

FR_GERICHTE 608 2015 215 vom 14. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_215

FR: FR_GERICHTE 608 2015 215 du 14 février 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2015 215 del 14 febbraio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 13

mai 2013, une microdiscectomie L5-S1 gauche pour récurrence de hernie discale L5-S1 gauche le 5 février 2014 et une spondylodèse L5-S1 par voie antérieure avec cage intersomatique pour une discopathie L5-S1 avec récurrence le 5 janvier 2015. En date du 4 octobre 2013, elle a déposé une nouvelle demande de prestations, pour des motifs orthopédiques cette fois. En se fondant sur un rapport d'expertise orthopédique, l'OAI a retenu que l'assurée avait présenté, une incapacité de travail totale du 13 mai au 13 août 2013, du 5 février au 5 mai 2014 et du 5 janvier au 5 mai 2015 seulement. Par décision du 15 octobre 2015, l'office lui a dès lors refusé l'octroi d'une rente, motif pris qu'elle n'avait pas présenté d'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (dossier AI pce p. 317 à 319). C. En date du 18 novembre 2015, A. _____, représentée par Me Bernard Loup, avocat à Fribourg, interjette recours de droit administratif à l'encontre de la décision du 15 octobre 2015 auprès du Tribunal cantonal. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision litigieuse ainsi que, principalement, à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire; l'intéressée demande, par mémoire séparé daté du même jour, à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale. La recourante fait en substance valoir qu'elle a été totalement incapable de travailler du 8 avril 2013 au 18 septembre 2015 et à 90% depuis lors; elle se fonde à cet égard sur les divers certificats de ses médecins traitants. Elle estime, d'une part, que l'expert sollicité s'est basé sur un dossier médical incomplet et que ses conclusions sont équivoques. Elle considère, d'autre part, que les périodes d'incapacité de travail retenues par l'expert sont théoriques. L'assurée se plaint, de surcroît, d'une violation de son droit d'être entendue, en faisant valoir que l'autorité intimée ne lui aurait pas transmis immédiatement le rapport d'expertise

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 orthopédique et qu'elle n'aurait pas pris en considération ni même mentionné certains rapports et certificats de ses médecins traitants. Par décision incidente du 14 décembre 2015, la greffière-rapporteuse déléguée à l'instruction a admis la demande (605 2015 216) d'assistance judiciaire totale gratuite pour la procédure de recours, dispensé la recourante de l'avance de frais de justice ainsi que désigné le mandataire choisi en qualité de défenseur d'office. La recourante a encore subi une microdiscectomie L3-4 droite par voie transmusculaire pour une hernie discale L3-4 droite extraforaminale le 10 février 2016. Dans ses observations du 25 février 2016, l'OAI propose le rejet du recours. Il estime que le rapport d'expertise produit a pleine valeur

probante et que l'appréciation qui y est contenue est concrète. D. Au terme d'un second échange d'écritures, les parties campent pour l'essentiel sur leurs positions. Par écriture du 9 août 2016, C. _____, appelée en cause, a renoncé à se déterminer. E. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments de ces dernières, développés par elles 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. 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. Dans son recours, la recourante a invoqué une violation de son droit d'être entendue, en faisant valoir que l'autorité intimée ne lui aurait pas transmis immédiatement le rapport d'expertise orthopédique et qu'elle n'aurait pas pris en considération ni même mentionné certains rapports et certificats de ses médecins traitants. Ce grief doit être examiné à titre liminaire dans la mesure où, s'il devait recevoir une réponse positive, il scellerait le sort du présent litige. a) Aux termes de l'art. 42 1ère phrase 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), les parties ont le droit d'être entendues. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées). En matière d'assurance-invalidité, la procédure de préavis de l'art. 73ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), concrétise ces garanties de rang constitutionnel lors de la phase de l'instruction de la demande (cf. ATF 124 V 180 consid. 1c; 131 V 35 consid. 4.2).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu le devoir pour une autorité ou un juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient (ATF 129 I 232 consid. 3.2; arrêt TF 9C_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.1). Pour répondre à ces exigences, l'autorité ou le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, in: RDAF 2009 II p. 434). En revanche, une autorité ou un juge se rend coupable d'un déni de justice formel si elle ou il omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a; cf. également arrêt TF 9C_179/2015 du 22 septembre 2015 consid. 3.1). b) Dans la présente occurrence, l'autorité intimée n'avait pas l'obligation de transmettre immédiatement le rapport d'expertise orthopédique à la recourante. Cette dernière a par ailleurs pu prendre connaissance du

