

FR_GERICHTE 608 2017 119 vom 12. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_119

FR: FR_GERICHTE 608 2017 119 du 12 juin 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 119 del 12 giugno 2018

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2017 119 Arrêt du 12 juin 2018 IIe Cour des assurances sociales Composition Président : Johannes Frölicher Juges : Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud Greffière : Angelika Spiess Parties A. _____, recourante, représentée par Me Bruno Kaufmann, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité (refus de rente) Recours du 19 mai 2017 contre la décision du 29 mars 2017 Tribunal cantonal TC Page 2 de 18

considérant en fait A. A. _____, née en 1964, domiciliée à B. _____, mariée et mère d'un enfant majeur, a travaillé dès octobre 1990 comme employée de production à plein temps pour l'entreprise C. _____ SA. Suite à un accident survenu le 21 janvier 2013 (chute en avant sur le verglas avec réception sur les mains) et à son incapacité de travail depuis lors, elle a déposé une demande de prestations AI le 7 août 2013 en raison d'une foulure des poignets. Pour évaluer les limitations fonctionnelles des poignets de l'assurée, la SUVA, auprès de laquelle elle était assurée pour les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles via son employeur, lui a proposé de séjourner du 25 mars au 24 avril 2015 à D. _____. Le bilan de ce séjour a permis d'exclure une algodystrophie ainsi qu'une psychopathologie pour retenir, en substance, que l'assurée ne présentait aucune affection organique objective expliquant ses plaintes et le handicap allégué. Le médecin d'arrondissement de la SUVA a conclu dans son rapport du 25 juin 2015 à l'absence de lésion structurelle imputable à l'accident. Partant, la SUVA a mis fin à ses prestations en juillet 2015. A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), le médecin du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR) a estimé le 31 juillet 2015, qu'au vu des pièces médicales de la SUVA attestant l'absence d'atteinte à la santé, aucune investigation complémentaire ne s'imposait. B. Par projet du 30 septembre 2015, l'OAI a constaté que l'assurée n'avait pas de droit à des prestations de l'AI. Dans le cadre de ses objections, l'assurée a fait parvenir deux rapports médicaux supplémentaires à l'OAI le 9 novembre 2015. Afin de pouvoir déterminer les limitations fonctionnelles dans le cadre d'une activité adaptée, l'OAI a organisé un stage d'évaluation professionnelle de mai à août 2016. En raison de l'absence répétée de l'assurée, cette mesure a été interrompue. Sur conseil du médecin du SMR, l'OAI a diligenté une expertise rhumatologique auprès du Dr E. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne. L'expertise du 11 novembre 2016 a retenu un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique ainsi que des omalgies droites sans signe de capsulite rétractile et sans signe de conflit. L'expert a

estimé que l'activité antérieure était exigible à 100% avec une diminution de rendement de 10% à 20% au vu de la longue inactivité professionnelle. Par décision du 29 mars 2017, l'OAI a confirmé son refus d'octroyer des prestations AI. Se basant sur cette expertise, il a considéré que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante et aucune limitation fonctionnelle médicalement justifiée, son activité professionnelle habituelle étant dès lors exigible à 100%. C. L'assurée, représentée par Me Bruno Kaufmann, interjette recours contre cette décision le 19 mai 2017 devant le Tribunal cantonal en concluant à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour procéder à des investigations complémentaires. A l'appui de ses conclusions, la recourante requiert la récusation de l'expert, mettant en cause la Tribunal cantonal TC Page 3 de 18 valeur probante de l'expertise. Elle exige la mise en œuvre d'une nouvelle expertise par un chirurgien spécialiste de la main et un neurochirurgien, en collaboration avec un ergothérapeute. De plus, la recourante demande qu'un deuxième échange d'écritures soit ordonné et que ses médecins traitants ainsi que l'expert soient auditionnés lors de la tenue de débats publics. La recourante s'est acquittée le 28 juin 2017 de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 20 juillet 2017, l'OAI conclut au rejet du recours en rappelant que les plaintes de l'assurée n'ont pas pu être confirmées au moyen des examens cliniques et paracliniques effectués. Il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures. Par courrier du 4 avril 2018, la recourante a été informée qu'il serait renoncé à l'audition des médecins traitants et de l'expert. Par courrier du 16 avril 2018, la recourante a confirmé vouloir maintenir la tenue de débats publics limités à des plaidoiries, laquelle a eu lieu le 7 juin 2018, en présence de la recourante, assistée par Me Kaufmann, lequel a produit quatre rapports médicaux. Il sera fait état des arguments que les parties ont développés à l'appui de leurs conclusions dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. Aux termes de l'art. 8 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), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). 2.1. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V

418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge 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 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982, p. 36). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour 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).

2.2. 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, et 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; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose au contraire 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). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient de requérir l'avis d'un psychiatre lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 65 consid. 4.3; arrêt TF I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.2). Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 Il peut être renoncé à un examen fondé sur une grille d'évaluation normative et structurée telle que posée par l'ATF 141 V 281 pour les syndromes douloureux somatoformes persistants lorsqu'un tel examen n'apparaît pas nécessaire ou adéquat. Il en va notamment ainsi, lorsque des rapports médicaux motivés de manière compréhensible excluent une incapacité de travail et que la pertinence des éventuels avis contradictoires peut être niée en raison d'un défaut de spécialisation médicale de leurs auteurs ou pour un autre motif (cf. arrêt du TF 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1.1). Dans le cadre de 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, comme 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). Une exagération quant aux limitations fonctionnelles, ou un phénomène similaire, ne doit pas permettre d'exclure facilement la présence d'une atteinte à la santé. Cela n'est possible que si, dans le cas concret, il découle de manière plausible de l'analyse médicale que l'exagération, clairement prouvée, prédomine de manière significative, et qu'elle excède la mesure d'un comportement simplement démonstratif. Il faut en outre que l'exagération ne soit pas la conséquence d'un diagnostic psychiatrique indépendant (arrêts TF 9C_154/2016 du 19 octobre 2016 consid. 4.3; 9C_899/2015 du 29 juin 2015 consid. 4.1 et 4.2.4).

