

FR_GERICHTE 608 2015 4 vom 28. November 2017

FR Kantonsgericht, 2017-11-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_4

FR: FR_GERICHTE 608 2015 4 du 28 novembre 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2015 4 del 28 novembre 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 10

juin 2014, elle a bénéficié d'une deuxième mesure d'intervention précoce consistant en un outplacement au CEPAI du 2 juin au 2 septembre 2014. Par décision du 4 décembre 2014, l'OAI a refusé de lui octroyer une rente d'invalidité, retenant qu'elle présentait une capacité de travail de 100 %, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée dans le domaine de la bureautique, de la logistique ou de l'industrie légère. B. Contre cette décision, A._____ interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 6 janvier 2015, concluant implicitement à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, elle conteste le fait qu'elle puisse travailler à 100 %, en soulignant qu'elle a déjà de la peine à effectuer un 50 % auprès du CIS. En outre, elle relève notamment que son état de santé s'est dégradé (nouvelles atteintes consistant en une ostéophytose et une hypertension) et qu'elle a demandé un suivi psychiatrique. Le 5 février 2015, elle a versé une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 12 mars 2015, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Elle se réfère aux expertises rhumatologique (rapport du 20 mai 2013 du Dr C._____) et psychiatrique (rapport du 10 août 2013 du Dr D._____) qui avaient été mandatées par l'assureur perte de gain et qui attestent d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Elle souligne en outre que les rapports du médecin traitant et du CEPAI, lesquels retiennent une capacité de travail de 50 %, tiennent compte de diagnostics qui ne sont pas invalidants au sens de l'assurance- invalidité (en particulier la fibromyalgie). Le 3 juin 2015, la recourante, désormais représentée par Me Charles Guerry, avocat, dépose ses contre-observations, précisant qu'elle conclut, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Elle relève que l'expertise psychiatrique sur laquelle s'est basé l'OAI ne peut pas avoir de valeur probante, faute notamment de se fonder sur une étude fouillée et une anamnèse effectuée dans les règles de l'art, et qu'il faut se référer au rapport de son psychiatre traitant qui diagnostique un grave état anxio-dépressif ayant débouché sur une modification de la personnalité, ce qui constitue une comorbidité psychiatrique importante propre à porter atteinte à sa capacité de travail. Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 Dans ses ultimes remarques du 17 août 2015, l'autorité intimée indique qu'elle n'a pas de remarques particulières à formuler et qu'elle maintient ses conclusions exprimées lors du précédent échange d'écritures. Le 1er septembre 2015, la Bâloise-Fondation collective pour la prévoyance professionnelle obligatoire, à qui la décision attaquée avait également été

notifiée, a été appelée en cause en tant que fonds LPP intéressé. Dans un courrier du 17 septembre 2015, cette dernière a indiqué qu'elle renonçait à une prise de position dans ce dossier. Le 15 septembre 2016, la recourante produit un rapport d'expertise psychiatrique établie le

E. 15

décembre 2015 par le Dr E. _____, lequel retient les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité émotionnellement labile type borderline, de personnalité narcissique et de personnalité anankastique (F61.0) ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et atteste d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Elle souligne que ce rapport, au contraire de celui du Dr D. _____, tient compte de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux et qu'il doit donc être suivi. Elle conclut dès lors, principalement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Dans sa détermination du 4 novembre 2016, l'autorité intimée se réfère à l'avis du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR) auquel le rapport d'expertise privée a été soumis et maintient ses conclusions. Le 28 novembre 2016, la recourante campe sur sa position. Elle relève en particulier que le médecin du SMR n'est pas spécialiste en psychiatrie et que son avis a donc moins de poids que celui de l'expert-psychiatre. Dans le cadre de l'instruction de la cause, le Bureau d'expertises médicales (ci-après: BEM) a été mandaté pour effectuer une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie). Les experts ont rendu leur rapport en date du 21 juillet 2017. Comme diagnostics avec une répercussion sur la capacité de travail, ils retiennent un épisode dépressif moyen à sévère dans le cadre d'un probable trouble dépressif récurrent (F33.1-2) et un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31). Ils concluent que la recourante présente une incapacité de travail de 50 % depuis mai 2015. Dans sa détermination du 31 août 2017, l'autorité intimée se réfère à l'avis du 28 août 2017 de son médecin SMR. Elle souligne qu'il ressort de l'expertise que l'état de santé de l'assurée n'est pas stabilisé et que le médecin SMR escompte une possible amélioration du trouble dépressif d'ici 6 à 12 mois sous traitement et prise en charge adéquats. En outre, elle relève que, selon l'expert-psychiatre, l'incapacité de travail médicalement justifiée a débuté en mai 2015, de sorte que des éventuelles prestations de l'assurance-invalidité ne devraient être versées qu'à partir de mai 2016, mais que le médecin SMR est d'avis qu'on devrait plutôt retenir une date postérieure, soit la fin de l'année 2015 au moment où l'un des fils de l'assurée a été emprisonné. La recourante s'est quant à elle déterminée le 19 octobre 2017 et estime, sur la base de plusieurs rapports médicaux et du rapport du CEPAI, qu'elle présente une incapacité de travail de 50 % au moins depuis le début du mois de janvier 2013. Elle souligne que les experts du BEM ont d'ailleurs relevé qu'il paraît vraisemblable qu'elle ait présenté un voire plusieurs épisodes dépressifs auparavant et que l'absence d'anamnèse systématique dans le rapport du Dr D. _____ ne Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 permet pas d'exclure la présence d'un trouble dépressif en 2013 déjà. Elle conclut ainsi que, dans la mesure où elle a déposé sa demande de prestations AI le 21 mai 2013, elle a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er janvier 2014. Le 26 octobre 2017, la Bâloise-Fondation collective pour la prévoyance professionnelle obligatoire, en tant que fonds LPP intéressé, a reçu, pour son information, une copie de l'échange d'écritures qui s'est poursuivi après son appel en cause. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des

arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de 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. 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. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 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 *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits

structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. 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). Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 c) D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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). 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). 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 Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8).

3. Est en l'espèce litigieuse la question de la capacité résiduelle de travail de la recourante, laquelle relève d'une appréciation médicale de sa situation.

a) Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'autorité intimée s'est basée sur les rapports d'expertise qui avaient été mandatés par l'assureur perte de gain de la recourante ainsi que sur l'avis du médecin du Service médical régional pour les Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR). Ainsi, dans son rapport du 20 mai 2013 (Dossier OAI, p. 103), le Dr C._____, spécialiste FMH en rhumatologie, retient les diagnostics de syndrome lombovertébral et lombospondylogène chronique, état de déconditionnement physique et dysbalance musculaire ainsi que fibromyalgie. Il considère que l'ancienne activité de vendeuse/caissière n'est plus exigible, mais que, dans une activité adaptée de secrétariat, sa capacité de travail est entière sans diminution de rendement. Il précise en outre que les possibilités thérapeutiques ne sont pas épuisées: "La patiente doit prendre en charge son mal (ses troubles rachidiens et sa fibromyalgie) dans le sens qu'elle devrait prendre des médicaments, suivre éventuellement des traitements cognitivo-comportementaux et surtout faire de la gymnastique active. Je propose au

médecin traitant qu'il prescrive ces traitements et surtout de la physiothérapie à but de réentraînement physique et de correction de dysbalance musculaire". Pour sa part, le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pose le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) dans son rapport du 10 juillet 2013 (Dossier OAI, p. 156). Passant en revue les critères de Forster, il considère que deux d'entre eux sont remplis (affections corporelles chroniques et processus malades s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable), mais que ceux-ci ne revêtent pas une intensité suffisante pour diminuer la capacité de travail, surtout en l'absence d'une comorbidité psychiatrique. Il estime en outre qu'un suivi et/ou un traitement médicamenteux psychiatriques ne sont pas nécessaires. Sur la base de ces deux rapports d'expertise, le Dr F._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, auprès du SMR, conclut, dans son rapport du 9 avril 2014 (Dossier OAI, p. 174) que l'assurée présente une fibromyalgie depuis quinze ans qui ne l'a pas empêchée de travailler et un syndrome lombovertébral et lombospondylogène justifiant quelques limitations fonctionnelles et permettant une capacité de travail entière dans toute activité adaptée. Il relève que l'avis du médecin traitant, la Dresse G._____, médecin généraliste, laquelle retient, dans son rapport du 2 avril 2014 (Dossier OAI, p. 171), une capacité de 50 % dans une activité adaptée, ne peut pas être suivie, car cette dernière tient compte de la fibromyalgie comme diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail. Le dossier médical contient également un rapport du 7 février 2014 (Dossier OAI, p. 159) du Dr H._____, spécialiste FMH en rhumatologie, selon lequel la situation de la patiente semble s'être améliorée petit à petit depuis la fin de son activité professionnelle puisqu'à passablement de localisations, elle décrivait des douleurs passées qui ne sont plus présentes actuellement. En outre, dans un rapport du 18 mars 2014 (Dossier OAI, p. 162), la Dresse I._____, spécialiste FMH en neurologie, ne constate aucune atteinte neurologique. Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Suite aux objections de l'assurée, l'autorité intimée a demandé un nouveau rapport médical au médecin traitant. Dans son rapport du 8 octobre 2014 (Dossier OAI, p. 244), la Dresse G._____ confirme les diagnostics déjà posés et maintient que l'assurée ne peut travailler qu'à 50 % (4 heures par jour) dans une activité de bureau. Cela n'a toutefois pas changé l'avis du médecin SMR qui campe sur sa position dans un rapport du 19 novembre 2014 (Dossier OAI, p. 246), en relevant qu'il n'y a aucun fait nouveau et que ses conclusions, basées sur deux expertises récentes et probantes, demeurent valides. Dans le cadre de la présente procédure, la recourante indique qu'au début de l'année 2015, elle a demandé un suivi psychiatrique pour l'aider à faire face à ses difficultés. Dans son rapport du