rapport en question et s'est déterminée à son propos dans le cadre de la procédure de préavis, donc avant que la décision querellée ne soit prise. De plus, le droit d'obtenir une décision motivée n'oblige pas l'autorité à mentionner tous les rapports et certificats produits dans le cadre de l'instruction. La motivation de la décision litigieuse permet de comprendre les éléments qui ont été retenus et pourquoi ils l'ont été. La recourante ne prétend d'ailleurs pas qu'elle n'aurait pas été en mesure de discerner la portée de la décision entreprise et de l'attaquer valablement. Enfin, le point de savoir si l'autorité intimée aurait dû préférer l'opinion des médecins traitants de la recourante à celle de l'expert, voire procéder à une expertise complémentaire, est une question qui relève non pas du droit d'être entendu mais de l'appréciation des preuves. Il se justifie donc de l'examiner avec le fond du litige (cf. arrêts TF 9C_142/2008 du 16 octobre 2008 consid. 3.2 et 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 2.2). Partant, ce grief, mal fondé, doit être rejeté. Il sied dès lors d'entrer en matière sur le fond du litige. 3. a) Aux termes 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. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 29ter RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28, al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 b) 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). 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). c) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande et la rejette au fond, un recours contre cette décision doit être examinée au regard des conditions de la révision du droit à la rente (art. 17 LPGA), applicables par analogie à l'examen des conditions

matérielles d'une nouvelle demande (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). Lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente d'invalidité reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (cf. ATF 140 V 2 consid. 5.3 et arrêt TF 9C_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 6); ainsi, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI), et la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). Selon l'art. 17 LPGA – applicable par analogie en cas de nouvelle demande après un refus de rente – 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 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art.

E. 17

LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 dossier approfondi en ce qui concerne les faits. 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; cf. également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous

les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2ème éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème éd., p. 274; cf. aussi ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence citée; arrêt TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d et la référence citée). 4. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assurée, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la décision du 19 avril 2013, décision lui ayant refusé un droit à la rente (cf. supra 3c), avec son état de santé au moment de la décision portée céans, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. a) Par décision du 19 avril 2013, l'autorité intimée a retenu que l'assurée n'avait présenté – pour des motifs d'ordre psychiatrique (un syndrome de stress post-traumatique) – qu'une incapacité de travail de 100% du 16 mars au 13 mai et de 50% du 14 mai au 10 septembre 2012, date à laquelle elle avait repris son activité à plein temps. Elle lui a dès lors refusé l'octroi d'une rente, parce qu'elle n'avait pas été incapable de travailler pendant une année au moins comme l'exige l'art. 28 al. 1 let. b LAI. b) Suite au dépôt de la nouvelle demande de l'assurée en date du 4 octobre 2013, les pièces médicales

suivantes ont été déposées au dossier: - Les rapports médicaux des 2, 13, 16 mai, 4 juillet, 24 septembre, 29 octobre et 13 novembre 2013 du Dr D. _____, médecin spécialiste FMH en neurochirurgie, qui a diagnostiqué une volumineuse hernie discale L5-S1 gauche avec très probable fragment luxé libre et procédé le 13 mai 2013 à une microdiscectomie L5-S1 gauche. Le neurochirurgien a d'abord fait état de suites postopératoires simples et afebriles avec une très nette amélioration du syndrome radiculaire; il a ensuite relevé une petite récurrence de hernie discale L5-S1 gauche (dossier AI pce p. 129 à 134, 149, 156 à 160, 162, 181 à 184, 186 s., 285 à 289; cf. également pces 3 de la recourante). - Le rapport médical du 18 novembre 2013 du Dr E. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a confirmé les diagnostics connus et déclaré sa patiente totalement incapable de travailler (dossier AI pce p.163 à 169; cf. également pce p. 113). - Les rapports médicaux des 9 janvier, 5, 10 février, 27, 31 mars, 23 septembre, 28, 29 octobre et 3 novembre 2014 du Dr D. _____, qui a procédé le 5 février 2014 à une microdiscectomie L5- S1 gauche pour récurrence de hernie discale L5-S1 gauche. Le neurochirurgien a d'abord fait état d'une lente amélioration des douleurs; il a par la suite noté une évolution défavorable et a effectué une infiltration périurale L5-S1 le 3 octobre 2014 (dossier AI pce p. 180, 185, 188 à 193, 209 à 219, 279 à 284; cf. également pces 5 de la recourante). - La prise de position du 14 avril 2014 du Dr F. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, qui a requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique (dossier AI pce p. 194). - Les rapports médicaux des 5, 14 janvier, 28 mai et 17 septembre 2015 du Dr D. _____, qui a procédé le 5 janvier 2015 à une spondylodèse L5-S1 par voie antérieure avec cage intersomatique pour une discopathie L5-S1 avec récurrence. Le neurochirurgien a d'abord fait état de suites postopératoires simples et afebriles avec une progressive amélioration des douleurs; il a ensuite