2.3. 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. Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008), 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. 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; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 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; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

2.4. Les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité (ATF 134 I 20 consid. 4.2 et les références citées). Les experts sont soumis aux mêmes motifs de récusation et de refus que les juges (ATF 132 V 93 consid. 7.1). En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les

motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière, laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de méfiance quant à l'impartialité de ce dernier. Bien au contraire, ce grief devra être examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (arrêt TF I 20/05 du 30 juin 2006 consid. 2.2). L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Comme l'impartialité subjective de l'expert se présume jusqu'à preuve du contraire, il ne suffit pas au recourant d'alléguer une prétendue partialité mais il lui incombe d'en établir la preuve contraire (arrêt TF I 14/04 du 14 mars 2006 consid. 3.2). En revanche, les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 36 al. 1 LPGA; cf. également art. 10 al. 1 de la loi du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative [PA; RS 172.021]) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. 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 au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1; arrêt TF 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1). Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, 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 (ATF 126 I 68 consid. 3c; 125 II 541 consid. 4). Le fait que l'appartenance à un même groupe d'experts peut favoriser des contacts mutuels lors d'activités scientifiques communes ou des rencontres fortuites ne suffit pas à créer une apparence de prévention, car il n'est pas rare que de tels contacts aient également lieu entre spécialistes hors de l'établissement dans lequel ils exercent (arrêt TF 8C_1058/2010 du 1er juin 2011 consid. 4.6). En outre, 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 (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2). 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 (ATF 116 Ia 135 consid. 3b; 126 I Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 168 consid. 2a). Il est notamment possible d'inviter l'expert à répondre à d'autres questions, expliquer un ancien rapport ou le compléter. Par contre, il n'est pas possible de mandater le même expert lorsqu'il s'agit de vérifier la cohérence de la précédente expertise ou de la contrôler (arrêt TF 8C_89/2007 du 20 août 2008 consid. 6.2). En outre, il n'est pas pertinent, dans le cadre de la récusation d'un expert, de se référer à l'analyse de la statistique concernant les capacités de travail attestées par les différents centres d'observation médicale AI (cf. annexe au SuisseMED@P Reporting 2014) étant donné que la moitié des centres n'a pas fourni de données (arrêt TF 9C_19/2017 du 30 mars 2017 consid. 5.1). De plus, ni le volume des mandats et des honoraires ni même un rapport de travail en tant que tel n'est de nature à créer une dépendance de l'expert par rapport à l'assureur social (arrêt TF 8C_354/2016 du 25 octobre 2016 consid. 5.2 et 5.3). Il n'y a pas non plus de prévention inadmissible lorsque l'expert arrive à des conclusions qui sont défavorables pour l'une des parties (ATF 132 V 93 consid.

7.2.2). Il est au demeurant inadmissible, sans avoir déposé une requête formelle de récusation lors de la décision incidente sur l'expertise, de demander plus tard que l'expertise ne soit pas utilisée en raison de motifs formels (arrêt TF 8C_660/2013 du 15 mai 2014 consid. 4.2.1). 2.5. 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 (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b). 3. En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'AI, question qui dépend d'une appréciation de son dossier médical fourni par l'OAI (ci-après: dossier OAI). Il sera d'abord fait état des rapports médicaux (3.1.), puis de l'expertise (3.2.) et ensuite des quatre rapports médicaux produits lors des débats publics (3.3.). 3.1. Dans son rapport du 18 mars 2013, le Dr F._____, spécialiste en radiologie, signale que l'IRM du poignet gauche du 13 mars 2013 a mis à jour un petit épanchement péri-scaphoïdien, sans signes de fracture, luxation, instabilité ou lésion ligamentaire (dossier OAI p. 518). Le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retient dans son rapport du 10 avril 2013 une douleur diffuse surtout dans la région des poignets face dorsale et plus marquée à gauche, une perte de force en extension contre résistance et écartement des doigts ainsi qu'une mobilité légèrement restreinte en flexion et en inclinaison bilatérale au niveau de la colonne cervicale, sans que la radiographie de cette dernière ne montre de particularités, mis à part une rectitude au niveau du profil sagittal (dossier OAI p. 288 s.). Dans le rapport de l'IRM cervicale du 26 avril 2013, le Dr H._____, spécialiste en radiologie et pathologie, décrit une minime discopathie C4-C5 et C5-C6 sans protrusion ni hernie ni anomalie médullaire, permettant d'exclure une myélopathie post traumatique (dossier OAI p. 417 s.). Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 Le Dr I._____, spécialiste en neurologie, retient dans son rapport du 22 mars 2013 un traumatisme des deux poignets avec irritation consécutive du médian. Cette atteinte neurogène étant discrète et plutôt de type irritatif, il recommande une évaluation par un orthopédiste (dossier OAI p. 289 s.). Dans le rapport suivant du 29 avril 2013, le Dr I._____ confirme l'absence d'affection neurologique, en précisant que la myographie ne révèle pas d'atteinte radiculaire tandis que l'IRM cervicale ne montre pas de lésion de la moelle (dossier OAI p. 290 s.). Dans son rapport du 3 juillet 2013, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, relève une discrète tuméfaction, sans érythème, au quart distal de l'avant-bras gauche. L'examen complet de la stabilité inter- carpienne n'est cependant pas possible en raison de la douleur à la palpation des os du carpe, rendant le test de Watson et le test de Kleinmann non concluants. Une lésion du ligament intrinsèque du carpe lui paraît peu probable au vu de la radiographie normale et de l'IRM qui ne montre pas d'œdème dans la région du ligament scapho-lunaire ou luno-triquétral. Dès lors, ce médecin propose de poursuivre les investigations par une scintigraphie osseuse (dossier OAI p. 280 s.). Le médecin de famille, la Dresse K._____, spécialiste en médecine interne générale, décrit dans son rapport du 10 juillet 2013 un état stationnaire avec des douleurs et un handicap fonctionnel des deux poignets d'origine indéterminée (dossier OAI p. 278 s.). La