E. 18

mai 2015, le Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.1/F33.2) et de troubles mixtes de la personnalité de type anxieux, anankastique, émotionnellement labile (F61), en sus du trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il précise que ces atteintes psychiques réduisent la capacité de travail de la patiente. Il estime que la situation psychique s'est modifiée depuis le rapport d'expertise du Dr D._____, dont il conteste la valeur probante en relevant en particulier une anamnèse lacunaire s'agissant des problèmes rencontrés durant son enfance, dans ses relations sentimentales et suite à sa fausse couche. La recourante produit en outre une expertise psychiatrique privée. Dans son rapport du 15 décembre 2015, le Dr E._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, retient les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité émotionnellement labile type borderline, de personnalité narcissique et de

personnalité anankastique (F61.0) ainsi que de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il explique qu'il ne pose pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent car il considère que les troubles de l'humeur de l'expertisée sont en lien avec le trouble de la personnalité dont elle souffre. Il souligne que la patiente présente depuis plus de quinze ans une fibromyalgie ou un syndrome douloureux somatoforme persistant et que le trouble de la personnalité s'est manifesté dès la fin de l'adolescence, sans que ceux-ci ne l'empêchent de travailler durant de nombreuses années, mais que les mécanismes sur lesquels elle a pu s'appuyer (volonté farouche, négation de ses propres besoins, besoin de montrer qu'elle peut s'en sortir toute seule sans l'aide de personne) ne sont plus suffisants pour juguler les affects dépressifs et la souffrance psychique niée jusqu'à aujourd'hui. Il indique que les limitations fonctionnelles qu'elle présente (fatigabilité, irritabilité, léger ralentissement, anxiété flottante) diminuent sa capacité de travail de manière globale. Enfin, il considère que sa dernière activité en qualité de vendeuse-caissière n'est plus exigible et que, dans une activité adaptée de secrétariat, elle peut travailler à 50 % avec un rendement normal. b) Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans a estimé qu'une expertise médicale judiciaire était nécessaire. En effet, les avis des Dr C. _____ et D. _____, lesquels retiennent une pleine capacité de travail, et celui du Dr E. _____ qui conclut à une incapacité de travail de 50 %, sont contradictoires et il n'était pas possible de trancher sans avoir l'avis d'un troisième expert. Un mandat a donc été donné au BEM pour mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie. Dans leur rapport du 21 juillet 2017, la Dresse K. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et le Dr L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, retiennent les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère dans le cadre d'un probable trouble dépressif récurrent (F33.1-2) ainsi qu'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) comme diagnostics ayant une répercussion Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 sur la capacité de travail et concluent à une incapacité de travail de 50 % dans toute activité depuis mai 2015. Comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, ils posent les diagnostics de syndrome fibromyalgique (M79.0), perte pondérale (R63.4) dans le contexte d'une hypothyroïdie vraisemblablement sur-substituée (E03.8), dyslipidémie (E78.0), stérilité secondaire (N97.9), état dentaire défectueux (R46.0), allergie à la pénicilline et aux macrolides (T88.7), trouble de la réfraction (H52.7), œil sec (anamnestique), status après pyélonéphrites et dépendance au tabac (F17.26). Sur le plan somatique, l'experte-rhumatologue indique qu'il n'y a pas d'explication à l'incapacité durable au terme du présent bilan. Il n'y a pas de limitation fonctionnelle pour une activité telle que son ancienne activité de secrétaire dans une entreprise de transports. La sédentarité et le déconditionnement de l'assurée ne permettent pas de poser de limitation pour un travail sédentaire et la perte pondérale en soi, sans autre signal d'appel, avec un IMC restant normal, ne justifie pas d'incapacité de travail plus grande. Elle considère en outre que son expertise est superposable à celle du Dr C. _____. Elle précise que la situation est stationnaire sur le plan de l'appareil locomoteur avec des critères qui restent présents pour la fibromyalgie sans autre signe d'appel pour un rhumatisme inflammatoire, sans poussée congestive pour évoquer des arthroses évolutives, ni pour un rhumatisme micro-cristallin et qu'elle s'accorde en tous points à l'appréciation du Dr C. _____ concernant la capacité de travail totale de l'expertisée. Sur le plan psychique, l'expert-psychiatre explique clairement pourquoi il pose les diagnostics susmentionnés et motive de façon convaincante ses divergences d'appréciation avec le psychiatre traitant et les deux autres expert-psychiatres. Ainsi, il

