cependant, en annexe de l'expertise du CEMed se trouvent plusieurs rapports plus récents, le dernier remontant au 23 mai 2017. Que ces rapports aient été apportés par la recourante ou demandés directement par le CEMed importe peu: l'essentiel est que les experts ont eu connaissance des rapports existants. Surtout, la recourante n'a pas produit de rapports médicaux dont les experts n'auraient pas eu connaissance ou qui tendraient à démontrer que la situation serait plus grave que ne l'ont constaté les experts du CEMed. En définitive, la Cour de céans fait siennes les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du CEMed du 16 mars 2018, en ce qui concerne l'exigibilité. 3.6. L'expertise du CEMed ne peut par contre pas être suivie en ce qui concerne la date à partir de laquelle un travail adapté à 100% est possible, à savoir avril 2016. Le seul argument que les experts ont mis en avant est en effet l'introduction du médicament Plaquenil à partir de janvier 2016. Toutefois, l'avis du CEMed ne se confirme pas au dossier: au contraire, dans son rapport précité du 5 avril 2016 (dossier OAI p. 137 s.) le médecin de famille dit n'avoir constaté, après trois mois de traitement au Plaquenil, aucune rémission des douleurs, précisant qu'il faudra un peu de patience et réévaluer l'efficacité de ce traitement après six mois de prise régulière. Le 6 avril 2016 (dossier OAI p. 158), le Dr I. \_\_\_\_\_, lui aussi, a confirmé que pour le moment aucun des traitements prescrits n'avait amélioré la situation. Le bilan effectué par le Dr H. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 3 décembre 2015 précité) ne semble pas montrer de maladie rhumatismale inflammatoire. L'évolution serait somme toute relativement décevante avec la persistance d'une symptomatologie multiple intéressant les membres inférieurs et les membres supérieurs ainsi que le rachis dans son intégralité. Même le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR) a observé le 11 juillet 2016 (dossier OAI p. 147s) que la situation n'était pas stabilisée. Le premier des médecins consultés à avoir constaté une amélioration de la situation fut le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, qui a constaté le 22 mai 2017 (dossier OAI p. 221 s.) un impact favorable du traitement au Plaquenil sur les arthralgies inflammatoires distales. Selon le rapport le plus récent au dossier, celui du Dr I. \_\_\_\_\_ du 23 mai 2017 (dossier OAI p. 223 s.), la situation n'avait guère évolué avec la persistance de rachialgies prédominant à l'étage cervical et lombaire. Il a nié des irritations

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 radiculaires, par contre l'assurée présentait une symptomatologie compatible avec une meralgie paresthétique du côté droit. Le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a également nié le 16 mars 2017 (dossier OAI p. 220) des compressions radiculaires et a indiqué des protrusions discales L2-L3, L3-L4, L4-L5. De manière

générale, la patiente présentait des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires mais pour lesquelles aucune indication opératoire n'était retenue. Ce même spécialiste avait déjà exclu toute cause radriculaire des symptômes de la recourante le 28 juillet 2016 (dossier OAI p. 153). Dès lors, ce n'est qu'à partir du moment où elle a pu être constatée en mars 2018 par les experts du CEMed qu'une capacité de travail complète dans un travail adapté peut être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante. La recourante a demandé la production du dossier de l'assureur perte de gain. Il ressort du dossier que l'OAI l'a demandé la dernière fois le 18 mai 2016 (dossier OAI p. 129). Selon ces documents l'Axa a presté depuis décembre 2014 au moins jusqu'à fin mai 2016 pour un 100% (dossier OAI p. 131). Après avoir reçu l'expertise D. \_\_\_\_\_, l'Axa avait informé la recourante le 17 décembre 2015 qu'elle allait réduire les indemnités journalières à partir du 1er mai 2016 pour lui laisser le temps de trouver une activité adaptée (dossier OAI p. 111). Le médecin de famille n'était pas d'accord avec cette façon de procéder (cf. rapport du 5 avril 2016; dossier OAI p. 137 s.) et l'Axa a apparemment continué de prester pour un 100%. Vu le sort du litige, il peut être renoncé à la production du dossier de l'assureur perte de gain qui a presté au maximum pendant deux ans.

3.7. Par rapport au calcul du taux d'invalidité, la recourante critique seulement le fait qu'une capacité de travail de 100% ait été retenue pour la détermination du salaire d'invalidé. Non contesté, le calcul effectué par l'OAI pour la période concernée qui s'avère, après contrôle, correcte peut être repris céans. Le degré d'invalidité est dès lors de 17%, ce qui ne suffit pas à maintenir le droit à une rente pour la période dès avril 2018. A cet égard, il n'y a pas lieu d'appliquer dans le cas particulier le délai de trois mois prévu à l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) puisque les éléments du dossier ne permettent pas de fixer à partir de quel moment précis a eu lieu l'amélioration constatée par les experts du CEMed en mars 2018 (cf. arrêt TF 9C\_687/2018 du 16 mai 2019).