scintigraphie osseuse trois phases du 22 juillet 2013 a permis à la Dresse L. _____, spécialiste en médecine nucléaire, de conclure à l'absence de maladie de Sudeck des mains ou des poignets ainsi qu'à l'absence de lésion osseuse du poignet, des petites articulations et de la colonne dorsale. Il ressort de son rapport que du côté droit, des signes d'une légère rhizarthrose ainsi qu'un tout petit foyer d'hyperactivité à la base du carpe entre le scaphoïde et le semi-lunaire étaient visibles (dossier OAI p. 209 s.). Le rapport de l'IRM du poignet droit du 19 août 2013 du Dr M. _____, spécialiste en radiologie, retient qu'il n'y pas d'anomalie identifiable au niveau du scaphoïde. La lésion kystique millimétrique sur le versant radial palmaire du semi-lunaire en regard de l'articulation scapho-lunaire est associée à un œdème médullaire très vraisemblablement à l'origine de l'anomalie scintigraphique. L'image n'étant pas typique d'une atteinte de type Kienböck, il pourrait s'agir d'une lésion kystique préexistante devenue symptomatique après traumatisme (dossier OAI p. 345). Dans son rapport du 11 décembre 2013, le médecin de famille réitère l'existence de "douleurs invalidantes et chroniques des deux poignets, en cours d'investigation" (dossier OAI p. 403 s.). Le 7 mars 2014, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, procède à une arthroscopie du poignet droit avec décompression étendue du nerf médian (dossier OAI p. 324). Après une cure du tunnel carpien à gauche le 1er juillet 2014 (dossier OAI p. 387), ce spécialiste estime lors d'un contrôle le 13 octobre 2014 ce qui suit: "La situation est bien particulière chez cette patiente. J'ai l'impression que les douleurs dépassent le cadre strictement somatique" (dossier OAI p. 216). Dans son rapport du 4 juin 2014, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, diagnostique une atteinte douloureuse des poignets post traumatique (possible dérangement interne) (dossier OAI p. 398 s.). Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 Le médecin de famille retient dans son rapport du 12 juin 2014 un syndrome douloureux régional chronique (algoneurodystrophie) (dossier OAI p. 395 ss). Suite à l'état normal de l'IRM cervicale en 2013, une IRM cérébrale du 11 novembre 2014 ne révèle pas de lésion significative suspecte, hormis quelques rares petites lésions d'allure séquellaire de leuco-encéphalopathie au niveau de la substance blanche périventriculaire et sous- corticale. Dans son rapport du 12 novembre 2014, le Dr O. _____, spécialiste en radiologie, met en exergue que l'IRM ne montre pas d'argument en faveur d'une sclérose en plaques (dossier OAI p. 199 s.). Le médecin SMR, P. _____, spécialiste en anesthésiologie, retient dans sa prise de position du 25 novembre 2014 que "cette évolution douloureuse chronique après entorse des poignets reste médicalement inexplicée malgré des investigations extensives tous azimuts depuis bientôt deux ans. Jusqu'à preuve du contraire, du point de vue de l'AI, nous sommes dans la situation d'un «syndrome sans pathogénie ni étiologie claire», assimilé aux troubles somatoformes douloureux par la jurisprudence" (dossier OAI p. 233 s.). Le séjour à D. _____ du 25 mars au 24 avril 2015 a permis l'examen des poignets par des spécialistes de disciplines différentes, dont il sera fait état de manière sommaire ci-après: - La radiographie du 8 avril 2015 des deux mains confirme une structure et une morphologie osseuse normales, sans lésion décelable ou signe d'algodystrophie (rapport du Dr Q. _____, spécialiste en radiologie, dossier OAI p. 156). - L'ultrason du 10 avril 2015 révèle une synovite de grade I du poignet gauche, des MCP (métacarpo-phalangienne) 2 et 3 des deux côtés, sans spécificité ainsi qu'une rhizarthrose droite débutante (dossier OAI, p. 152 ss). - Le rapport du Dr R. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, retient, quant au comportement de la recourante, ce qui suit: "Dès le début de l'entretien, la patiente déclare ne pas comprendre les objectifs de sa venue aux ateliers professionnels, les

