

FR_GERICHTE 608 2016 117 vom 25. Juli 2017

FR Kantonsgericht, 2017-07-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_117

FR: FR_GERICHTE 608 2016 117 du 25 juillet 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 117 del 25 luglio 2017

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

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités), les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités).

E. 3

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). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente;

lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 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 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 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) 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). d) Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est

pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récuser, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés. Le fait que l'expert a déjà eu à se prononcer au cours d'une procédure dans laquelle une des parties était impliquée n'exclut pas sa nomination en qualité d'expert. La jurisprudence exige cependant que l'issue de la cause ne soit pas prédéterminée, mais qu'elle demeure au contraire indéterminée quant à la constatation des faits et à la résolution des questions juridiques (arrêt TF 9C_689/2012 du 6 juin 2013 consid. 2.2 et les références citées). e) 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 – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8).

E. 4

Est en l'espèce litigieuse la question du droit de la recourante à une rente d'invalidité et en particulier de la capacité de travail de cette dernière, laquelle relève d'une appréciation médicale de sa situation. a) La Cour de céans relève tout d'abord que le dossier ne contient pas moins de quatre expertises médicales, deux mandatées par l'assureur perte de gain de la recourante et deux par l'autorité intimée, et qu'elles sont toutes concordantes. Du point de vue somatique, le Dr C. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a examiné la recourante à deux reprises. Dans son expertise du 1er février 2013 (dossier OAI, p. 124), il pose le diagnostic, avec incidence sur la capacité de travail, de lombopyralgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire au décours sur discopathie L4-L5 et L5-S1 modérée et status post cure de hernie discale le 26 novembre 2011 non récidivante. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il retient un status post appendicectomie en 1976. L'expert conclut que, dans son activité antérieure d'ouvrière dans une usine d'emballages de produits médicaux, qui est déjà une activité adaptée (absence de port de charge supérieure à 5-10 kg, absence de mouvement en porte-à-faux répétitif et possibilité d'alternance de positions), la capacité de travail peut être estimée à 60 % à augmenter de 20 % par mois. Il précise qu'une reprise de son activité professionnelle est une mesure thérapeutique afin d'éviter une cristallisation de la situation, raison pour laquelle une

augmentation de sa capacité de travail de 20 % par mois peut raisonnablement être exigée jusqu'à 100 %. A l'examen, il note "la présence d'un syndrome lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif avec une hypo-sensibilité superficielle de tout le MID et de l'hémi-tronc G, de manière diffuse, ne respectant pas de dermatome. L'examen articulaire est rassurant, il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite. A noter qu'il n'y a pas de signe

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 parlant en faveur d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, il n'y a pas de douleurs insertionnelles ou de signe de non organicité". Dans son expertise du 27 avril 2015 (dossier OAI, p. 77), les diagnostics sont les mêmes, auxquels s'ajoute un syndrome douloureux amplifié et chronifié sans explication somatique qui est considéré comme non incapacitant. S'agissant de l'exigibilité, il retient que, dans son activité antérieure d'ouvrière dans une usine de produits médicaux, estimant qu'elle devait effectuer des ports de charge en porte-à-faux supérieurs à 1 kg, sa capacité de travail peut être estimée à 80 %. Dans une activité totalement adaptée, en limitant le port de charge en porte-à-faux avec long bras de levier et en alternant les positions assise et debout, il considère que la recourante peut travailler à 100 %. Il précise que l'impotence fonctionnelle réside certes dans la présence d'une très minime discopathie lombaire basse mais surtout dans le vécu douloureux chronique qui s'est cristallisé avec extension en tache d'huile. Il conclut, du point de vue bi-disciplinaire, qu'après discussion avec le Dr D. _____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée est de 80 % dans son activité habituelle et 100 % dans une activité adaptée. Il souligne que, par rapport à l'expertise du 1er février 2013, il n'y a pas d'élément pouvant justifier une péjoration et que, vu qu'il n'y a pas de composante psychiatrique, seule la composante sociale est susceptible d'expliquer l'impossibilité à augmenter sa capacité de travail. Du point de vue psychiatrique, le Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise en date du 26 novembre 2012 (dossier OAI, p. 160). Il pose le diagnostic non incapacitant de dysthymie (F34.1) et indique que son examen n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Il conclut donc que l'examen psychiatrique du 20 novembre 2012 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une incapacité de travail. Dans son rapport d'expertise du 2 juillet 2015 (dossier OAI, p. 49), le Dr D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pose les diagnostics d'épisode dépressif majeur de gravité légère, avec quelques éléments d'amplification (dd: dysthymie), trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique et une personnalité avec des traits histrioniques. Il considère que ceux-ci correspondent à ceux retenus par l'expert E. _____ dans son rapport du 26 novembre 2012. Il conclut ainsi que, dans une activité simple d'ouvrière, où elle peut s'asseoir et se lever à volonté, l'assurée dispose des compétences tant intellectuelles qu'adaptatives théoriques de pouvoir s'y soumettre à temps complet et sans baisse de rendement, en concordance avec l'appréciation du Dr E. _____. La Cour de céans constate que ces quatre expertises se fondent sur des examens complets, prennent en considération les plaintes exprimées par l'assurée et ont été établies en pleine connaissance de l'anamnèse. En outre, chacune d'elles décrit précisément le contexte médical et donne une appréciation claire de la situation médicale. Enfin, leurs conclusions sont dûment motivées et convaincantes. b) Les reproches formulés par la recourante concernant le manque d'impartialité du Dr C. _____ ne sont pas fondés. En

