

FR_GERICHTE 605 2021 47 vom 31. Januar 2023

FR Kantonsgericht, 2023-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_47

FR: FR_GERICHTE 605 2021 47 du 31 janvier 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2021 47 del 31 gennaio 2023

Regeste

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 0

% dans son activité habituelle depuis le 20 février 2017; elle pouvait en revanche travailler à 100 % dans une activité adaptée et accomplir ses tâches ménagères à 80 %. Sur le plan psychique, la capacité de travail était «réduite de 50 % de manière ponctuelle, tel qu'en APG. La CT est de 50 % depuis le début de la prise en charge au sein du cabinet du Dr O._____. Il n'existe pas de psychopathologie incapacitante chez A._____ en LAI». A l'appui de leur expertise, les Dr S._____ et Dr T._____ ont déposé notamment l'avis du 30 janvier 2020 du docteur U._____, spécialiste en radiologie, concernant le résultat des IRM des 19 décembre 2016,

E. 12

décembre 2018 et 20 janvier 2020. L'office AI a demandé la réalisation d'une enquête économique sur le ménage, qui a eu lieu le 12 mai 2020. L'enquêtrice de l'office AI a constaté des empêchements de 0 % pour l'alimentation (39,5 % sans l'aide des membres de sa famille), 3 % pour l'entretien du logement (54,2 % sans l'aide des membres de sa famille), 2 % pour les emplettes et les courses diverses (17 % sans l'aide des membres de sa famille), 0 % pour la lessive et l'entretien des vêtements (28 % sans l'aide des membres de sa famille) et de 0 % pour le soins des enfants (sa fille est majeure). Le 10 juin 2020, l'office AI a annoncé à l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations. A._____ s'est opposée à ce projet de décision et a produit la prise de position de Tribunal cantonal TC Page 5 de 19 son psychiatre traitant (correspondance du 5 août 2020) et de la Dresse V._____, cheffe de clinique adjointe (en cours de spécialisation en rhumatologie) à N._____ de I._____ (du 20 juillet 2020). Interpellés par l'office AI, les docteurs T._____ et S._____ ont maintenu les conclusions de l'expertise le 13 octobre 2020 (correspondances des 6 et 13 octobre 2020). L'assurée s'est soumise à une nouvelle intervention chirurgicale le 3 septembre 2020 (arthroscopie diagnostique de l'épaule droite avec ténotomie et ténodèse du long chef du muscle biceps, acromioplastie et réinsertion du muscle susépineux par mini-open) puis a déposé l'avis des docteurs W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main (du 3 novembre 2020), et X._____, spécialiste en médecine interne générale (du 9 novembre 2020). Le docteur P._____, médecin du SMR, a indiqué le 5 janvier 2021 qu'il n'était pas nécessaire d'attendre la guérison complète de l'épaule droite (qui pouvait prendre une année) pour mettre en valeur une capacité de travail dans une activité adaptée, ce d'autant moins que les experts avaient déjà

tenu compte de limitations fonctionnelles concernant les membres supérieurs (pas de port de charges fréquent supérieur à 5 kg, pas de travail au-dessus de l'horizontal). Par décision du 22 janvier 2021, l'office AI a, en application de la méthode mixte, rejeté la demande de prestations. B. A. _____, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg, forme un recours contre la décision du 22 janvier 2021, dont elle demande l'annulation. Elle conclut en substance à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité et à ce que la cause soit renvoyée à l'office AI pour le calcul du montant de la prestation. A l'appui du recours, l'assurée dépose des arrêts de travail (à 100 % du 4 mai 2020 au 16 août 2020, du 17 août 2020 au 30 novembre 2020, du 3 septembre au 18 octobre 2020, du 13 janvier 2021 au

E. 13

mars 2021), la prescription par le Dr W. _____ d'une aide à domicile pour deux mois (certificat médical du 13 janvier 2021) et l'avis du Dr Y. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (agissant au nom du Dr O. _____) du 17 février 2021 (accompagné d'un rapport d'examen psychologique du 20 novembre 2020). L'office AI conclut le 19 avril 2021 au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Me Benoît Sansonnens a déposé sa liste de frais le 28 avril 2021. Les 24 février 2022 et 12 juillet 2022, l'assurée s'est enquis de la durée de sa procédure de recours. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état de leurs arguments, développés 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 6 de 19 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. 2.1. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente

sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). 2.2. Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont pas applicables, dans la mesure où la décision attaquée (du 22 janvier 2021) a été rendue avant le 1er janvier 2022. 3. 3.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste

Tribunal cantonal TC Page 7 de 19 après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). 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 (al. 2). Selon 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. 3.2. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte –, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. 3.2.1. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références). 3.2.2. Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). Par travaux habituels, visés à l'art. 7 al. 2 LAI, des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et

des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et 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 (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et les références citées; arrêt TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis

