

FR_GERICHTE 608 2014 193 vom 17. Juni 2016

FR Kantonsgericht, 2016-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_193

FR: FR_GERICHTE 608 2014 193 du 17 juin 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2014 193 del 17 giugno 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. b) 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; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement

psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). c) D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou

le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 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). Par définition, les expertises psychiatriques en matière de troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables réalisées avant l'ATF 141 V 281 ont été rendues à la lumière de la présomption – abandonnée désormais – posée à l'ATF 130 V 352, selon laquelle ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effet de volonté raisonnablement exigible et par des critères établis en la matière pour apprécier le caractère invalidant de ces syndromes. Toutefois, ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé, il convient plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux –

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8). e) Selon l'art. 17 LPGA - applicable par analogie en cas de nouvelle demande - si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le

même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

E. 3

En l'espèce, le litige porte sur la question du droit de la recourante à une rente d'invalidité, lequel relève d'une appréciation médicale de sa capacité de travail. a) L'état de santé de la recourante s'est péjoré en octobre 2011 (cf. rapport du D. _____ du 14 novembre 2011 attestant d'une deuxième hospitalisation au 25 octobre 2011; certificat du D. _____ du 19 octobre 2011 faisant état d'une hospitalisation du 10 au 17 octobre 2011; rapport du Service médical régional [SMR] du 28 août 2012 attestant d'une aggravation de l'état psychique en octobre 2011; rapport du Dr E. _____, spécialisé en médecine générale, du 28 décembre 2011 attestant de la péjoration de l'état psychique en octobre 2011); en novembre 2011, elle restait hospitalisée suite à une tentative de suicide (cf. rapport précité du D. _____ du 14 novembre 2011). Le 23 avril 2012, le médecin traitant généraliste confirme la présence de problèmes psychiques et de douleurs entraînant une incapacité de travail totale (cf. également rapport du 8 octobre 2012). Le 31 mai 2012, la psychiatre traitant atteste d'une incapacité de travail de 50% en raison d'un épisode dépressif moyen F32.1, d'un syndrome post-traumatique F43.1, d'utilisation nocive d'alcool F10.1 et d'une personnalité émotionnellement labile F60.3. Cette situation serait restée stationnaire selon son rapport du 24 octobre 2012. Dans un rapport du 15 novembre 2012, le centre F. _____ (Dr G. _____/Dr H. _____) atteste la présence de douleurs qu'il met en lien avec une fibromyalgie et une dépression; l'incapacité de travail – difficile à établir dans le contexte concret – devrait être déterminée par le médecin traitant (cf. également rapport du 10 mai 2012). Dans un rapport du 14 janvier 2013, le Dr E. _____, médecin généraliste traitant, relate toujours le diagnostic incapacitant d'état anxieux dépressif, de douleurs articulaires généralisées (lombaires, coudes, épaules, genoux, mains) liées aux chimiothérapies.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 b) Pour rendre la décision litigieuse et au vu de la contradiction relative à la cause de l'incapacité de travail (cf. à ce sujet le rapport du SMR du 24 janvier 2013), l'assurance a diligenté une expertise bi-disciplinaire. Le volet rhumatologique a été réalisé par le Dr I. _____, spécialisé en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport du 24 juin 2013, cet expert retient, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie). Sans répercussion sur la capacité de travail, il relève cependant les diagnostics suivants: des lombopygialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec minime discopathie multi-étagée; un status post-carcinome au sein gauche, traité par mastectomie puis chimio- et hormonothérapie en rémission, un status post-pose d'une prothèse mammaire en 2010 et 2012, un status post-abcès post-pose de la 1ère prothèse en 2010; un status post-tendinopathie calcifiante du sus-épineux gauche traité en 2003; un status post-cure d'épicondylite gauche et de tunnel carpien bilatéral en 2000;