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 mentionné une évolution plutôt stagnante avec des douleurs mal maîtrisées avec beaucoup de points d'irritation dans la région sacro-iliaque des ligaments iliolombaires et des points d'insertion fessiers (dossier AI pce p. 228 s., 276 à 278; cf. également pces 7 de la recourante). - Le rapport d'expertise du 25 mars 2015 du Dr G. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status post microdiscectomie L5/S1 pour hernie discale L5/S1 gauche le 13 mai 2013, de status post microdiscectomie L5/S1 pour récurrence de hernie discale L5/S1 gauche le 5 février 2014 et de status post spondylodèse L5/S1 par voie antérieure avec cage intersomatique le 5 janvier 2015. L'expert a constaté ce qui suit: « Nous sommes donc en fin du 3ème mois post spondylodèse lombosacrée par voie antérieure. L'évolution est excellente, avec un simple traitement par paracétamol. Les amplitudes articulaires montrent un beau résultat de la chirurgie rachidienne, marquée par une distance doigts-sol de 1cm à hanches et genoux en ordre. Il n'existe pas de syndrome radiculaire ou médullaire. Les hypoesthésies relevées ce jour ne constituent pas un diagnostic invalidant et demandent un contrôle clinique voire électrophysiologique en cas de persistance. Le manque de force ressenti ne correspond pas à la définition neurologique, mais à un déconditionnement musculaire de fin de période postopératoire, compliqué d'une obésité. Les radiographies ne montrent aucune complication ». S'agissant de la capacité de travail, il a retenu que « L'activité de concierge est exigible à horaire plein. L'activité de coiffeuse à son propre domicile est exigible à l'horaire usuel de la profession. Justification: Ces deux professions respectent les limitations fonctionnelles retenues supra. Il convient d'insister sur le fait qu'il s'agit ici d'une spondylodèse lombosacrée par voie antérieure pure, sans instrumentation