Tribunal cantonal TC Page 8 de 19 quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 3.2.3. Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI). Cette méthode a été souvent remise en cause, y compris devant la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH). Dans l'arrêt n° 7186/09 Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016, la CourEDH a retenu que, dans le cas d'une mère de jumeaux, l'usage de la méthode mixte représentait une violation de son droit au respect de la vie privée et familiale (art. 8 CEDH) combiné avec l'interdiction de la discrimination (art. 14 CEDH). A la suite de cet arrêt, le Conseil fédéral a décidé de modifier le règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) concernant l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel (lettre circulaire AI de l'OFAS n° 372 du 9 janvier 2018). Selon le nouvel art. 27bis al. 2 à 4 RAI, entré en vigueur le 1er janvier 2018, 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 des taux suivants: le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative (al. 2 let. a) et le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2 let. b). 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 (al. 3 let. a); 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 let. b). 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 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). Dans l'ATF 147 V 124, le Tribunal fédéral a jugé que les modifications de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI étaient conformes à la CEDH et que les différences de traitement qui subsistaient entre une personne exerçant une activité lucrative à plein temps et celle exerçant une activité lucrative à temps partiel (et consacrant le reste de son temps à l'accomplissement de ses travaux habituels) étaient

raisonnables et proportionnées. En effet, pour déterminer la perte de gain selon le nouvel art. 27bis al. 3 RAI, ce n'est plus seulement le revenu sans invalidité mais également le revenu d'invalidé qu'il convient de rapporter à une activité exercée hypothétiquement à plein temps. La nouvelle méthode de calcul permet par conséquent, selon le Tribunal fédéral, de supprimer le fait que l'on tenait auparavant compte deux fois du fait que l'activité était exercée à temps partiel: dans la détermination du revenu sans invalidité, d'une part, et dans le cadre de la pondération proportionnelle des deux domaines, d'autre part. 3.2.4. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 141 V 15 consid. 3.1 et les références). Lorsqu'il accomplit ses

Tribunal cantonal TC Page 9 de 19 travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (ATF 130 V 393 consid. 3.3; TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 et la référence). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références). 3.3. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (RFJ 2009 p. 320). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.). 4. 4.1. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à partir du 20 janvier 2017. 4.2. A cet égard, l'assurée s'est soumise à une arthroscopie de l'épaule droite le 3 septembre 2020, avec ténotomie du long chef du biceps, débridement sous-acromial,

acromioplastie et réinsertion du sus-épineux par voie ouverte (avis des Dr W. _____ et Dr Z. _____ du 30 novembre 2020). Cette intervention diagnostique fait suite au syndrome sous-acromial droit sur bursopathie sous-acromio-deltaïdienne et tendinopathie du supra-épineux (avec discrète arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, et ostéophytose inférieure; avis de la Dresse AA. _____ du 9 avril 2008). Les conditions du délai d'attente de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI, pour tout nouveau cas d'assurance, n'ont dès lors pas à être remplies. L'arrêt de travail a de plus duré plus de trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI) au moment du prononcé attaqué. L'incapacité de travail qui fait suite à cette intervention entre par conséquent dans le présent litige.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 19 5. 5.1. L'office AI a retenu que A. _____ aurait poursuivi – sans atteinte à la santé – l'exercice d'une activité lucrative à 50 % et consacré le 50 % restant à la tenue de son ménage. Il a considéré que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 30,30 % du 1er février 2018 au 30 septembre 2020 (29,70 % [59,35 % / 2] pour la partie lucrative, et 0,60 % [1,19 % / 2] pour la partie ménagère), puis de 9,96 % dès le 1er octobre 2020 (9,36 % [18,72 % / 2] pour la partie lucrative, et 0,60 % [1,19 % / 2] pour la partie ménagère). Pour la partie lucrative, l'office AI a constaté que l'assurée aurait réalisé sans invalidité un revenu annuel brut de 33'710 fr. 30 à 50 % (respectivement de 67'420 fr. 60 à 100 %) dans son activité habituelle d'auxiliaire de santé en 2018, soit une année après la survenance de son atteinte à la santé (du 4 février 2017; art. 28 al. 1 let. b LAI). Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les experts de Q. _____, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50 % puis de 100 % à compter du 1er octobre 2020, soit trois mois «après l'amélioration suite à la mise en place du traitement médicamenteux (art. 88 al. 1 RAI)». En se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), l'office AI a constaté que l'assurée aurait pu réaliser un revenu annuel brut de 54'799 fr. 75 à 100 % en 2018 (respectivement de 27'399 fr. 90 à 50 %; ESS 2016, TA1_tirage_skill_level, total des salaires, niveau 1, femmes, 41,7 heures par semaine et indexation). Pour la partie lucrative, le degré d'invalidité de la recourante s'élevait dès lors à 59,35 % ([67'420 fr. 60 – 27'399 fr. 90] / 67'420 fr. 60) entre le 1er février 2018 et le 30 septembre 2020 et à 18,72 % dès le 1er octobre 2020 ([67'420 fr. 60 – 54'799 fr. 75] / 67'420 fr. 60). Pour la partie ménagère, l'office AI a, en se fondant sur l'enquête économique sur le ménage, retenu un empêchement de 1,19 % (0,99 % dans l'entretien du logement et 0,20 % dans les emplettes et courses diverses), compte tenu de l'aide apportée par les membres de la famille. 5.2. Dans son écriture, la recourante affirme que les conclusions du rapport d'expertise des médecins de Q. _____ ne sont plus d'actualité. Elle soutient qu'il est cependant possible de lui octroyer immédiatement une rente entière de l'assurance-invalidité, au vu de l'avis de ses médecins traitants. Après avoir exposé que «la procédure en matière d'assurance-sociale est soumise à une sorte de dictature de l'expertise» (sic), elle demande à titre subsidiaire la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (rhumatologique, orthopédique et psychiatrique). Elle ajoute ne pas s'opposer à un renvoi à l'office AI pour une instruction complémentaire. 5.3. L'office AI conclut au rejet du recours, en renvoyant à la motivation de la décision du 22 janvier 2021. 6. La recourante ne conteste pas que l'expertise réalisée par les médecins de J. _____ ne remplit pas les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une quelconque valeur probante (pour les détails, voir l'avis du médecin du SMR du 17 juillet 2019). Il n'y a pas lieu d'y revenir. Il ressort en revanche de l'expertise de Q. _____, sur laquelle repose la décision attaquée, et de l'avis des médecins traitants les éléments principaux suivants: 6.1. Sur le plan somatique, le Dr S. _____ a diagnostiqué un