des cervico-brachialgies récurrentes en absence de trouble dégénératif; des gonalgies gauches sans signes méniscaux, avec minime ostéophytose ainsi qu'un status post-toilettage articulaire en mai 2012 et un status post-ostéosynthèse tibiale en 2006 post-traumatique; une hypertension artérielle stable sous traitement depuis 2009; et un status post tentamen en 2011. Cet expert explique que, du point de vue rhumatologique, dans son emploi antérieur de téléphoniste dans une entreprise de vente par correspondance, il n'y a pas d'arguments radiologiques et rhumatologiques pouvant faire valoir une incapacité de travail, hormis le vécu douloureux chronique, l'activité de téléphoniste étant déjà une activité adaptée si on considère que quelques mouvements ne sont plus exigibles. Du point de vue bi-disciplinaire – après discussion avec le psychiatre – en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, la capacité de travail dans son ancienne activité ou dans une activité adaptée est estimée à 50%, trois mois après l'intervention des services de réinsertion. Selon l'expert-rhumatologue, une activité aurait pu être exigée depuis avril 2012. Le volet psychiatrique a été assuré par le Dr J. _____, médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 26 juin 2013, celui-ci retient, comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, la présence d'une dysthymie F34.1. L'examen clinique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial. L'examen psychiatrique du 25 juin 2013 met en évidence un tableau de dysthymie survenant dans un contexte complexe de trouble de l'adaptation ayant valeur incapacitante temporaire et de traitement d'un cancer du sein ayant aussi valeur invalidante. L'expert considère, en accord avec l'appréciation mentionnée dans le rapport psychiatrique de la psychiatre traitant du 31 mai 2012 proposant une possible reprise de travail à 50%, que cette reprise de travail, compte tenu du contexte particulier, pourrait avoir lieu trois mois après l'intervention des services de réinsertion, à 50%, avec réévaluation de la situation à un an. Le tableau psychiatrique motive une incapacité de travail à 50%, à réévaluer à un an. Il confirme une incapacité à 100% dès novembre 2011 avec une lente amélioration. Le médecin du SMR, le Dr K. _____ – spécialisé en anesthésiologie – confirme, dans son rapport du 30 juillet 2013, la valeur probante des expertises du point de vue formel. Selon lui, les deux rapports d'expertises sont exempts de contradiction. Il estime cependant que les conclusions relatives à la capacité de travail ne correspondent pas à la jurisprudence. Il explique que l'expert-psychiatre démontre de manière parfaitement cohérente que les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, syndrome post-traumatique, consommation nocive d'alcool et

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 personnalité borderline, tels que mentionnés par le psychiatre traitant, ne sont pas conformes aux définitions respectives qu'en donne la CIM-10 et ne peuvent par conséquent pas être retenus. Il ajoute toutefois que, de manière injustifiée, après avoir écarté les diagnostics du psychiatre traitant pour ne retenir à juste titre qu'une dysthymie, l'expert conclut à la même incapacité de travail que le psychiatre traitant, soit 50% dans toute activité. Cette conclusion doit, selon le SMR, être écartée car non conforme à la jurisprudence. Les deux experts ont par la suite été sollicités afin de s'expliquer plus avant sur la capacité de travail. Par courrier du 11 septembre 2013, le psychiatre souligne qu'au vu de la particularité de la situation existentielle qui comprend une succession d'événements complexes et de la longueur de l'incapacité de travail, il est souhaitable d'envisager l'intervention des services de réinsertion avant d'envisager la reprise du travail, malgré l'amélioration symptomatique, plus perceptible depuis mi-mai 2012. Il