effet, conformément à la jurisprudence précitée, le seul fait que ce médecin se soit déjà prononcé comme expert mandaté par l'assureur perte de gain n'est pas suffisant pour retenir qu'il ne serait pas impartial. Pour être considéré comme prévenu, il faut que l'expert ait pris position au sujet de certaines questions de telle manière qu'il ne semble plus

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 exempt de préjugés, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Dans sa deuxième expertise, l'expert a repris l'anamnèse depuis le début, a pris en considération les nouvelles plaintes de l'assurée et a tenu compte de l'évolution de la situation. Il a également effectué des examens radiologiques complémentaires, lesquels n'ont pas permis d'objectiver les nouvelles plaintes. En outre, il précise que, depuis la première expertise, la situation s'est cristallisée et relève par exemple la présence de 5/5 signes de non organicité de Waddell qui n'étaient pas du tout présents auparavant. Il explique aussi que la diminution de la capacité de travail exigible dans son ancienne activité est due au fait que la recourante a indiqué, lors de la deuxième expertise, qu'elle devait effectuer des ports de charge en porte-à-faux, ce qui n'avait pas été retenu au moment de la première expertise. Tous ces éléments démontrent ainsi que l'expert n'était pas focalisé sur un point de vue avant d'effectuer la deuxième expertise. S'agissant enfin de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert indique à plusieurs reprises une capacité de 100 % sans diminution de rendement (cf. rapport d'expertise du 27 avril 2015 p. 9 et 11), ce qui est également repris dans l'expertise psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 2 juillet 2015, p. 22, 24 et 26). Il fait mention d'une diminution de rendement de 10 % uniquement sous les remarques en page 12 et ne donne aucune explication à ce sujet. Il semble donc qu'il s'agisse d'une inadvertance dont on ne doit pas tenir compte. Les griefs avancés par la recourante à ce sujet ne sont donc pas non plus fondés. c) Sur le plan psychiatrique, les deux experts parviennent aux mêmes conclusions. Ils retiennent, d'une part, une dysthymie ou épisode dépressif de gravité légère et, d'autre part, un trouble somatoforme douloureux qui n'est pas incapacitant. A cet égard, on ne peut pas suivre l'autorité intimée qui considère, dans ses observations, que les experts ne retiennent pas ce dernier diagnostic. En effet, le Dr D._____ pose clairement le diagnostic de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, lequel est une sous-catégorie du trouble somatoforme douloureux. Pour sa part, le Dr E._____ ne le mentionne certes pas dans son rapport d'expertise sous le titre "Diagnostics", mais le retient par la suite et en fait l'analyse complète. Pour nier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, les experts ont effectivement appliqué les anciens critères de Forster. Cependant, les éléments issus de leurs rapports d'expertise permettent une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des exigences relatives au diagnostic et aux indicateurs déterminants issues de la nouvelle jurisprudence. En effet, en ce qui concerne les indicateurs "atteinte à la santé" et "personnalité", le Dr E._____ souligne que, dans le tableau clinique, il manque l'intensité des plaintes et la détresse. Il relève également des traits de personnalité histrionique, avec dramatisation, théâtralisme, affectivité superficielle, tendance à être facilement blessée, désir permanent d'occuper la scène. Pour sa part, le Dr D._____ fait les mêmes constatations. Il décrit l'expertisée comme très démonstrative, faisant beaucoup d'effets de théâtre, tant par son comportement que par un discours souvent excessif. Il relève que le rôle de malade est surinvesti, car celui-ci lui permet de véhiculer une profonde charge agressive vis-à-vis de son entourage, tout comme d'ailleurs à l'égard des médecins placés face à leur impuissance thérapeutique. Il évoque ainsi également des traits de personnalité de type histrionique qui expliquent la coloration particulière du tableau clinique, marqué par la dramatisation. Les deux experts

excluent cependant un trouble de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Pour sa part, l'expert-rhumatologue met aussi en évidence une discordance entre les plaintes, l'impotence fonctionnelle de l'assurée dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle et les examens cliniques et para-cliniques effectués. En outre, on ne peut pas retenir une résistance au traitement, puisqu'au