syndrome cervical et lombaire sans signes de compression radiculaire des membres supérieurs ou des membres inférieurs sur

Tribunal cantonal TC Page 11 de 19 discopathies C5-C6, L3-L4 et L4-L5, avec une décompression congestive inter-facettaire postérieure pluri-étagée et modérée en particulier au niveau L2-L3 et L4-L5; un syndrome sous-acromial droit sur bursopathie sous-acromio-delhoïdienne et tendinopathie du supra-épineux; un possible conflit fémoro-acétabulaire sur déchirure du labrum; une chondropathie du genou droit (actuellement peu active), un status après entorse de la cheville droite (juillet 2017); un status après exostosectomie du 1er métatarsien droit pour exostose médiane et dorsale (31 mai 2017); un syndrome douloureux chronique ubiquitaire dans le cadre d'une fibromyalgie; une spondylarthropathie (peu active) à prédominance axiale (avec atteinte au niveau des enthèses des ligaments ilio-sacrés des deux côtés, de l'interligne articulaire symphysaire antérieure et du pied de l'articulation sacro-iliaque gauche [chez une personne non porteuse de l'antigène HLA B 27]); des probables migraines épisodiques avec aura; une luxation méniscale antérieure de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) gauche (avec bruxisme); une surdité neurosensorielle bilatérale de degré modéré (perte auditive globale de 36,3 %), appareillée (status après mentoplastie gauche en 2002; status après tympanoplastie gauche en 2002 et en 2018); une hypothyroïdie substituée (thyroïdite auto-immune de type maladie d'Hashimoto); une ostéoporose vertébrale (probablement post ménopausique); une probable colopathie fonctionnelle; un status après opération pour éventration ombilicale avec mise en place d'un filet, et hernie inguinale droite avec mise en place d'un filet (20 avril 2018). Il existe un déconditionnement physique en relation avec les différents problèmes ostéoarticulaires, mais avec un état général satisfaisant. L'expert a posé les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port fréquent de charges supérieures à 5 kg; pas de station debout, assise et accroupie fréquente; pas de travail au-dessus de l'horizontal.

6.1.1. En résumé, l'assurée a déclaré à l'expert des lombalgies plus marquées à droite (irradiées au niveau du membre inférieur droit), des douleurs à caractère mécanique localisées à l'épaule droite et aux poignets, à la région cervicale (plus marquées à droite), accompagnées de céphalées et irradiant vers les régions auriculaires (parfois aux genoux et parfois aux chevilles; à droite plus marquées qu'à gauche). Les lombalgies irradient vers le membre inférieur droit jusqu'au pied en entier, postérieurement, et s'accompagnent de paresthésies des membres inférieurs, à droite plus marquées qu'à gauche. Elle présente aussi des douleurs fessières et des décharges électriques. Ainsi, l'assurée dit se réveiller tous les matins avec des douleurs, qui se situent au bas du dos (son mari l'aide à se lever, car elle ne pourrait pas le faire toute seule). Les lombalgies irradient vers le membre inférieur droit jusqu'au pied en entier, postérieurement, et s'accompagnent de paresthésies des membres inférieurs, à droite plus marquées qu'à gauche. Elle présente aussi des douleurs fessières et des décharges électriques. Depuis 20 ans, elle présente des douleurs à l'épaule droite (à la suite d'un coup de poing), avec des douleurs qui s'aggravent avec les efforts (région du deltoïde droit). Elle utilise le membre supérieur gauche. Les douleurs sont devenues de plus en plus fortes dans son travail, car elle devait porter des personnes (sans amélioration après une infiltration locale). Elle mentionne également des douleurs aux poignets depuis trois ans environ des deux côtés, qui provoquent des réveils nocturnes (avec des gants, cela va un peu mieux la nuit). Elle mentionne encore des douleurs cervicales, plus marquées à droite, accompagnées de céphalées et irradiant vers les régions auriculaires, une migraine (depuis longtemps) ainsi qu'une opération au niveau de l'oreille gauche (en 2005 et 2018). Il y a des douleurs à la marche, des douleurs nocturnes, provoquant des

réveils vers 2-3 heures du matin et une raideur qui dure toute la matinée (et ensuite s'estompe gentiment vers 16 heures). La