postérieure, avec une discectomie réalisée par voie microchirurgicale, et à équilibre sagittal parfaitement reconstruit. A l'inverse des spondylodèses lombaires pures, surtout de type postérolatéral, on peut dire, de façon simplifiée, que dans le cas présent, la chirurgie ne modifie que peu les rapports anatomiques. Les limitations fonctionnelles sont donc moindres, se cantonnant à la classe 2 ». Les limitations fonctionnelles de classe 2 consistent à: « éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquent de: travailler en position accroupie; ramper, grimper; effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire; subir de vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale (provoquées par du matériel roulant sans suspension par exemple); soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 à 15 kg; effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude; monter fréquemment plusieurs escaliers; marcher en terrain accidenté ou glissant ». Le Dr G. _____ a ainsi conclu à une capacité de travail entière dans les activités habituelles, avec toutefois une diminution de rendement de 10% et une adaptation du poste de travail (siège spécial) pour l'activité de coiffeuse. Il a souligné qu'une incapacité de travail totale était justifiée médicalement du 13 mai 2013 (date de la 1ère microdiscectomie L5/S1) au 13 août 2013 (date de fin de convalescence), du 5 février 2014 (date de la 2ème microdiscectomie) au 5 mai 2014 (date de fin de convalescence) et du 5 janvier 2015 (date de la spondylodèse) au 5 mai 2015 (date de fin de convalescence). L'expert a encore précisé que « en dehors de ces périodes de temps, il convient de distinguer 2 cas. 1er cas, respect des limitations fonctionnelles énumérées: il n'existe pas d'incapacité de travail de 20% au moins justifiée médicalement du 13 août 2013 au jour de l'expertise; 2ème cas, non-respect des limitations fonctionnelles énumérées: il existe une incapacité de travail de 20% au moins justifiée médicalement du 13 août 2013 au jour de l'expertise » (dossier AI pce p. 238 à 267; cf. également pce 9 de la recourante).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 - La prise de position du 14 avril 2015 du Dr F. _____, du SMR, qui a estimé que le rapport d'expertise orthopédique remplissait toutes les exigences de qualité requises et dénotait une excellente connaissance du dossier de l'expertisée. Il a retenu de l'expertise que les interventions chirurgicales effectuées ne modifieraient pas les rapports anatomiques et statiques-dynamiques de la colonne vertébrale et n'engendraient que des limitations fonctionnelles limitées. Il a ainsi fait siennes les conclusions de l'expert et considéré qu'hormis les périodes de convalescence liées à chaque opération (4 mois), la capacité de travail de l'assurée était totale sans diminution de rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (dossier AI pce p. 268 s.). - Le courriel du 18 juillet 2015 du Dr D. _____, qui, s'inscrivant en faux contre les conclusions du Dr G. _____ qu'il qualifie de théoriques, a précisé que sa patiente était toujours en arrêt de travail (dossier AI pce p. 313; cf. également pce 14 de la recourante). - Le courrier du 1er août 2015 du Dr G. _____, qui a renvoyé aux conclusions de son expertise (dossier AI pce p. 314 s.). - Les certificats médicaux du Dr D. _____ et du Dr E. _____, déclarant leur patiente incapable de travailler à 100% du 8 avril 2013 au 31 octobre 2015 et à 90% depuis lors (dossier AI pces p. 100 à 103, 150, 290 à 309; cf. également pces 4, 6, 8, 15 et 16 de la recourante; cf. encore d'autres certificats d'incapacité de travail d'auteurs inconnus, dossier AI pce p. 100, 309 et pce 4 de la recourante). Les pièces médicales suivantes ont encore été déposées aux actes, postérieurement à la décision attaquée: - Le rapport médical du 21 janvier 2016 du Dr D. _____, qui a nouvellement diagnostiqué une hernie discale L3-4 droite extraforaminale (pce 17 de la recourante). - Le

protocole opératoire du 10 février 2016 du Dr D. _____ relatif à une microdissectomie L3-4 droite par voie transmusculaire le 10 février 2016 (pce 18 de la recourante). - Le rapport médical du 15 février 2016 du Dr D. _____, qui a fait état de suites postopératoires simples et afébriles (pce 19 de la recourante). - Le rapport médical du 17 mars 2016 du Dr D. _____, qui a fait état d'une évolution très satisfaisante (pce 20 de la recourante). c) Dans la présente occurrence, les incapacités de travail antérieures sur lesquelles portait la décision du 19 avril 2013 étaient fondées sur des motifs d'ordre psychique exclusivement. Celles sur lesquelles porte la décision portée céans ont une origine strictement orthopédique, la recourante ne s'étant plus plainte d'aucun trouble psychique. Il convient dès lors seulement d'examiner si les atteintes orthopédiques nouvellement présentées par l'assurée justifient l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. aa) Dans un premier moyen, la recourante a fait valoir que l'expert ne s'était pas fondé sur un dossier complet, attendu qu'il n'avait pas eu connaissance de l'ensemble des certificats médicaux établis par ses médecins traitants, et que ses conclusions étaient équivoques. La Cour de céans considère, d'une part, que le rapport d'expertise en question a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et qu'il est fondé sur un dossier médical suffisamment complet. Elle partage en cela l'avis du Dr F. _____, du SMR, qui, dans sa prise de position du 14 avril 2015, a explicitement souligné que le rapport d'expertise orthopédique dénotait une excellente connaissance du dossier de l'expertisée: En effet, ainsi que cela ressort de son « analyse de la documentation à disposition », l'expert a examiné tous les rapports médicaux des