4. Est également litigieux le droit à une insertion professionnelle.

4.1. La recourante peine à comprendre pourquoi l'OAI lui a refusé le droit à une réadaptation alors qu'il est admis qu'elle ne pourra plus exercer son activité de factrice. Elle expose ne disposer d'aucune formation.

4.2. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1; 125 V 413 consid. 1a et les arrêts cités). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503; 122 V 36 consid. 2a et les références citées). L'autorité de recours n'est pas tenue d'élargir la procédure au-delà de l'objet du litige ou de la contestation (arrêt TF K 117/92 du 21 avril 1993 consid. 2b; MEYER/VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n. 24 p. 445 et 28 p. 447).

4.3. Dans sa décision, l'OAI ne s'est pas prononcé sur une éventuelle mesure de réinsertion professionnelle. Dès lors, le recours est irrecevable sur ce point. C'est le lieu de noter, en tout état de cause, que le simple fait que la recourante ne puisse plus exercer son ancienne activité et qu'elle n'ait pas de formation ne lui donne pas automatiquement droit à une réinsertion professionnelle. En

outre, il ressort de l'enquête ménagère que la recourante a travaillé comme vendeuse pour diverses entreprises et également pendant de courtes périodes comme magasinière, sommelière, gérante d'un gîte rural, maman de jour et gérante de boîte de nuit, ce qui indique qu'elle parvient à s'adapter aisément à un nouveau travail. 5. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité du 1er novembre 2015 au 31 mars 2018. La décision de l'OAI du

#### **E. 14**

février 2019 est réformée en ce sens. Dès lors que la recourante obtient partiellement gain de cause, les frais de justice sont mis à sa charge à hauteur de CHF 400.-, mais ne sont toutefois pas perçus, compte tenu de l'assistance judiciaire gratuite qui lui sera accordée. Le solde de CHF 400.- est imputé à l'autorité intimée. 5.1. La recourante a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire totale (605 2019 73). 5.1.1. Il sied d'admettre que la situation financière de la recourante ne lui permet pas de supporter les frais de la présente procédure. En effet, elle est soutenue par le service social de la Gruyère (cf. attestation du 18 mars 2019). De plus, le recours n'était pas d'emblée dénué de toute chance de succès, comme le montre l'admission partielle. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire totale (605 2019 73) doit être admise et Me Véronique Aeby, avocate à Fribourg, désignée comme défenseur d'office. 5.1.2. S'agissant des dépens auxquels la recourante a droit, il convient de rappeler que lorsque le litige porte sur la quotité d'une prestation d'assurance sociale (montant et/ou durée), l'admission partielle des conclusions du recours ne justifie en principe une réduction des dépens que si les conclusions du recours ont eu une influence sur l'importance et la complexité du litige (ATF 117 V 401 consid. 2c; voir également arrêt TF 9C\_193/2013 consid. 3.2.1). En l'espèce, la question de la durée de la rente n'a en elle-même pas eu une incidence déterminante sur la difficulté du litige, de sorte qu'il ne se justifie pas de réduire les dépens. Conformément aux art. 142 ss CPJA et du Tarif/JA et en tenant compte de la liste de dépens déposée par sa mandataire le 23 avril 2019, l'indemnité de partie s'élève à CHF 3'471.-, soit 13h 53 minutes d'honoraires au tarif horaire de CHF 250.-, plus CHF 73.50 de débours (photocopies à 40 centimes/pièce), plus CHF 272.95 de TVA (7.7% de CHF 3'544.50), soit à un total de CHF 3'817.45 intégralement à la charge de l'OAI.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête : I. Le recours (605 2019 72) de A.\_\_\_\_\_ est partiellement admis. Partant, la décision rendue le 14 février 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg est modifiée en ce sens que A.\_\_\_\_\_ a droit à un quart de rente du 1er novembre 2015 au 31 mars 2018. Le recours est rejeté pour le surplus dans la mesure de sa recevabilité. II. La demande de l'assistance judiciaire totale (605 2019 73) est admise. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont répartis à raison de CHF 400.- à la charge de A.\_\_\_\_\_ et à raison de CHF 400.- à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. A.\_\_\_\_\_ étant mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale, la part des frais à sa charge n'est pas perçue. IV. L'équitable indemnité allouée à A.\_\_\_\_\_ pour ses frais de défense est fixée à CHF 3'471.- d'honoraires, plus CHF 73.50 au titre de débours et CHF 272.95 au titre de la TVA (7.7%), soit un total de CHF 3'817.45, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne.

Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 1er juillet 2020/bsc Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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