Tribunal cantonal TC Page 12 de 19 montée est aussi pénible que la descente (pour descendre, c'est «l'horreur» le matin). Le périmètre de marche est limité selon l'assurée à un peu moins d'une heure. 6.1.2. Sur un plan objectif, l'expert a constaté une diminution modérée de la mobilité cervicale et lombaire sans signes de compression radiculaire des membres supérieurs et inférieurs. L'ampliation thoracique est à 5 centimètres. La mobilité de l'épaule droite est diminuée, surtout pour l'abduction. La manœuvre de Neer est positive aussi à droite. Il y a une discrète tuméfaction des métacarpo-phalangien (MCP) 2 et 3 des deux côtés, des tendons fléchisseurs de l'index gauche et du majeur droit, sans synovite nette. Le signe de Gänslen est positif aux mains des deux côtés. La mobilité coxo-fémorale droite est diminuée et douloureuse, en particulier pour la rotation interne. La flexion des deux genoux est diminuée, en particulier à droite. Les tests rotuliens et méniscaux sont négatifs. Il y a des douleurs en fin de course à la mobilisation des chevilles de deux côtés, sans limitation de la mobilité ni de synovite. Le signe de Gänslen est négatif aux pieds des deux côtés. Il y a des douleurs à la palpation digitale de 12 points de fibromyalgie (sur 18). L'indice de l'étendue de la douleur est à 16 sur 19. Le score MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis) est de 11 (sur 13). L'examen échographique des enthèses réalisé le 30 janvier 2020 ne montre qu'une minime enthésopathie supra-patellaire à droite et infra-patellaire à gauche et de l'insertion du tendon d'Achilles bilatéral (ne prenant pas de Doppler). D'après cet examen échographique, le score SONAR (pour évaluer les articulations périphériques) est compatible avec une activité inflammatoire légère (10 [sur 66] en mode B et 0 [sur 66] en mode Doppler). Dans l'avis du 20 janvier 2020, demandé par le Dr S. _____, le Dr U. _____ n'a pas constaté sur les clichés IRM d'inflammation des articulations sacro-iliaques (si ce n'est au niveau des pieds et des articulations sacro-iliaques des deux côtés, avec une prise de contraste prédominant au niveau des enthèses des ligaments ilio-sacrés des deux côtés, de l'interligne articulaire symphysaire antérieure et du pied de l'articulation sacro-iliaque gauche, compatibles avec une sacro-iliite débutante [inflammation de l'articulation sacro-iliaque]). Il n'y a pas d'évidence d'enthésite au niveau du ligament longitudinal antérieur lombaire. Le Dr U. _____ a constaté une décompensation congestive inter-facettaire postérieure pluri-étagée et modérée en particulier au niveau L2-L3 et L4- L5. En résumé, le médecin a trouvé une discrète évolution de l'atteinte au niveau des pieds des articulations sacro-iliaques (œdème sous-chondral, sans érosion, sans lésion séquellaire significative anatomique visible). 6.1.3. En ce qui concerne le quotidien de l'assurée, l'expert a considéré que les données subjectives de l'assurée – selon lesquelles elle était obligée de rester assise ou couchée presque toute la journée (à regarder la télévision) et était fortement limitée pour presque toutes les activités du ménage – étaient en contradiction avec un état général et mental satisfaisants et avec le fait qu'elle pouvait marcher une heure chaque jour et conduire sa voiture pendant une heure pour se rendre à l'expertise. Elle possédait de plus des ressources pour préparer les repas (même si, en général, c'est son mari qui préparait le repas), ranger la cuisine, passer «parfois» la pannes, s'occuper de la lessive et faire des commissions deux fois par semaine (son mari faisait les commissions «parfois»). 6.1.4. Postérieurement à l'expertise, la recourante s'est soumise à une arthroscopie diagnostique de l'épaule droite, avec ténotomie du long chef du biceps, débridement sous-acromial, acromioplastie et réinsertion du sus-épineux par voie ouverte le 3 septembre 2020.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 19 Selon les Dr W. _____ et Dr Z. _____, elle a présenté une évolution non favorable deux mois et demi après l'intervention chirurgicale, avec limitations importantes de la mobilité et douleurs à la mobilisation. Ils lui ont délivré un arrêt de travail de 100 %, avec un rendement de 0 %. Ils ont de plus demandé la réalisation d'une arthro-IRM de l'épaule droite, en raison de la suspicion d'une capsulite rétractile. Selon le médecin du SMR, l'intervention justifie en principe une incapacité de travail de trois mois; en présence d'une capsulite rétractile, la guérison peut prendre jusqu'à une année. Il n'était toutefois pas nécessaire d'attendre la guérison complète pour attendre de la recourante qu'elle mette en valeur une capacité de travail dans une activité adaptée. Les experts avaient en effet déjà tenu compte de limitations fonctionnelles concernant les membres supérieurs (avis du 5 janvier 2021).