ajoute qu'il paraît illusoire, compte tenu de l'ancienneté des troubles, avec deux hospitalisations psychiatriques en 2011, d'envisager une reprise de travail à 100% avant un an. Il rappelle cependant que son rapport conclut effectivement à une absence de tableau symptomatique orientant vers un diagnostic incapacitant au jour de l'expertise. Le rhumatologue – dans sa prise de position datée du 24 juin 2013 mais manifestement rédigée en novembre 2013 – admet pour sa part qu'il faut en effet réévaluer l'appréciation de l'exigibilité effectuée lors de son expertise du 24 juin 2013, en ne retenant aucune incapacité de travail. Il relève que le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social, ne présente pas de caractère incapacitant. Dans le cadre des objections, la recourante a versé au dossier un certificat du 28 février 2014 du Dr L._____, spécialisé en rhumatologie, constatant la présence chez sa patiente – à part des diagnostics que l'on retrouve dans l'expertise rhumatologique – d'une spondylarthrite HLA B27 négative. Ce médecin souligne que les problèmes de santé de l'assurée sont invalidants depuis longue date. Il indique que la capacité de travail est de 5 heures, respectivement de 50%, à partir du mois de mars 2014 (cf. également rapport de la Clinique M._____, du 29 novembre 2013). c) Les conclusions des deux experts se fondent sur l'étude du dossier asséculogique, les différents clichés radiologiques, l'anamnèse, les plaintes subjectives et constatations objectives lors de deux examens cliniques du 21 juin 2013 (rhumatologique) et du 25 juin 2013 (psychiatrique), ainsi que sur une discussion interdisciplinaire du 26 juin 2013. Lors des entretiens et examens cliniques, les experts ont été en mesure d'examiner personnellement l'assurée ainsi que de relever ses plaintes subjectives et d'observer son comportement. Force est de constater que ces expertises se fondent sur des examens complets et une bonne connaissance de l'anamnèse. Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate, à la lumière de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la fibromyalgie, que la cause est suffisamment instruite pour être tranchée. Il importe de déterminer si un diagnostic de trouble somatoforme ou de fibromyalgie peut être clairement retenu et s'il remplit le critère de gravité, comme l'exige désormais la jurisprudence du Tribunal fédéral. Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, on rappelle ici qu'il convient de requérir l'avis d'un psychiatre lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt TF I 428/06 du 25 mai 2007). C'est le lieu de noter, s'agissant du syndrome susmentionné de fibromyalgie, que les constatations objectives des experts ne permettent en l'espèce pas uniquement d'apprécier le trouble somatoforme douloureux abstraitement. L'examen n'est pas réduit à considérer que les douleurs n'ont pas de substrat organique pour conclure d'une manière théorique que la recourante doit ainsi pouvoir les surmonter. Au contraire, il sied de constater, à la lecture des deux rapports en cause, que les experts ont fait état d'éléments en suffisance pour porter une appréciation circonstanciée de la fibromyalgie présentée par la recourante. En effet, ces spécialistes ont fait leurs observations en se fondant sur un examen médical approfondi et des indices très concrets, tels que l'attitude et les plaintes de la recourante lors de son examen. Le rhumatologue indique que "l'assurée ne présente pas d'amyotrophie, elle se meut et s'habille et descend deux étages d'escaliers de manière fluide, on ne note pas de position antalgique durant l'entretien. On note dès lors une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle qui en résulte dans ses activités de la vie

quotidienne et professionnelle et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour". Partant, on doit constater que, sous l'angle de la cohérence, il est relevé une certaine discordance entre les plaintes et les constatations objectives ainsi que le comportement lors de l'examen clinique. Les experts ont clairement indiqué que la recourante était également capable de maintenir un certain rythme et programme journalier, qu'elle était en mesure de s'occuper de son ménage et de garder son chien. Le tissu familial et social est manifestement intact, il n'y a pas de repli social mais un contact régulier avec un grand nombre de connaissances. L'assurée a également pu préserver son estime d'elle-même. Ces éléments permettent à la recourante de se ressourcer. Il ne suffit pas, pour remettre en cause ses propres allégations lors des entretiens, que la recourante les contredise dans le cadre du recours. On souligne dans ce contexte que, selon le psychiatre, la problématique algique serait sans grande intensité ni accompagnée d'une détresse particulière. De plus, le Tribunal note que d'autres options thérapeutiques que le suivi ambulatoire et une médication n'ont jamais été véritablement explorées. Le traitement psychiatrique aurait pris fin entre-temps. A l'occasion de l'examen clinique, l'assurée a elle-même relevé l'amélioration du tableau symptomatique ayant motivé les consultations psychiatriques en novembre 2011, plus perceptible à partir de mi-2012. Une nouvelle thérapie pourrait dès lors améliorer et soutenir la recourante dans son intégration dans la vie professionnelle dans l'hypothèse où elle devrait rencontrer des problèmes. C'est dans ce sens qu'on peut comprendre le psychiatre qui renvoie à la nécessité d'une aide à l'insertion. Partant, on ne saurait critiquer l'autorité qui a conclu à une atteinte psychique devenue mineure et au fait que la recourante disposait, malgré certains facteurs négatifs tels que son anxiété – crises généralisées tous les six mois – une humeur dépressive et des craintes et inquiétudes face à l'avenir, de suffisamment de ressources pour surmonter ses troubles psychiques. La lecture des deux expertises met en évidence que l'intensité de la problématique douloureuse et psychiatrique n'est pas d'une ampleur permettant sa prise en charge par l'assurance-invalidité. Dans son rapport, le psychiatre renvoie lui-même à la valeur "incapacitante temporaire". L'explication qu'il apporte suite aux questions de l'assurance démontre bien que ce sont davantage des motifs d'ordre pratique et liés au marché du travail qui avaient motivé l'attestation d'une incapacité de 50%, avant d'atteindre à nouveau un 100%. Le spécialiste Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 rhumatologue est formel quant à son constat de l'absence d'un diagnostic ayant valeur de maladie invalidante. On terminera par souligner qu'à part des cas où la dysthymie est accompagnée d'une comorbidité tel qu'un trouble de la personnalité par exemple, elle n'est pas invalidante, (cf. arrêts TF 8C_33/2014 du 21 février 2014 consid. 3.2.3; 8C_806/2013 du 6 mars 2014 consid. 6.2; 8C_1025/2012 du 13 mars 2013 consid. 3.1; et 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid 2.2.2). Aucune comorbidité psychiatrique n'a été mise en évidence en l'espèce; au contraire, le psychiatre exclut notamment explicitement la présence d'un trouble de la personnalité ("Ces traits de personnalité n'en constituent pas pour autant un trouble de personnalité"). A l'évidence, un trouble d'adaptation ne constitue pas une circonstance exceptionnelle dès lors que ces deux diagnostics sont liés. Sur la base de ce constat, le Tribunal admet qu'il existait en octobre 2011 une incapacité totale de travailler pour des raisons principalement psychiatriques. Il faut souligner que les pièces médicales confirment une aggravation en octobre 2011 et non pas seulement en novembre 2013. En mai 2012, l'état de santé s'est manifestement amélioré au point de permettre l'exercice d'une activité à 50%, comme l'affirme la psychiatre traitant dans son rapport du 31 mai 2012. Par la suite, au mois de juin 2013, au moment où l'assurée a été examinée par les spécialistes, on pouvait admettre une capacité