considérant comme inadaptés, contre-indiqués, voire dangereux. [...] En accord avec l'équipe médicale, il est décidé de ne pas poursuivre la mesure d'observation en ateliers. Il nous paraît cependant peu probable, dans le contexte actuel, que Mme A._____ puisse adhérer réellement et s'investir dans un quelconque processus de réadaptation professionnelle. Son comportement démonstratif, sa victimisation et l'absence de projection dans une activité adaptée représentent des facteurs pronostics négatifs de réintégration dans un emploi" (dossier OAI p. 143 ss). - Dans le consilium psychiatrique du 31 mars 2015, la Dresse S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, constate: "Nous ne retenons pas de psychopathologie majeure pouvant clairement être reliée avec la symptomatologie actuelle, avec en particulier une thymie préservée. Le tableau clinique est cependant singulier, avec un contraste surprenant entre la thymie, réservée, et les altérations majeures annoncées, comme les plaintes douloureuses et la gêne importante dans tous les gestes de la vie quotidienne. La présentation est ainsi marquée par des auto-limitations et la perte du caractère automatique du mouvement des mains. Bien qu'on n'identifie pas de facteurs de stress particuliers dans l'histoire de vie, on a l'impression d'un processus d'invalidation et d'autolimitations qui s'est mis en route depuis son accident, datant de plus de 2 ans. Dans la situation actuelle, on ne voit guère d'indication à une prise en charge Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 psychologique ni à la prescription d'un traitement psychotrope, chez une patiente n'amenant ni plainte ni demande à ce niveau" (dossier OAI p. 149 ss). - L'ergothérapie, effectuée du 26 mars au 17 avril 2015, permet de déceler des amplitudes articulaires parfois très différentes, ne reflétant pas la réalité des mobilités de la recourante. Quant aux observations faites lors de la thérapie, le rapport spécifie: "Participation: faible, nombreuses auto-limitations, patiente centrée sur ses douleurs, très démonstrative, parvenant à peine à effectuer les exercices les plus légers demandés (p. ex. soulever un cube en mousse de 2 cm de côtés) [...] Mme A._____ est observée dans des gestes spontanés comme saisir son sac à main, l'installer autour de son cou, en réalisant des mouvements qu'elle ne parvient pas à effectuer en groupe main ni en évaluation (prise à pleine main, pinces)". Dans les conclusions du rapport, on peut lire: "Résumé: Aucun progrès effectué durant le séjour, chez une patiente présentant de nombreuses incohérences. Les importantes auto-limitations n'ont pas permis d'effectuer une prise en charge optimale permettant d'atteindre les objectifs fixés" (dossier OAI p. 146 ss). - Le rapport de sortie de D._____ du 21 mai 2015 retient, entre autre, que sur le plan orthopédique, il n'y a pas d'argument pour une algodystrophie et sur le plan psychiatrique, aucun suivi n'est recommandé en absence de diagnostic psychopathologique. En terme de conclusions, il est retenu ce qui suit: "Aucune limitation fonctionnelle n'est retenue. La situation est stabilisée du point de vue médical. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'ouvrière est défavorable au vu de facteurs non-médicaux, chez une patiente n'ayant plus de contrat de travail, en incapacité de travail depuis plus de 2 ans, dans l'attente de solutions externes. L'importance du retentissement fonctionnel annoncé par la patiente ne peut être expliqué par les quelques constatations radiologiques peu spécifiques, et aucune nouvelle intervention n'est proposée" (dossier OAI, p. 138 ss). Sur la base du rapport de D._____, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, constate en sa qualité de médecin d'arrondissement de la SUVA dans son rapport du 26 juin 2015 que diverses investigations effectuées en raison de douleurs persistantes "n'ont révélé aucune lésion structurelle telle qu'une fracture ou une rupture ligamentaire. [...] Une scintigraphie a permis d'exclure un syndrome algodystrophique [...] Un bilan effectué à D._____ n'a pas mis en évidence de lésion organique susceptible