6.2. Sur le plan psychique, le Dr T. _____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent d'intensité légère à moyenne, épisode actuel léger (inflexion thymique, avec humeur dépressive, diminution de l'intérêt, du plaisir et fatigabilité; baisse de la confiance en soi et attitude pessimiste face à l'avenir). Au test de Hamilton, il a indiqué que l'assurée avait récolté un score de 17 (dépression légère), avec de nombreuses réponses qui apparaissaient induites. La capacité de travail de l'assurée était de 50 % depuis le début de la prise en charge auprès du Dr O. _____ (asthénie, inflexion thymique et réduction de la capacité hédonique). Il s'agissait d'une inflexion ponctuelle de la capacité de travail; il n'existait en revanche pas de psychopathologie incapacitante. Après un traitement psychopharmacologique de 12 semaines, la capacité de travail serait de 100 %.

6.2.1. Selon les déclarations de l'assurée, elle a épousé en premières noces un homme violent, qui l'a battue et violée pendant leur mariage. A la suite de son divorce, l'assurée a débuté un suivi psychiatrique en 2000, pendant environ une année. Elle a ensuite initié un nouveau suivi psychiatrique auprès du Dr O. _____ en mai ou juin 2019 – psychiatre qu'elle a rencontré à deux reprises (au moment de l'expertise) – puis un traitement auprès de la psychologue AB. _____ deux fois par mois. Il n'y a pas de traitement psychopharmacologique. Elle se déclare réfractaire à la prescription d'un tel traitement («je suis contre les médicaments»). Elle a tenté un traitement par acupuncture avec un résultat antalgique peu probant. Elle concède de nombreux oublis (mémoire) et verbalise une baisse de sa capacité de concentration, notamment pendant la lecture ou le visionnage d'un film (concentration). Elle déclare un moral «en bas» («j'ai perdu dans deux expertises, mon moral ne peut pas être bon»), une aggravation vespérale, être fatiguée, avoir apprécié des cours de photographie (prétérités par des troubles mnésiques), avoir ponctuellement des idées suicidaires (non scénarisées) et perçoit son environnement familial comme soutenant. Elle n'a que peu de réseau relationnel. Elle déclare une diminution de l'intérêt/plaisir pour des activités habituellement agréables (mais apprécie particulièrement le shopping), se lève vers 9 heures (clinophilie; déclare dormir «une ou deux heures par nuit»), une dépression plus marquée le soir (aggravation vespérale), une baisse de son appétit (avec augmentation de sa prise de poids) et une diminution marquée de la libido depuis cinq années. Elle se dit irritée par la procédure de licenciement. Au Maroc, en 2018, elle dit avoir été cambriolée et avoir connu un accident de la voie publique. Lors de son dernier voyage en avion, elle a de plus vécu un dysfonctionnement (non spécifié)

Tribunal cantonal TC Page 14 de 19 aéronautique. Depuis lors, elle déclare des phénomènes anxieux récurrents (notamment l'apparition d'une peur de l'avion). Elle a de plus développé un rite de vérification de la fermeture des portes.

6.2.2. Sur un plan objectif, le Dr T. _____ a constaté que l'assurée est correctement orientée dans le temps, dans l'espace

et quant à sa situation personnelle. La mémoire ne fait pas défaut (le récit du quotidien apparaît précis et plausible); les faits anciens se remémorent aisément. Elle a maintenu un focus d'attention efficient durant les 70 minutes de l'entretien. Le raisonnement et l'intelligence se situent dans la norme. Elle n'a pas présenté de tristesse visible, de peur, de culpabilité irrationnelle, d'excitation, d'euphorie inadéquate ou d'intolérance à la frustration/agressivité (mais se dit irritée par la procédure de licenciement). Elle a montré des gestes d'épargne algique, notamment à l'assise et au lever (sans hypomimie faciale ou omégas anxieux). Elle est apparue fatiguée. La fluidité idéique s'est révélée impactée (elle reste fixée sur un statut d'invalidé au sein duquel elle s'estime incapable de travailler). Elle n'a pas montré de signes d'anxiété ou de dissociation (pas d'agitation, de fébrilité, de tension intérieure perceptible, de sudation excessive, de tremblements, de changements de tonalité, de changements de couleur de la peau, de stigmates cutanés et pas de phénomènes dissociatifs). Il n'y a pas d'abus de substance ou de conflit avec la réalité. Il n'existe pas de labilité émotionnelle, d'immaturité affective, de distance relationnelle problématique ou de fonctionnement noir-blanc en «tout ou rien». Son développement, sa scolarité et le début de sa vie professionnelle ont pu se dérouler «sans accroc». Elle rapporte une famille d'origine harmonieuse et non carencée. Elle a correctement fonctionné jusqu'aux faits en cours d'examen.