entière pour les raisons qui viennent d'être expliquées. d) Il ressort du dossier médical que l'amélioration de l'état de santé s'est faite sur une certaine durée et, au vu des circonstances de l'espèce, il se justifie de fixer le moment où celle-ci est intervenue à la date de l'expertise. Cette appréciation se défend si on prend en compte, ainsi que l'a fait l'expert-psychiatre, la situation complexe en lien avec le cancer du sein. En effet, en février 2011, la recourante a bénéficié de la pose d'une prothèse mammaire. Celle-ci a été suivie par l'apparition d'une infection post-opératoire à staphylocoques dorés, raison pour laquelle un premier drainage et lavage de plaie a été effectué en février 2011, suivi de l'ablation de la prothèse en mars 2011, puis suivie de plusieurs reprises de plaies. En décembre 2012, l'assurée a bénéficié de la pose d'une deuxième prothèse au sein gauche. L'évolution a semble-t-il été lentement favorable depuis. Il apparaît dans ce contexte raisonnable de retenir que l'état de santé était au moment de la fin de l'année d'attente en novembre 2012 encore atteint d'une manière significative (cf. à ce sujet également le rapport de la psychiatre traitant du 24 octobre 2012). L'amélioration est intervenue après la deuxième opération en décembre 2012 et en attendant la fin du traitement par la pose définitive de la prothèse mammaire au printemps 2013, soit au plus tard au moment de l'expertise en juin 2013. Même si, dans son recours, l'assurée soutient qu'elle est toujours incapable de travailler, on ne peut faire abstraction des constatations retenues lors des expertises (cf. ci-dessus). e) Cette analyse n'est contredite par aucun élément du dossier. En ce qui concerne les rapports de la psychiatre traitant des 31 mai 2012 et 24 octobre 2012, on peut renvoyer à l'analyse de l'expert-psychiatre qui explique d'une manière compréhensible et convaincante pour quelle raison il ne retient pas les mêmes diagnostics, notamment de dépression récurrente, d'état de stress post-traumatique ou de trouble borderline. On ne peut pas non plus se référer à l'estimation de l'incapacité par le médecin traitant généraliste, non spécialiste dans le domaine de la psychiatrie, qui mentionne également la fibromyalgie. S'il met en lien les douleurs avec le traitement du cancer, force est de constater que les spécialistes dans ce domaine ne le confirment pas.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Or, dans le contexte de l'occurrence et ainsi que l'a à juste titre proposé le médecin du SMR, il s'agissait d'éclaircir l'état de santé de l'assurée par un avis de spécialistes. Suite à l'établissement de l'expertise, aucun rapport médical détaillé formulant de véritable contestation des résultats des experts n'a par ailleurs été produit ni de la part du médecin traitant généraliste ni de la part de la psychiatre. Le certificat du Dr L. _____ de janvier 2014 fournit en partie une appréciation différenciée quant à la capacité de travail, mais celle-ci est par trop succincte et émane d'un médecin qui n'est pas spécialisé en psychiatrie. Dans la mesure où il ne motive pas non plus en détail l'effet "invalidant" des diagnostics qu'il pose, on ne saurait de toute évidence tirer d'enseignements quant à la capacité de travail, ce qui vaut également pour les certificats des 6 et 9 octobre 2013 dans lesquels ce praticien atteste de douleurs lombaires et à l'épaule. En ce qui concerne le nouveau diagnostic de spondylarthrite, le médecin du SMR explique, les 7 avril et 4 juillet 2014, d'une manière compréhensible pour quelle raison il n'y a pas lieu d'en tenir compte quant à la fixation de l'incapacité de travail. Selon lui, les éléments médicaux objectifs sur lesquels reposerait ce diagnostic ne sont pas mentionnés. L'anamnèse ne fait état que de "lombo-pygialgies d'horaire mixte", lesquelles étaient déjà retenues comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail par l'expert. L'examen de la colonne ne fait état que de troubles statiques. Il n'y a pas de mention d'examens radiologiques ni de résultats d'examens paracliniques. Or, sans démonstration d'une sacro-iléite ni paramètres inflammatoires pathologiques, il est difficile de retenir un