d'expliquer les troubles douloureux allégués par l'assurée et la durée de l'évolution". Il conclut dès lors que les troubles douloureux relèvent vraisemblablement de facteurs non organiques. Etant donné que la neuropathie du médian au canal carpien préexistait (première intervention en 2010), l'accident n'a occasionné aucune lésion structurelle susceptible d'aggraver durablement cette atteinte. Lors de la révision du canal carpien en mars 2014, le statu quo sine était selon toute vraisemblance déjà largement atteint sur le plan somatique (dossier OAI p. 126 ss). Dans son rapport du 25 septembre 2015, le Dr U. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, pose les diagnostics suivants: 1. Syndrome douloureux régional (capsulite rétractile de l'épaule droite, hypersudation palmaire bilatérale, tuméfaction diffuse des doigts), 2. Arthrose digitale débutante, 3. Status après cure de tunnel carpien des deux côtés, 4. Chute de sa hauteur sur les 2 poignets le 21 janvier 2013. Ce spécialiste fait état de la persistance d'arthralgies des poignets et des épaules, prédominant à droite. Lors de l'examen, il constate une forte limitation de la mobilité de l'épaule droite et des limitations des poignets associées à des tuméfactions intermittentes du dos de la main. Au vu de l'ultrason de l'épaule droite effectuée le 25 avril 2015 montrant un état physiologique pour l'âge, ce spécialiste conclut à Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 un syndrome douloureux régional complexe atypique chronique post traumatique. Au vu de la perte de force avec lâchage des objets qui n'était pas imputable au syndrome douloureux régional complexe, ce spécialiste recommande la prescription d'antidépresseurs à doses antalgiques (dossier OAI p. 99 s.). Selon le rapport du 10 resp. 18 octobre 2016 du Dr V. _____, spécialiste en radiologie, l'IRM de l'épaule droite, effectuée en raison de persistance d'omalgies à droite, a démontré un tendon du sous-épineux aminci et hyperintense près de son insertion avec plusieurs kystes sous-chondraux, quelques déchirures intra-tendineuses près de son insertion. En outre, le radiologue constate un sus-épineux sévèrement aminci, hyperintense près de son insertion, présentant plusieurs déchirures des fibres inférieures. A part une discrète arthrose activée de l'articulation acromio-claviculaire, une discrète bursite sous-acromio-deltoidienne, il n'y a ni extravasation, ni calcification péri-articulaire (le rapport médical ne se trouve pas dans le dossier OAI; il y est fait référence dans le cadre de l'expertise p. 25, 33). Le médecin SMR, P. _____, spécialiste en anesthésiologie, estime dans sa prise de position du 17 février 2016 que l'apparition d'une capsulite rétractile de l'épaule droite dans le cadre d'un possible syndrome douloureux régional complexe atypique est un fait nouveau qui ne remet pas pour autant en cause l'appréciation médico-asséculo-logique antérieure: "Des mesures de réadaptation appropriées sont médicalement possibles de suite à plein temps. En cas d'échec d'ici septembre 2016, une expertise rhumatologique devra fixer l'exigibilité médico-théorique sur la base des atteintes objectives résiduelles" (dossier OAI p. 87 s.). Dans son rapport du 5 août 2016, le médecin de famille reprend pour l'essentiel les constats du rapport rhumatologique du 25 septembre 2015: syndrome douloureux régional complexe atypique post traumatique avec une capsulite rétractile de l'épaule droite, hypersudation palmaire bilatérale et tuméfaction diffuse des doigts suite à une chute en janvier 2013. Elle décrit le handicap comme suit: "Cette pathologie des deux poignets et des deux membres supérieurs reste invalidante. La patiente ne peut faire la pince et utiliser un crayon ou un stylo ou même une fourchette pour manger" (dossier OAI p. 51 s.). 3.2. Dans l'expertise rhumatologique du 11 novembre 2016, le Dr E. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, retient comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail: 1. Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgiforme, 2. Omalgies droites sans signe de capsulite rétractile et sans signe de conflit. Quant aux diagnostics sans

répercussion sur la capacité de travail, l'expert retient: 1. Syndrome lombovertébral récurrent chronique, 2. Cervico-brachialgies chroniques, 3. Douleurs des poignets chronifiées, sans substrat organique sous-jacent (dossier OAI p. 36). Lors de l'examen, l'expert n'a pas découvert de signes de non organicité selon Waddell ou de signes d'hyperlaxité selon Beighton, mais 18/18 points de fibromyalgie positifs (dossier OAI p. 32). Selon l'expert, la diminution des capacités fonctionnelles est due au vécu douloureux devenu chronique tant au niveau rachidien, de l'épaule droite que des poignets et des genoux. Il constate qu'en absence de signes parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique, les troubles dégénératifs au niveau des épaules n'expliquent pas l'ampleur de la symptomatologie douloureuse: "Les limitations fonctionnelles sont les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier et au-dessus de l'horizontale de plus de 5 kg" (dossier OAI p. 35). En raison d'un syndrome fibromyalgique faisant état d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 l'expert estime que 90% des douleurs sont imputables à cette symptomatologie douloureuse (dossier OAI p. 35). L'expertise préconise une capacité de travail à 100% à partir de juillet 2015 dans l'activité exercée auparavant, vu qu'il s'agit d'une activité adaptée, permettant notamment d'alterner les positions debout et assise, d'éviter les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier et d'avoir une activité à l'horizontale et surtout légère (montage de circuits imprimés). Au vu de la longue inactivité professionnelle, l'expert admet une diminution de rendement de 10% à 20% (dossier OAI p. 40). Quant à l'exigibilité des mesures de réadaptation, l'expert est partagé: "En effet, une intelligence normale, l'assurée ayant effectué deux années à l'université en faculté de droit dans son pays natal, la capacité à s'être adaptée à plusieurs corps de métiers durant son cursus professionnel et son âge, constituent des facteurs de bon pronostic. La chronicisation avec extension en tache d'huile de la symptomatologie douloureuse tant au niveau des poignets et des épaules, avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur, constituent des facteurs de mauvais pronostic" (dossier OAI p. 38).

3.3. Lors des débats publics du 7 juin 2018, la recourante a produit quatre rapports médicaux, dont deux certificats attestant des périodes d'incapacité de travail. La Dresse W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, atteste le 8 mars 2018 une incapacité de travail de 100% du 26 février 2018 au 31 mars 2018, en précisant que ce certificat médical remplace celui du 26 février 2018. Dans le rapport d'IRM du 8 mars 2018 de la main droite, le Dr X. _____, spécialiste en radiologie, relève des signes évocateurs d'une rhizarthrose ainsi que d'une péri-tendinite du long fléchisseur du pouce. Le médecin de famille retient dans son formulaire du 15 mai 2018 à l'attention d'un confrère [nom du spécialiste illisible] le diagnostic d'un CRPS [Complex regional pain syndrome] des deux poignets chronique connu, d'une rhizarthrose du pouce droit ainsi que d'une tendinite du long fléchisseur du pouce droit invalidante et ne passant pas sous physiothérapie. Dans le certificat médical de la même date, elle atteste une incapacité de travail du 1er au 31 mai 2018.