6.2.3. Après avoir pris connaissance de l'expertise de Q._____, le Dr O._____, psychiatre traitant, a pris position le 5 août 2020. Il a diagnostiqué un état dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et un état de stress post-traumatique (maltraitance physique, sexuelle et émotionnelle dans le cadre de son premier mariage; victime de harcèlement sexuel et de tentative de viol; antécédent de dépression post-partum), avec humeur dépressive, troubles du sommeil, irritabilité, épuisement, perte d'appétit, sentiment de désespoir, inefficacité et impuissance, sentiment d'être incomprise, anxiété, perte de libido, amnésie, douleurs chroniques, fatigabilité, inquiétude, perte d'intérêt et de plaisir et difficultés à se concentrer. Il a indiqué que son avis divergeait tant sur le plan de l'intensité de l'état dépressif (modéré, voire sévère par moment) que sur le plan de la capacité de travail (nulle). Il a le sentiment que la détresse psychologique de sa patiente a été sous-estimée; et que l'état de stress post-traumatique a été omis. Il relève que la recourante peut certes montrer des ressources dans un premier temps. A l'évocation de son quotidien et de ses problèmes, elle s'effondre toutefois rapidement. Elle verbalise des douleurs incessantes, parfois des pertes de connaissance inexplicables, des difficultés conjugales avec un mari décrit comme humiliant et une fois violent physiquement, de l'apragmatisme, une relation marquée par l'insécurité avec sa fille qui se montre tantôt agressive et violente physiquement tantôt inquiète de perdre sa mère, le sentiment profond que sa vie depuis la perte de son emploi est un échec et qu'elle est inutile. Le 17 février 2021, le Dr Y._____ (agissant au nom du Dr O._____) a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, épisode actuel sévère, un état de stress post-traumatique, des troubles moteurs dissociatifs, un trait de personnalité immature, un antécédent de dépression post-partum, une carence précoce du développement psycho-affectif et un quotient intellectuel limite (79). En se référant au rapport d'examen psychologique du 20 novembre 2020, le

Tribunal cantonal TC Page 15 de 19 Dr Y._____ indique que l'assurée a souffert de carences précoces qui ont entravé le bon développement psycho-affectif et qui ont des conséquences aujourd'hui sur sa santé mentale et physique. Autrement dit, selon le psychiatre, ces carences engendrent une psychosomatisation par manque de mentalisation. Il a constaté de la perplexité, des bizarreries et de l'immaturité ainsi que des carences dans

l'intégration des capacités de représentation et d'identification. Il estime peu probable qu'un traitement psychothérapeutique puisse aider à améliorer la situation. Il émet dès lors un pronostic défavorable, avec une capacité de travail de 0 % sur le plan psychiatrique. Dans le rapport d'examen psychologique du 20 novembre 2020, réalisé à sa demande, le Dr O._____ et la psychologue AC._____ considèrent que le tableau présenté témoigne de carences précoces dans l'intégration des capacités de représentation et d'identification qui est essentiellement caractérisé par la perplexité; il est de ce fait compatible avec un trouble du développement psychologique mais sans séquelles marquées au niveau de l'efficacité intellectuelle même si les scores sont hétérogènes et non interprétables en tant que tel. Cette dernière met en évidence des résultats se situant entre la moyenne faible et la moyenne dans les indices de raisonnement perceptif, de mémoire de travail et de vitesse de traitement. Les scores obtenus à l'indice de compréhension verbale étant trop dysharmoniques, il faut les analyser séparément. 7. D'un point de vue strictement formel, l'expertise de Q._____ est incomplète. 7.1. 7.1.1. Sur le plan somatique, le docteur S._____ a confirmé les diagnostics des médecins traitants. En ce qui concerne la spondylarthropathie à prédominance axiale (ci-après: SpAax), il a constaté que l'on ne pouvait l'objectiver au moment de l'expertise que par une atteinte au niveau des enthèses des ligaments ilio-sacrés des deux côtés, chez une personne non porteuse de l'antigène HLA B 27. Selon l'expert, cette affection était à l'heure actuelle peu active, suivant en particulier le résultat de la CRP (10,9 mg/l), des examens IRM ainsi que des examens échographiques des articulations périphériques et des enthèses (expertise, p. 25 et 44). A cet égard, les critères ASAS de 2009 permettent de classer une spondylarthrite dans la forme axiale (SIEPER/RUDWALEIT ET AL., Assessment of SpondyloArthritis international Society [ASAS] handbook: a guide to assess spondyloarthritis, Annals of the Rheumatic Diseases 2009). La difficulté de cette classification repose sur le fait que quatre des cinq critères de l'ASAS reposent sur le ressenti du patient (évaluation par le patient de l'intensité de la douleur rachidienne, de la durée du dérouillage matinal, de sa situation globale et de la douleur articulaire périphérique), tandis que le cinquième critère est l'évaluation de la protéine C réactive (CRP). Les médecins intègrent encore comme outil diagnostique les moyens actuels d'imagerie, en particulier l'IRM des sacro-iliaques. Les seuils d'activité de la SpAax sont ensuite calculés au moyen de la formule suivante: $0,08 \times \text{intensité de la douleur rachidienne} + 0,07 \times \text{durée du dérouillage matinal} + 0,110 \times \text{évaluation globale} + 0,07 \times \text{douleur articulaire périphérique} + 0,58 \times \ln(\text{CRP} + 1)$. Les seuils d'activité sont: inactif (inférieur à 1,3 sur 10), modéré (entre 1,3 et 2,1 sur 10), actif (entre 2,1 et 3,5 sur dix) et très actif (> 3,5 sur dix). 7.1.2. A l'inverse de ce que soutient l'expert, le seuil d'activité «peu actif» n'existe pas. Le seuil d'activité d'une SpAax ne saurait en outre reposer sur la seule évaluation des données résultant de la CRP (l'élévation de la CRP est modérée et inconstante lors d'une SpAax) ou de l'imagerie des