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 niveau psychique, la recourante n'a jamais été suivie et ne l'est toujours pas à la date de la décision querellée. A cet égard, le Dr D. _____ mentionne qu'un suivi psychothérapeutique ne saurait lui être imposé en l'absence de demande motivée en ce sens. Sur le plan somatique, l'expert-rhumatologue indique que des options thérapeutiques, telles qu'une ceinture lombaire ou une prise en charge médicamenteuse de type tricyclique, pourraient encore être proposées, de sorte que, sur ce plan également, une résistance au traitement doit être exclue. S'agissant de l'indicateur "contexte social", il ressort du dossier que, malgré des difficultés conjugales, la recourante est entourée par ses enfants et a de très bons contacts avec ses frères et sœurs vivant en Suisse et en France. Sa fille aînée l'aide et s'occupe de toutes les tâches domestiques. En outre, selon le Dr E. _____, l'assurée déclare des amitiés et connaissances qu'elle rencontre régulièrement. Enfin, dans le cadre de l'expertise du Dr D. _____, l'assurée indique qu'elle a des activités et des liens familiaux qui lui apportent toujours de la satisfaction. On doit donc conclure qu'elle possède certaines ressources mobilisables au sens de la jurisprudence. Enfin, au niveau de l'indicateur "cohérence", le Dr D. _____ souligne que la douleur paraît avoir "une fonction et un agir de manière assez différente suivant les moments et les interlocuteurs". A cet égard, on peut relever les comportements différents que la recourante a eus lors des deux expertises. Tandis que l'expert-rhumatologue observe que l'assurée se meut certes de manière laborieuse et quelque peu théâtrale, mais peut rester assise pendant tout l'entretien qui dure deux heures sans opter pour une position antalgique, l'expert-psychiatre constate qu'à la salle d'attente, elle est allongée sur le canapé en soupirant et qu'en début d'entretien, elle passe la plupart du temps debout pour signaler son inconfort. Au vu de l'analyse des indicateurs ci-dessus, les conclusions des deux expertises psychiatriques retenant que le trouble somatoforme douloureux n'est pas invalidant doivent ainsi être suivies, également à l'aune de la nouvelle jurisprudence en la matière. Dans ces conditions, les griefs de la recourante à ce sujet ne sont pas fondés. d) Les quatre expertises revêtent dès lors une pleine valeur probante, comme le relève d'ailleurs le Dr F. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure, dans son rapport du 11 mars 2016 (dossier OAI, p. 21). Le seul avis contraire émane du Dr G. _____, médecin généraliste, lequel considère que la recourante présente une incapacité de travail totale (cf. rapports du 3 mars 2016 [dossier OAI, p. 24] et du 13 juin 2014 [dossier OAI, p. 106]). Toutefois, ce praticien ne retient aucun diagnostic supplémentaire et fonde cette incapacité de travail uniquement sur les douleurs ressenties par la recourante. Or, l'expert-rhumatologue a clairement mis en évidence, lors de ces deux expertises, des discordances entre les plaintes de l'assurée et l'ampleur de l'impotence fonctionnelle qui en résulte avec une incapacité à reprendre une activité professionnelle et les examens cliniques et para-cliniques qu'il a effectués. Dans ces circonstances, cet avis, qui émane du médecin traitant, n'est manifestement pas suffisant pour mettre en doute l'opinion unanime des trois experts consultés. L'autorité intimée a donc, à juste titre, suivi l'avis de son médecin SMR, lequel reprend les conclusions concordantes des quatre expertises, et nié le droit de l'assurée à la rente. Il convient encore de relever que, dans le cadre de la présente procédure, la

recourante a déposé trois nouveaux rapports médicaux (rapports du 1er juin et du 14 septembre 2016 de la Clinique H. _____ ainsi que rapport du 22 juin 2016 du Secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour adultes de I. _____). Ceux-ci sont toutefois postérieurs à la décision litigieuse et concernent

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 également des faits postérieurs à celle-ci (hospitalisations auprès de la Clinique H. _____ du 17 au 18 mai 2016 ainsi que du 28 août au 2 septembre 2016 et hospitalisation auprès du Secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour adultes du 18 mai au 17 juin 2016), de sorte qu'ils ne peuvent pas être pris en compte dans le cadre de la présente procédure (cf. considérant 2 ci-dessus). e) Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. 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 à la recourante qui succombe. 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. 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 25 juillet 2017/meg Présidente Greffière-rapporteuse

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