4. Appelée à statuer, la Cour de céans constate que le dossier constitué par l'autorité intimée est suffisamment complet pour se forger une opinion, sans que des mesures d'instruction complémentaires ne soient nécessaires.

4.1. S'agissant de l'expertise E. _____ du 11 novembre 2016, la Cour de céans retient qu'elle se fonde sur des examens complets et a été établie en pleine connaissance du dossier, après que l'expert ait reçu personnellement la recourante et procédé à des examens radiologiques et ultrasonographiques complémentaires. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée et les plaintes exprimées par la recourante ont été prises en considération. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions de l'expert dûment

motivées. Dès lors que l'expertise est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels, elle a en soi pleine valeur probante. Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 4.2. Il y a lieu de déterminer la portée des motifs invoqués par la recourante quant au choix de l'expert et à sa spécialisation. D'emblée, il convient de rappeler que, par courrier du 3 août 2016, l'OAI a annoncé au mandataire de la recourante le nom de l'expert en lui accordant un délai de 10 jours pour lui soumettre d'éventuelles remarques, formuler des questions ou faire part d'éventuels motifs de récusation contre l'expert (dossier OAI p. 54). Il est également établi que la recourante, par l'entremise de son mandataire, a donné son accord par courrier du 23 septembre 2016 pour se soumettre à l'expertise rhumatologique. S'il est vrai que la recourante fait mention dans ce courrier qu'elle n'a pas nécessairement besoin d'un examen rhumatologique, mais plutôt d'un examen réalisé par un chirurgien spécialiste de la main, respectivement par un orthopédiste (dossier OAI p. 42), il sied de rappeler que le médecin de famille a préconisé la spécialisation en rhumatologie dans son courrier du 5 novembre 2015: "Je demande donc que cette patiente soit examinée par un médecin conseil de l'assurance invalidité puis soit adressée au plus vite à un expert indépendant, spécialiste en rhumatologie, mandaté par l'AI. Cette expertise nous permettra de comparer les conclusions du spécialiste mandaté avec celles du Dr U. _____, rhumatologue à Fribourg" (dossier OAI p. 101). Sur la base de ce rapport médical, le Dr P. _____ du SMR a recommandé le 17 février 2016 à l'OAI de diligenter une expertise en rhumatologie si aucune amélioration de l'état de santé ne se manifestait jusqu'au mois de septembre 2016 (dossier OAI p. 87 s.). Au vu de ce qui précède, c'est à tort que la recourante reproche à l'OAI de ne pas l'avoir informée de la spécialisation de l'expert et du choix de celui-ci. Il convient de préciser à toutes fins utiles que la spécialisation en rhumatologie – approuvée par le médecin de famille et le médecin du SMR – n'a pas été remise en question par l'expert lui-même, tenu de vérifier la pertinence de sa spécialisation pour chaque cas. Au vu du diagnostic de fibromyalgie, la spécialisation en rhumatologie s'est avérée juste (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.3). Cela dit, la recourante a eu l'occasion de consulter par le passé à plusieurs reprises aussi bien un chirurgien spécialiste de la main qu'un orthopédiste et un ergothérapeute, dont les rapports font partie du dossier médical de la présente cause. Au sujet de l'ergothérapie, il sied de rappeler en sus que la recourante a refusé de participer activement à cette thérapie – ainsi qu'aux autres thérapies proposées lors de son séjour à D. _____ – de sorte qu'une évaluation précise de sa situation était impossible. 4.3. La recourante remet en cause en sus la valeur probante de l'expertise au motif que l'expert ne mentionne "nullement les graves difficultés de la mobilité des doigts". Ce reproche tombe à faux car ce dernier s'y attarde à plusieurs reprises: "La mobilité des doigts est complète. Tests de Tinel et de Phalen négatifs [des deux côtés]" (dossier OAI p. 32). "L'assurée est cependant capable de prendre son sac de manière spontanée et de l'enrouler autour de son cou" (dossier OAI p. 34). Il sied de relever également que l'expert n'omet pas de présenter les discordances entre les plaintes de la recourante et les constats médicaux objectifs: "Du point de vue rhumatologique, le bilan radiologique est rassurant, il n'y a pas de trouble dégénératif significatif, tant au niveau cervical que lombaire. Les amplitudes articulaires sont certes limitées, tant au niveau des poignets que des épaules, prédominant à [droite], cependant fluctuent en fonction de la répétition de l'examen. Il n'y a pas de déficit sensitivomoteur, l'assurée se meut, s'habille et se déshabille de manière autonome et fluide. Elle est capable de monter et de descendre deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse, alors qu'à l'examen, la force de préhension à [droite] est estimée à 2 kg sur le Jamar, et que la mobilité est extrêmement douloureuse au-delà de 60°, l'assurée est capable de