Tribunal cantonal TC Page 16 de 19 sacro-iliaques. L'évaluation par imagerie (IRM) n'est en particulier pas justifiée car la pertinence de cet examen pour évaluer le seuil d'activité de la maladie est inconnue. Aussi, le docteur S._____ devait soit se faire remettre les évaluations complètes des médecins traitants (la prescription d'un traitement de Enbrel dès 2018 atteste en principe d'un seuil d'intensité «très actif»), soit procéder à sa propre évaluation des différents domaines (activité de la maladie, dépendance de l'assurée au traitement, retentissement fonctionnel, atteinte extra-articulaire, atteinte structurale, évolution, etc.). A ce défaut, l'expert s'est limité à se prononcer sur les conséquences sur la capacité de travail de la recourante d'une atteinte au niveau des enthèses des ligaments

ilio-sacrés des deux côtés, ce qui revient à nier les manifestations les plus fréquemment rencontrées d'une SpAax et qui représentent en principe toutes des symptômes invalidants, à l'origine de douleurs, d'incapacité fonctionnelle, ou encore de répercussions générales sur la vie quotidienne. Cette conclusion est renforcée par l'importance que l'expert a donné dans son raisonnement aux IRM des 19 décembre 2016, 12 décembre 2018 et 20 janvier 2020, qui montrent une discrète évolution de l'atteinte mécanique – sous la forme d'un œdème sous-chondral et sans érosion, sans lésion séquellaire significative anatomique visible – au niveau pieds des articulations sacro-iliaques. Le Dr U. _____ a toutefois relevé à l'attention de l'expert que si son interprétation des IRM – en tant qu'outil diagnostique d'une SpAax – ne montrait pas les signes habituels d'une maladie rhumatismale inflammatoire axiale (cf. RUDWALEIT, JURIK ET AL., Defining active sacroiliitis on magnetic resonance imaging (MRI) for classification of axial spondyloarthritis: a consensual approach by the ASAS/OMERACT MRI group, *Annals of the Rheumatic Diseases* 2009, p. 1520 ss), elle n'excluait en revanche pas une telle maladie si d'autres signes cliniques et paracliniques la corroboraient (expertise, p. 44; avis du 30 janvier 2020; voir p. ex. WENDLING/PRATI ET AL., Non- radiographic spondyloarthritis: a theoretical concept or a real entity?, *Joint Bone Spine*, 2012, p. 531). Or l'expert a confirmé sans réserve les conclusions des médecins traitants, et donc l'existence d'une SpAax. Il se devait donc de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante en tenant compte de tous les critères pertinents d'une SpAax (activité de la maladie, dépendance de l'assurée au traitement, retentissement fonctionnel, atteinte extra-articulaire, atteinte structurale, évolution, etc.). 7.1.3. Par ailleurs, contrairement à ce que demande la recourante, il n'est pas possible de statuer sur la seule base des conclusions de ses médecins traitants. En l'absence d'atteinte structurale des articulations sacro-iliaques et d'inflammation en IRM, la SpAax n'est vraisemblablement pas résistante au traitement conventionnel. Quelle que soit la présentation clinique, la description par les médecins traitants des activités quotidiennes de la recourante ne paraissent par conséquent pas conformes à ce que l'on peut raisonnablement exiger d'elle, compte tenu de sa maladie et de sa situation personnelle. En particulier, une activité physique est particulièrement bénéfique pour les spondylarthrites dans la forme axiale. Le résultat de l'examen psychologique mené par son psychiatre traitant a également montré des éléments hétérogènes et non interprétables en tant que tel (non représentatifs des capacités réelles de l'intéressée). Elle a ainsi fait preuve d'un manque du sens de l'évidence lors de son examen psychologique, qui s'est traduit par des contenus éloignés du sens commun (probable exagération pour raisons asséculologiques). Elle est enfin réfractaire à un traitement psychopharmacologique, ce qui dénote avec la description de ses plaintes. Dans ces circonstances, la Cour a besoin des conclusions d'un expert pour se prononcer sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 7.2. 7.2.1. Sur le plan psychique, le Dr T. _____ n'a pas omis de mentionner, chez l'assurée, une réduction uniforme des activités dans des domaines comparables de l'existence (en raison de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère à moyenne), avec un découragement perceptible et une capacité d'endurance amoindrie l'après-midi. Il n'a négligé aucune piste, revenant sur les graves épisodes de brutalité subis par la recourante lors de son premier mariage. A l'appui de ses conclusions, le psychiatre a en outre développé une argumentation convaincante et qui n'est pas remise en cause pas les psychiatres traitants. Il a ainsi relevé la présence, chez la recourante, d'une absence de tristesse franche, de pleurs ou d'un sentiment d'abattement. Il a

