

FR_GERICHTE 608 2017 199 vom 18. Februar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-02-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_199

FR: FR_GERICHTE 608 2017 199 du 18 février 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2017 199 del 18 febbraio 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 28

février 2014. Le Dr E. _____, spécialiste en médecine interne générale, en cardiologie et médecin traitant, a indiqué à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'office AI) que l'assurée était pour l'heure en arrêt de travail à 100 %, mais qu'elle pourrait vraisemblablement reprendre son activité avec certains réaménagements à terme (avis des 17 et 23 avril 2013). Le 6 août 2013, A. _____ a confirmé à l'office AI que ses douleurs cervico-thoraciques l'empêchaient d'envisager une reprise de son activité professionnelle en l'état, mais souligné qu'elle souhaitait activement reprendre son travail ultérieurement. L'office AI a ensuite recueilli les avis des Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgien traitant (du 13 juin 2013), et G. _____, spécialiste en chirurgie et chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (des 21 juin et 16 juillet 2013), qui n'ont pas objectivé de motifs à la persistance des douleurs de l'assurée. Le 15 août 2013, le Dr E. _____ a, en se référant à l'avis des spécialistes précités, recommandé l'admission de l'assurée auprès de l'unité de médecine psychosomatique de H. _____ à I. _____ («J. _____») (avis des 15 et 21 août 2013). Après avoir pris connaissance du résultat d'une IRM cérébrale réalisée en date du 31 octobre 2013, les Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (en formation), et F. _____ ont indiqué qu'il n'y avait aucune indication pour une nouvelle intervention chirurgicale et recommandé la poursuite d'un traitement multimodal de la douleur, associé le cas échéant à une infiltration C7/Th1 (avis du 7 novembre 2013). L'office AI a soumis l'assurée à une expertise bidisciplinaire (neurochirurgie/psychiatrie). Dans un rapport établi le 6 août 2014, le Dr L. _____, chef de clinique auprès du service de neurochirurgie de M. _____ a diagnostiqué – avec répercussion sur la capacité de travail – une cervicarthrose avec début de compression médullaire au niveau C4-C5 et C5-C6 en 2003, une pseudarthrose C5-C6 en 2008 et une discopathie C6-C7 suite à une décompensation sous-jacente en 2013. Le médecin a indiqué que l'assurée ne pouvait plus exercer la moindre activité professionnelle depuis mars 2013. Le 21 mai 2015, le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué – sans répercussion sur la capacité de travail – une dysthymie et un éventuel trouble somatoforme douloureux; d'un point de vue psychiatrique, l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail (symptomatologie sub-dépressive).

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 Considérant que le rapport du Dr L. _____ était lacunaire, l'office AI a demandé la réalisation d'une nouvelle expertise somatique. Dans un