prendre appui sur la table d'examen et de prendre son sac de manière leste. Tel que décrit dans le rapport ergothérapeutique en mai 2015, l'assurée présente de nombreuses auto-limitations, lors de l'évaluation clinique, l'assurée est centrée sur la douleur et très démonstrative, elle ne peut pas effectuer d'exercices légers. Dès lors, du point de vue rhumatologique, on note une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle et dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour. Le socle somatique ne permet en effet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse." (dossier OAI p. 36 s.). La recourante fait en outre remarquer, quant à la phrase de l'expertise "Une capacité de travail tant du point de vue rhumatologique [que] psychiatrique est possible et ce dès ce jour" (dossier OAI p. 40), que l'expert n'a pas de spécialisation en psychiatrie. Bien que cette remarque soit pertinente, la valeur probante de l'expertise rhumatologique n'en est pas pour autant remise en cause. Bien qu'une expertise interdisciplinaire tenant compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaisse être la mesure d'instruction la plus adéquate pour établir de manière objective un état douloureux et une incapacité de travail totale ou partielle, on peut – comme dans le cas présent – réserver les cas où le rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.3). En ce qui concerne les motifs invoqués par la recourante quant à l'impartialité subjective de l'expert, il sied de rappeler d'emblée que des simples allégations ne suffisent de loin pas – pour autant qu'elles soient justifiées – pour mettre en cause l'impartialité de l'expert. De jurisprudence constante, le simple fait d'avoir été mandaté par l'OAI ou de figurer ou non dans un recensement statistique ne sont pas des motifs suffisants. Par ailleurs, le déroulement de l'examen tel que décrit dans l'expertise ne prête nullement flanc à la critique. Quoi qu'il en soit, de tels motifs sont à ce stade tardifs. Enfin, la demande d'accès aux statistiques fondée sur le principe de la transparence n'est pas objet de la contestation. 4.4. Tout bien considéré, on peut donc retenir que les reproches de la recourante quant à l'expertise tombent tous à faux de sorte qu'aucun élément ne remet en cause la pleine valeur probante de cette dernière. 5. Quant aux diagnostics posés dans l'expertise - syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, omalgies droites sans signe de capsulite rétractile et sans signe de conflit, syndrome lombovertébral récurrent chronique, cervico-brachialgies chroniques, douleurs des poignets chronifiées, sans substrat organique sous-jacent -, la Cour de céans constate qu'ils tiennent compte de l'évolution la plus récente de l'état de santé de la recourante et ne présentent pas de divergence considérable par rapport aux autres avis médicaux au dossier. En ce qui concerne le diagnostic d'une capsulite rétractile de l'épaule droite posé par le Dr U. _____ dans son rapport du 25 septembre 2015 (dossier OAI p. 99 ss), l'expertise précise: "(...) les amplitudes articulaires sont certes limitées mais fluctuantes en fonction de la diversion Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 que l'on fait lors de l'examen clinique, il n'y a pas de signe de conflit ou de tendinopathie significative, il n'y a pas de schéma capsulaire à proprement parler. Les amplitudes articulaires sont surtout limitées par des phénomènes d'auto-limitations" (dossier OAI p. 37). Partant, force est de constater que l'expert, conformément aux requisits de la jurisprudence, a tenu compte du diagnostic légèrement divergent posé par le rhumatologue U. _____ et n'a pas omis de prendre position à ce sujet. Quant aux rapports médicaux produits lors de la séance du 7 juin 2018, ils n'apportent aucun élément nouveau quant à l'état de santé prévalant jusqu'à la date de la

décision contestée du 29 mars 2017. Le rapport médical du médecin de famille du 15 mai 2018 parle d'une part d'un CRPS déjà connu (cf. par exemple le rapport médical du 10 juillet 2013). D'autre part, en évoquant les résultats de l'IRM du 8 mars 2018 du pouce droit, le rapport médical fait référence à l'évolution de santé postérieure à la décision qui n'a pas à être pris en considération dans la présente procédure. Cela vaut également pour le certificat médical du 8 mars 2018 attestant d'un traitement psychiatrique en cours, sans pour autant préciser depuis quand une telle prise en charge s'est avérée nécessaire ni pour quelles raisons. Par ailleurs, les rapports médicaux produits, dans la mesure où ils s'expriment sur la capacité de travail, n'attestent que de périodes d'incapacité de travail limitées dans le temps (au maximum de quelques mois). En l'absence d'indices relatifs à l'existence de problèmes psychiatriques au dossier médical, il s'agit de faits postérieurs à la décision contestée qui peuvent faire l'objet, cas échéant, d'une nouvelle demande.

6. Au sujet de la capacité de travail, l'expertise retient une pleine capacité de travail à partir de juillet 2015, avec une diminution de rendement de 10% à 20%. Sur la question "Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?", l'expert répond: "Depuis janvier 2013, cependant en juillet 2015, soit deux ans et six mois après l'événement traumatisant mineur, une reprise d'une activité professionnelle aurait raisonnablement pu être exigée. Au-delà de cette date, il est difficile de justifier une incapacité de travail, vu l'absence de substrat organique sous-jacent significatif pouvant expliquer l'ampleur de la Symptomatologie douloureuse".

6.1. S'agissant du "syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique" retenu dans l'expertise rhumatologique, il convient de rappeler que le diagnostic de fibromyalgie est établi par un médecin rhumatologue, bien que l'avis psychiatrique est déterminant pour évaluer la capacité de travail y relative. Dans le cas présent, un avis psychiatrique a été établi lors du séjour à D. _____ au printemps 2015, lequel atteste – faute de diagnostics psychopathologiques – d'une pleine capacité de travail. Il en découle en outre que l'exagération des plaintes, excédant la mesure d'un comportement simplement démonstratif, n'est pas en soi imputable à un diagnostic psychiatrique indépendant. Quant à la pertinence du rapport psychiatrique datant du 31 mars 2015, il importe de souligner que le dossier médical ne contient pas d'indices relatifs à une évolution psychiatrique récente. Ainsi, aucun avis médical n'a recommandé la prise en charge psychiatrique. La recourante, de son côté, n'allègue pas de troubles psychiatriques et n'a pas non plus requis la mise en œuvre d'un complément psychiatrique à l'expertise rhumatologique. Dès lors, force est de constater que la capacité de travail entière retenue dans l'expertise rhumatologique est confirmée sur le plan psychiatrique en ce qui concerne le "syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique".