également mentionné l'existence de sources de plaisirs (comme le shopping) et l'absence d'altération de l'aptitude à penser, d'un trouble de la vigilance, de l'attention, de la concentration ou de la mémoire. Par souci de complétude, l'expert psychiatre s'est également penché sur l'éventuelle existence d'autres troubles de l'humeur et de troubles anxieux (agoraphobie, troubles paniques, anxiété généralisée), qu'il a, de façon cohérente, en raison de l'absence d'éléments constitutifs, niés. A l'inverse des affirmations de la Dresse K._____, il a relevé que la recourante conservait encore de nombreuses ressources. La recourante a maintenu sa capacité de déplacement, de prendre soin d'elle, de donner et de recevoir un soutien affectif (notamment avec son mari et sa fille), de faire partie et d'évoluer au sein d'un groupe (elle a adhéré à un groupe de fibromyalgiques), de maintenir le contact avec des tiers, de s'affirmer et de défendre ses convictions. La recourante sait en outre adapter son comportement, sa réflexion et son vécu à des situations changeantes. Elle sait planifier et structurer des tâches, notamment de ménage et de rangement. 7.2.2. En l'état, il n'est cependant pas possible d'entériner les conclusions de l'expert psychiatre. Les conclusions du Dr T._____ reposent en effet sur la description des plaintes somatiques effectuée par le Dr S._____, qui – comme nous l'avons vu – est incomplète. Il s'est en particulier fondé sur des phénomènes algiques multiples, soit des plaintes qui n'ont précisément pas fait l'objet d'une discussion par le docteur S._____ sur le plan somatique. Il en résulte la conclusion contradictoire que l'assurée présenterait une capacité de travail limitée sur le plan psychiatrique (de 100 % initialement, puis de 50 %), d'une part, et une psychopathologie qui n'est pas incapacitante (au sens de la LAI), d'autre part (expertise, p. 67). 7.3. En définitive, l'expertise de Q._____ ne fournit pas les renseignements et évaluations devant permettre aux organes de l'assurance-invalidité d'estimer le caractère invalidant des atteintes à la santé de la recourante. L'expertise comporte certes une anamnèse sur les plans professionnel, familial, psychosocial et psychiatrique et les avis médicaux figurant au dossier ont été pris en considération. L'examen mené par le Dr S._____ est cependant incomplet, en tant qu'il ne permet pas de procéder à une évaluation des différents domaines de la SpAax (activité de la maladie, dépendance de l'assurée au traitement, retentissement fonctionnel, atteinte extra-articulaire, atteinte structurale, évolution, etc.). Les experts devront également se prononcer sur la situation née ensuite de l'arthroscopie de l'épaule droite du 3 septembre 2020. Dans la mesure où une précédente expertise allant dans le sens d'une diminution de moitié de la capacité de travail de la recourante avait été écartée, on pouvait attendre de la seconde, sur les conclusions de laquelle l'assurance-invalidité entendait refuser de prester, qu'elle soit particulièrement probante, ce qui ne semble finalement pas être le cas au vu des critères scientifiques qu'il s'agissait dès lors d'examiner dans le détail.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 19 8. Ensuite des éléments qui précèdent, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'autorité intimée pour qu'elle mette en œuvre une nouvelle expertise médicale (art. 43 al. 2 et 44 LPG), un renvoi apparaissant en l'espèce comme la solution la plus opportune (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Il incombe en effet à un médecin – et non pas à la Cour – de procéder à une évaluation complète des différents domaines de la SpAax (activité de la maladie, dépendance de l'assurée au traitement, retentissement fonctionnel, atteinte extra-articulaire, atteinte structurale, évolution, etc.). Cela étant, et comme il vient d'être relevé, la recourante, qui se prévaut depuis des années maintenant de multiples atteintes à sa santé et qui, pour cette raison même, est suivie par plusieurs médecins, a déjà fait l'objet de deux expertises. Elle est, à côté de cela, née en 1962, ce qui revient à dire qu'elle sera bientôt proche de l'âge donnant droit à des

prestations de l'assurance-vieillesse et qu'elle le serait même encore plus au moment où une décision sera finalement rendue. Il appartiendra, dans un tel contexte, à l'OAI de se prononcer sur l'opportunité de poursuivre (ou non) l'instruction médicale et de supporter les coûts y relatifs, éventuellement en procédant à une balance des intérêts en présence. 9. Quoi qu'il en soit, bien fondé, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il est rejeté pour le surplus. 9.1. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'office AI, qui succombe. L'avance de frais, du même montant, sera restituée à la recourante après l'entrée en force du présent arrêt. 9.2. La recourante ayant gain de cause, elle a droit à une indemnité pour ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; ATF 135 V 473). Conformément à l'art. 8 al. 1 du tarif fribourgeois du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12), la fixation des honoraires dus à titre de dépens a lieu sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.-. Au vu de la liste de frais produite par le mandataire de la recourante, l'indemnité de partie allouée est fixée à CHF 1'568.14 (honoraires et débours: CHF 1'525.81; TVA: CHF 42.33). Elle est mise à la charge de l'autorité intimée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision du 22 janvier 2021 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recours est rejeté pour le surplus. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. L'avance de frais, du même montant, sera restituée à la recourante après l'entrée en force du présent arrêt. III. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'568.14 (honoraires et débours: CHF 1'525.81; TVA: CHF 42.33). Elle est intégralement mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. IV. 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 31 janvier 2023/obl Le Président : La Greffière :

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