relève que le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) est aussi retenu par le Dr J. _____, psychiatre traitant, et par le Dr E. _____, expert-psychiatre privé. Ces deux médecins mentionnent également d'autres traits de personnalité (traits anxieux, anankastiques et paranoïaques pour le premier et traits narcissiques et anankastiques pour le second). A ce sujet, l'expert estime que, même si certains éléments de ces traits de personnalité sont présents, il n'y a pas d'évidence qu'ils aient été constamment présents durant la vie adulte de l'expertisée, ni qu'ils aient été à l'origine de problèmes émotionnels ou relationnels majeurs comme l'ont été les traits borderline, raison pour laquelle il ne les retient pas. Il indique que, contrairement aux trois autres médecins spécialistes, il ne pose pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, car il manque actuellement l'existence de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux graves pouvant être considérés comme la "cause" des douleurs. Par contre, il relève que l'experte- rhumatologue retient le diagnostic de fibromyalgie, mais que celui-ci n'est pas invalidant. S'agissant du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.1-2), il souligne la présence de nombreux éléments dépressifs subjectifs, tels que baisse de l'humeur, de l'énergie, des intérêts, de l'appétit de la libido, de l'attention, idéation suicidaire, culpabilité, repli social, présence du "syndrome somatique de la dépression", ainsi que de signes objectifs de la dépression comme une tristesse visible et constante, un manque de vivacité motrice, vocale et intellectuelle, une auto-négligence (apparence, hygiène corporelle). Pour justifier le caractère récurrent, il estime qu'il paraît vraisemblable que l'expertisée ait déjà présenté un voire plusieurs épisodes dépressifs auparavant, notamment dans le cadre du conflit conjugal autour de 2001 et de la crise des années 2009-2010. Il précise que ce diagnostic est également posé par le Dr J. _____. Par contre, le Dr E. _____ considère que les éléments dépressifs et anxieux sont à mettre sur le compte du trouble de la personnalité, avis qu'il ne partage pas au vu des nombreux éléments dépressifs objectifs et subjectifs relatés ci-dessus. Concernant l'expertise du Dr D. _____, il l'écarte de façon générale car elle n'incluait pas d'anamnèse systématique et Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 retenait, de façon erronée, que, dans l'ensemble, l'expertisée avait eu une jeunesse et un parcours de vie sans histoire. S'agissant de la capacité de travail, le Dr L. _____ retient que le trouble dépressif diminue l'énergie disponible, la motivation et la capacité de se projeter dans l'avenir et d'entreprendre et que la perte de poids due au syndrome dépressif aggrave la diminution de l'énergie. Il ajoute que le trouble de la personnalité n'est pas durablement incapacitant mais qu'il constitue un facteur aggravant, tout comme la fibromyalgie qui est un facteur de renforcement des limitations d'ordre dépressif en minant le moral et en aggravant la perception négative et pessimiste des choses. Il conclut ainsi que ces éléments justifient actuellement une incapacité de travail de 50 % et fait remonter le début de celle-ci à mai 2015, moment où le Dr J. _____ diagnostiquait, sur la base d'une description clinique précise, une aggravation par rapport à l'état décrit en 2013 par le Dr D. _____. Il relève enfin qu'en décembre 2015, le Dr E. _____ retenait également une incapacité de travail de 50 % et que les éléments anamnestiques récents (incarcération et conversion à l'islam de son fils cadet) ont contribué à renforcer les émotions dépressives et anxieuses, sans toutefois modifier radicalement le tableau clinique. c) La Cour de céans fonde son jugement sur cette expertise judiciaire qui a précisément été diligentée pour départager les avis des différents experts qui s'étaient déjà prononcés et qui a, par la suite, été soumise aux parties, lesquelles n'ont formulé ni questions complémentaires ni critiques fondamentales à son égard. L'Instance de céans estime en effet que cette expertise judiciaire remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui

reconnaître une pleine valeur probante. Elle a été établie par des spécialistes reconnus, qui se sont prononcés en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier. Elle tient en outre compte des plaintes exprimées par l'expertisée, se fonde sur des examens complets et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Enfin, les conclusions des experts sont convaincantes et dûment motivées. La seule question qui est encore litigieuse entre les parties est celle de savoir à quelle date une incapacité de travail de 50 % pour des raisons psychiques doit être admise. Le médecin SMR lui-même considère, dans son rapport du 28 août 2017, que, "sur le fond médical, les diagnostics retenus par les experts sont cohérents avec les données cliniques et anamnestiques rapportées, qui sont détaillées et précises. Ils correspondent aux critères de la CIM-10. L'expert psychiatre motive ses divergences d'appréciation avec les psychiatres qui ont examiné ou traité l'assurée précédemment. Les arguments médicaux développés sont convaincants. Le principal facteur actuel d'incapacité de travail est le trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen à sévère. Compte tenu des symptômes décrits, une incapacité de travail de 50%, telle qu'attestée par l'expert psychiatre, est médicalement cohérente". S'agissant du début de l'incapacité de travail, il estime en revanche que mai 2015 est plausible, mais qu'on pourrait aussi retenir la fin de l'année 2015 qui a été marquée par l'incarcération du fils cadet de l'assurée. Dans sa détermination du 31 août 2017, l'autorité intimée en a conclu que la fin de l'année 2015 serait plus pertinente comme date à retenir pour le début de l'incapacité de travail. Or, ce n'est pas ce qu'a dit le médecin SMR, lequel s'est contenté d'évoquer cette autre date, tout en reconnaissant que mai 2015 était également plausible. Il n'y a donc pas de raison de s'écarter de l'opinion des experts judiciaires pour se fier au médecin SMR qui n'a au demeurant jamais examiné l'assurée. Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Les éléments relevés par la recourante à l'appui de sa détermination du 19 octobre 2017, dans laquelle elle considère que son incapacité de travail de 50 % remonte déjà au début de l'année 2013, ne permettent pas non plus de remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire. En effet, les certificats émanant de la Dresse G._____ ne font qu'attester des incapacités de travail sans se prononcer sur la ou les causes de ceux-ci. D'autre part, les rapports du Dr M._____, médecin généraliste, du 18 mars et du 15 août 2013, sur la base desquels l'assureur perte de gain a versé des indemnités journalières, justifient l'incapacité de travail par la fibromyalgie, alors que l'ensemble des experts confirment que celle-ci n'est pas invalidante, de sorte que ces rapports ne peuvent pas être retenus. Enfin, le rapport du 28 février 2013 du service des urgences de l'Hôpital fribourgeois, HFR Fribourg, constate un trouble de l'état de conscience lors d'une éthyliation aiguë. Or, il s'agit d'un épisode ponctuel, lors duquel la recourante a expliqué qu'elle avait reçu de mauvaises nouvelles concernant ses troubles de la fertilité, raison pour laquelle elle avait consommé de l'alcool. Le médecin qui l'a examinée a certes évoqué un possible état dépressif et lui a proposé de prendre contact avec un psychiatre. Toutefois, la recourante n'y donnera pas directement suite et ce n'est qu'au début de l'année 2015 qu'elle ressentira le besoin d'un suivi psychiatrique. Au vu de l'ensemble des éléments susmentionnés, la Cour de céans est d'avis qu'elle peut entièrement se baser sur l'expertise judiciaire pour trancher le présent litige. Les conclusions des experts, qui retiennent une incapacité de travail de 50 % dans toute activité, sont convaincantes, ce que reconnaît le médecin SMR. En outre, cette appréciation correspond à l'avis des Dr J._____ et E._____. S'agissant du début de l'incapacité de travail, il faut également suivre l'avis des experts judiciaires et retenir la date de mai 2015. En effet, d'une part, la recourante n'a commencé un traitement psychiatrique qu'à partir du début de l'année 2015 et, d'autre part,

c'est à cette date que les diagnostics des troubles psychiques justifiant l'incapacité de travail ont été clairement posés et médicalement documentés. Compte tenu de ce qui précède, il faut conclure qu'au moment de la décision litigieuse du 4 décembre 2014, la recourante ne présentait pas d'incapacité de travail médicalement justifiée, de sorte qu'elle ne pouvait pas prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité. Il en résulte que le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. En revanche, l'expertise judiciaire ayant clairement retenu qu'une incapacité de travail de 50 % existait depuis mai 2015, il incombe à l'autorité intimée de se prononcer sur le droit à la rente pour la période postérieure à la décision litigieuse. Compte tenu de l'issue du litige, les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 28 novembre 2017/meg Président
Greffière-rapporteure

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