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 médecins traitants de l'assurée ainsi que la prise de position du SMR produits postérieurement à la nouvelle demande. Certes, tous les certificats d'incapacité de travail ne figuraient pas au dossier AI qui lui avait été transmis; l'ensemble de ces certificats n'a en effet été transmis par l'assurée à l'autorité intimée que dans le cadre de la procédure d'audition qui a suivi la notification du projet de décision, à savoir postérieurement à l'expertise. Au regard de l'argumentation médicale soutenue par l'expert – à savoir que les rapports anatomiques et statiques-dynamiques de la colonne vertébrale n'avaient pas été modifiés par les interventions chirurgicales effectuées et que l'assurée ne présentait donc que des limitations fonctionnelles limitées – il apparaît toutefois inconcevable que l'expert eusse modifié ses conclusions à cause de simples certificats d'incapacité de travail dépouillés de tout élément anamnestique et de toute argumentation. En tout état de cause, il ressort du rapport d'expertise querellé que le Dr G. _____ avait eu connaissance des certificats d'incapacité de travail totale des 15 avril 2013 (incapacité du 6 avril au 24 septembre 2013), 24 septembre 2013 (de durée indéterminée) et 13 novembre 2013 (du 13 novembre 2013 au 15 janvier 2014); ce qui ne l'a pas empêché d'exclure toute incapacité de travail hormis pour les périodes de convalescence postopératoire. La Cour de céans estime, d'autre part, que l'appréciation et les conclusions formulées par l'expert sollicité sont univoques et qu'elles ont été motivées à satisfaction de droit. A la question 2.5 intitulée « Depuis quand, au point de vue médical, y-a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? », l'expert a répondu: « Il existe une incapacité de travail totale justifiée médicalement: Du 13.05.13 [...] au 13.08.13 [...] Du 05.02.14 [...] au 05.05.14 [...] Du 05.01.15 [...] au 05.05.15 [...]. En dehors de ces périodes de temps, il convient de distinguer 2 cas. 1er cas, respect des limitations fonctionnelles énumérées: il n'existe pas d'incapacité de travail de 20% au moins justifiées médicalement du 13 août 2013 au jour de l'expertise; 2ème cas, non-respect des limitations fonctionnelles énumérées: il existe une incapacité de travail de 20% au moins justifiée