tel diagnostic et de confirmer qu'il s'agit d'un fait nouveau. De plus, le 5 septembre 2014, le SMR indique que l'IRM du 28 mars 2013 met en lumière une meilleure mobilité lombaire et l'absence de limitations fonctionnelles. En ce qui concerne l'omalgie droite, il s'agit selon lui d'une atteinte curable n'entraînant pas une incapacité de travail durable. Le Tribunal ne voit pas de raison de se distancier de cet avis. Eu égard à ce qui précède, il faut conclure que l'état de santé de la recourante s'est notablement amélioré en juin 2013 et qu'elle présentait à ce moment une capacité de travail résiduelle de 100% dans son ancienne activité de téléphoniste. f) Les conditions fixées par la jurisprudence du TF dans un arrêt de principe publié aux ATF 104 V 135 consid. 2b (et confirmée ultérieurement à plusieurs reprises, par ex. dans l'arrêt TF 8C_282/2012 du 11 mai 2012 consid. 7) relatives à une comparaison des revenus en pourcent ("Prozentvergleich") entre les salaires de valide et d'invalidé sont réalisées en l'espèce, l'assurée ne devant pas changer de branche professionnelle. La recourante présentant une incapacité de travail de 50% dans son ancienne activité pour une durée limitée, son taux d'invalidité correspond à 50% pour cette période, ce qui donne droit à une demi-rente. g) Partant, en application de l'art. 88 RAI, il y a lieu d'octroyer à la recourante une demi-rente d'invalidité dès le 1er octobre 2012 (fin du délai d'attente) jusqu'au 30 septembre 2013.

E. 4

Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision modifiée dans le sens qu'une demi-rente d'invalidité est octroyée à la recourante à partir du 1er octobre 2012 jusqu'au 30 septembre 2013. a) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à raison de la moitié à la charge de la recourante et de l'autorité intimée. Un montant de CHF 400.- est prélevé sur l'avance de fais, le solde de CHF 400.- étant restitué à la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 b) Ayant partiellement obtenu gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie réduite. Sur la base de la liste de frais produite par son mandataire, elle est fixée à CHF 1'000.- (honoraires et débours), plus CHF 80.- de TVA, soit un total de CHF 1'080.-. la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis. La décision du 30 septembre 2014 est modifiée dans le sens qu'une demi-rente d'invalidité est octroyée à la recourante du 1er octobre 2012 au 30 septembre 2013. II. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de l'autorité intimée et de la recourante à raison de CHF 400.- chacune. Un montant de CHF 400.- est prélevé sur l'avance de frais, le solde de CHF 400.- étant restitué à la recourante. III. L'indemnité de partie partielle est fixée à CHF 1'080.- (TVA comprise) et mise à la charge de l'autorité intimée. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 17 juin 2016/JFR/vth Présidente Greffière-rapporteuse