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 6.2. En ce qui concerne la capacité de travail, il ressort des avis médicaux du dossier ce qui suit: Après l'accident en janvier 2013, le médecin de famille a estimé l'incapacité de travail à 100%, à 50% dès le 5 février 2013, à nouveau à 100% dès le 13 février 2013 puis à 70% dès le 6 mai 2013 (dossier OAI p. 311 ss, 314 ss). Par la suite, dès le 22, respectivement le 25 juin 2013, elle atteste par des certificats renouvelés mensuellement, d'une incapacité de travail entière pour une durée indéterminée (dossier OAI p. 549 [résumé]). Dans le rapport du 29 avril 2013, le Dr I. _____, spécialiste en neurologie, confirme l'absence d'affection neurologique, en précisant que la myographie ne révèle pas d'atteinte radiculaire tandis que l'IRM cervicale ne montre pas de lésion de la moelle. Selon lui, une reprise du travail est envisageable de suite (dossier OAI p. 290 s). Dans son rapport du 3 juillet 2013, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, estime que le port d'un

bandage souple permettrait la reprise du travail à condition que la scintigraphie s'avère normale (dossier OAI p. 280 ss), ce qui était le cas (dossier OAI p. 209 s.). Le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, retient dans son rapport du 4 juin 2014: "Nous n'avons pas formellement évalué la patiente en ce qui concerne la capacité de travail durant nos consultations, mais il est évident qu'il existe une diminution importante de la mobilité fine au niveau des mains et de la force empêchant actuellement la reprise de son activité et que le pronostic reste réservé au vu de la chronicisation des symptômes" (dossier OAI p. 399). Dans son rapport du 21 octobre 2014, le Dr J. _____ atteste une pleine capacité de travail et de rendement dans une activité adaptée, sans l'utilisation en motricité fine des deux mains, ni port d'objets (dossier OAI p. 263 ss, 232). Le rapport de D. _____ du 21 mai 2015 ne retient aucune incapacité de travail, mis à part pour la durée du séjour du 25 mars au 24 avril 2015 (dossier OAI p. 142, 167). Au nom du SMR, le Dr P. _____, estime dans sa prise de position du 31 juillet 2015 qu'il n'y a pas eu d'incapacité de travail durable médicalement justifiée (dossier OAI p. 116 s). Face au diagnostic d'une capsulite rétractile de l'épaule droite, il confirme dans sa prise de position du 17 février 2016 qu'une activité adaptée reste exigible et que des mesures de réadaptation appropriées sont médicalement possibles de suite à plein temps (dossier OAI p. 87 s.). Les certificats médicaux produits lors de la séance du 7 juin 2018 attestant de périodes d'incapacité de travail (passagères) se réfèrent principalement à l'évolution de l'état de santé postérieure à la décision contestée (cf. consid. 5), raison pour laquelle ils sont sans incidence pour trancher le présent litige. 6.3. En résumé, la Cour de céans retient qu'aucun avis médical figurant au dossier – à l'exception de celui de la médecin de famille – n'atteste d'une incapacité de travail de longue durée. Face à l'unanimité des médecins qui se sont penchés sur le cas de l'assurée – dont plusieurs mettent en évidence que la recourante exagère ses limitations fonctionnelles – l'avis divergent du médecin de famille attestant une incapacité entière de travail depuis juillet 2015 ne convainc pas, du fait qu'elle ne fait pas valoir de raisons spécifiques pour motiver l'incapacité attestée. Au contraire, elle se base pour l'essentiel sur les diagnostics des spécialistes, nonobstant Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 le fait que ces derniers n'en déduisent pas une telle incapacité de travail. Dès lors, sans même parler du lien de confiance unissant le médecin de famille à sa patiente, les conclusions de l'expertise E. _____ – attestant une incapacité de travail d'au moins 20% dès janvier 2013 et une capacité de travail entière dès juillet 2015 avec une diminution de rendement de 10% à 20% – emportent largement la conviction de la Cour de céans. Partant, l'audition des médecins traitants ainsi que de l'expert telle que requise par la recourante n'apporterait pas un éclairage complémentaire significatif, de sorte qu'il se justifie de rejeter ces réquisitions. Au vu des circonstances du présent cas, un examen sur la base d'un catalogue d'indicateurs n'apparaît pas nécessaire, vu la capacité de travail avérée ainsi que l'exagération des symptômes par la recourante (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; arrêt TF 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1.1). 7. Sur la base de tout ce qui précède, la Cour de céans retient, sans remettre en cause l'existence des douleurs dont souffre la recourante, que son atteinte à la santé ne présente pas un degré de gravité suffisant pour le versement d'une rente. Pour ces motifs, 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 sont compensés avec l'avance de frais du même montant effectuée par cette dernière. Au vu du sort de litige, il n'est pas alloué de dépens. Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du

29 mars 2017 est confirmée. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____ et compensés avec l'avance de frais effectuée par cette dernière. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 12 juin 2018/asp Le Président : La Greffière :

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