médicalement du 13 août 2013 au jour de l'expertise ». La recourante a fait valoir que cette formulation ne permettait pas de savoir lorsqu'elle présente une incapacité de travail de 20% au moins. Abstraction faite des périodes de convalescence, il convient certes d'admettre, avec la recourante, qu'à la lecture de ces conclusions on ne sait pas quand et de combien sera l'incapacité de travail dans une activité professionnelle qui ne respecte pas ses limitations fonctionnelles. Par contre, l'expert a par ce paragraphe clairement exposé – ainsi qu'il l'avait fait aux points 2.2 et 2.3 précédents – que, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues, l'assurée ne présente aucune incapacité de travail; or, cette question est la seule déterminante dans la présente cause en raison de l'obligation de diminuer le dommage incombant à l'assurée. Il a à l'évidence choisi de reformuler ses conclusions de cette manière, dans le but de reprendre le texte utilisé par l'intitulé de la question qui lui a été posée. L'argumentation de la recourante tombe donc à faux. C'est le lieu de relever, de surcroît, que la recourante a été personnellement reçue par le médecin, que ce dernier s'est fondé sur des examens médicaux complets pour rendre son appréciation médicale, que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude très fouillée, et que les plaintes exprimées par l'assurée ont été prises en considération. Le rapport d'expertise du 25 mars 2015 du Dr G._____ satisfait donc entièrement aux exigences définies par la jurisprudence. bb) Dans un second moyen, la recourante, en se fondant sur l'avis exprimé par le Dr D._____ dans un courriel daté du 18 juillet 2015, a soutenu que les conclusions de l'expert étaient purement théoriques.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 En réalité, pour conclure à une pleine capacité de travail de la recourante (hormis pour les périodes de convalescence), l'expert s'est fondé sur une analyse très pratique de la documentation médicale figurant au dossier ainsi que sur ses propres constatations médicales: Il a en effet constaté que l'évolution de la situation clinique de l'expertisée était excellente, avec un simple traitement par paracétamol, qu'il n'existait pas de syndrome radiculaire ou médullaire et que les hypoesthésies relevées ce jour ne constituaient pas un diagnostic invalidant. Il a, au demeurant, insisté sur le fait qu'une spondylodèse lombosacrée par voie antérieure pure avec une discectomie réalisée par voie microchirurgicale, à équilibre sagittal parfaitement reconstruit, avait été pratiquée dans le cas particulier, que ce type de chirurgie ne modifiait que peu les rapports anatomiques et que les limitations fonctionnelles étaient donc moindres et cantonnées à la classe 2 décrite. Le Dr F._____, du SMR, dans sa prise de position du 14 avril 2015, a d'ailleurs fait siennes l'appréciation et les conclusions de l'expert. La critique – par trop laconique – formulée par le Dr D._____ et la recourante ne résiste donc pas à l'examen. Le commentaire subjectif, dirigé a priori contre la personne de l'expert, fait par le Dr D._____ dans son certificat du 28 mai 2015, n'a aucune portée; il démontre au contraire un certain manque d'objectivité du médecin traitant de l'assurée. C'est le lieu de noter qu'il convient 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. Aucune autre critique n'a été formulée à l'encontre de l'appréciation médicale de l'expert. Les conclusions exprimées par Dr G._____ sont donc convaincantes. cc) Plusieurs pièces médicales ont été déposées postérieurement à l'expertise orthopédique. Il en ressort pour l'essentiel que, le 10 février 2016, la recourante a encore subi une microdiscectomie L3-4 droite par voie transmusculaire pour une hernie discale L3-4 droite extraforaminale. Elle n'a toutefois pas fait valoir que son état de santé se serait péjoré par rapport à la situation existant avant cette dernière opération. Dans ses rapports médicaux

des 15 février et 17 mars 2016, le Dr D. _____ a par ailleurs noté des suites postopératoires simples et afébriles ainsi qu'une évolution très satisfaisante; en tout état de cause, ces derniers documents, dans la mesure où ils portent sur des faits postérieurs à la décision attaquée, ne peuvent être pris en considération dans le cadre de la présente procédure (cf. ATF 121 V 366 consid. 1b et les références citées). Les pièces produites postérieurement à l'expertise n'ont donc pas vocation à modifier le sort du présent litige. dd) Les preuves figurant au dossier, constituées essentiellement de pièces médicales, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une nouvelle expertise, ainsi que l'a sollicité à titre subsidiaire la recourante (appréciation anticipée des preuves, cf. supra 2c). ee) En définitive, la Cour de céans retient que la recourante, hormis pour les périodes de convalescence (du 13 mai au 13 août 2013, du 5 février au 5 mai 2014 et du 5 janvier au 5 mai 2015), a disposé d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, à l'instar de ses activités habituelles de concierge et de coiffeuse (avec toutefois une diminution de rendement de 10% et une adaptation du poste de travail pour l'activité de coiffeuse). Elle n'a donc effectivement pas présenté d'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Aussi l'autorité intimée était-elle en droit de rejeter la demande de prestations de la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 5. a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils ne sont toutefois pas perçus dans la mesure où l'assistance judiciaire totale gratuite lui a été octroyée. b) Conformément aux art. 145 ss du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), sur le vu de la liste de frais produite le 11 janvier 2017 par Me Loup, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle ce dernier a droit à CHF 4'415.-, plus CHF 78.60 au titre de débours, plus CHF 359.50 au titre de la TVA à 8%, ainsi que requis. Cette indemnité totale de CHF 4'853.10 est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg et est directement versée au mandataire de la recourante. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge de A. _____. Ils ne sont toutefois pas perçus, A. _____ étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. III. L'indemnité allouée à Me Bernard Loup, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 4'415.-, plus un montant de CHF 78.60 au titre de débours, plus CHF 359.50 au titre de la TVA à 8%, soit à un total de CHF 4'853.10. Elle est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg et est directement versée à Me Bernard Loup. 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 14 février 2017/who Président Greffier-stagiaire

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