rapport établi le 15 février 2016, le Dr O. _____, spécialiste en neurochirurgie, a diagnostiqué – avec effet sur la capacité de travail – un syndrome cervical chronique (status après spondylodèse – à trois reprises – C4-C7, sans déficit neurologique); l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle (ou toute autre activité nécessitant de manipuler des poids de plus de cinq kilos, de tirer ou pousser des objets lourds, de travailler dans une position en porte-à-faux ou d'exercer des gestes stéréotypés d'une longue durée); elle pouvait en revanche exercer une activité adaptée à 90-100 % à ses limitations fonctionnelles depuis 2015, avec une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 20 % (soit deux pauses supplémentaires par jour). Par projet de décision du 22 décembre 2016, l'office AI a indiqué à l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1er mars 2014 au 31 mars 2015. L'assurée s'est opposée à ce projet de décision et a produit un nouvel avis de son médecin traitant (du 16 janvier 2017). Le Dr E. _____ y affirme que les conclusions du Dr O. _____ sont en totale contradiction avec les éléments figurant au dossier. En raison de la persistance de douleurs scapulaires et cervicales, il fait valoir que l'assurée a en particulier consulté les Dr P. _____, spécialiste en anesthésiologie, et Q. _____, spécialiste en anesthésiologie, puis a séjourné à nouveau dans l'unité «J. _____» (du 20 octobre au 13 novembre 2015). En dépit de l'ensemble de ces mesures, l'état de santé de l'assurée ne s'était cependant pas amélioré de manière significative et elle souffrait encore de douleurs quotidiennes rendant impossible la reprise d'une activité professionnelle. Le 22 février 2017, le Dr O. _____ a pris position sur les objections de l'assurée, maintenant ses conclusions du 15 février 2016. Par décision du 8 août 2017, l'office AI a octroyé à A. _____ une rente entière d'invalidité du 1er mars 2014 au 31 mars 2015. B. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Hervé Bovet, avocat, interjette un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2015. Dans sa réponse du 15 novembre 2017, l'office AI conclut au rejet du recours. Le 6 décembre 2017, l'assurée a produit les avis de son médecin traitant du 16 janvier (déjà produit devant l'instance précédente) et du 5 décembre 2017. Dans ce deuxième avis, le Dr E. _____ maintient en substance que sa patiente présente une incapacité totale de reprendre toute activité professionnelle en raison principalement d'une douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (avec cervico-brachialgies chroniques), d'un status après décompression intersomatique et fusion C6-C7 avec cage (Zero-P), de lombalgies chroniques récidivantes, d'un syndrome dépressif réactionnel en raison de difficultés psychosociales liées à de multiples atteintes somatiques, d'une intolérance à la Gabapentin et au Lyrica, ainsi que notamment d'un syndrome du tunnel carpien (plus sévère à gauche qu'à droite). Le 21 juin 2018, R. _____ a renoncé à déposer des remarques sur le recours. Le 29 juin 2018, Me Hervé Bovet a déposé sa liste de frais correspondant à des interventions du 24 janvier 2017 au 29 juin 2018, ainsi qu'une écriture complémentaire en date du 5 février 2019. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état de leurs arguments, 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 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, le recours est recevable. 2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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. 7 LPGA, 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). 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 (al. 2). Selon 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. 2.2. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent 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 (RFJ 2009 p. 320). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.). 2.3. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de faits allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2;

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 cf. également ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Enfin, l'autorité amenée à statuer peut légitimement renoncer à accomplir des actes complémentaires d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3). 3. Le litige porte en l'occurrence sur le caractère limité dans le temps de la rente entière octroyée par l'administration (du 1er mars 2014 au 31 mars 2015) dans le cadre d'une première demande de prestations. Plus particulièrement, il s'agit d'examiner si l'office AI était en droit de retenir que la capacité de travail de l'assurée s'était améliorée à compter du 1er janvier 2015 (cf. art. 17 al. 1 LPGA) et que l'intéressée pouvait depuis lors exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr O. _____ à 100 % (une activité légère dans l'industrie

légère ou dans les services), avec une baisse de rendement de 15 %. 3.1. Invoquant une violation du droit fédéral, la recourante reproche à l'autorité intimée d'avoir suivi les conclusions de l'expertise du Dr O._____. Elle soutient tout d'abord que ce médecin est très fréquemment mandaté par les compagnies d'assurances et qu'il rendrait des conclusions qui leur sont systématiquement favorables. Les compagnies d'assurances admettraient d'ailleurs qu'elles ne mandateraient pas un médecin qui ne leur serait pas favorable. A ce propos, la recourante fait valoir qu'il serait significatif de la partialité de l'expert que celui-ci ait omis de tenir compte des conclusions des docteurs E._____ (du 22 avril et du 27 août 2015), P._____ (du 26 mai et du 21 juin 2015), Q._____ (du 4 août 2015), S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (du 29 septembre 2015), et T._____, spécialiste en médecine interne générale (du 24 novembre 2015), qui ne partageaient pas son avis. Qui plus est, le Dr O._____ ne discute nullement les conclusions du Dr L._____, soit le premier expert à s'être exprimé. 3.2. 3.2.1. S'agissant tout d'abord de la critique de la recourante relative au nombre (prétendument) important de mandats d'expertise médicale confiés au Dr O._____, elle n'est pas étayée d'éléments matériels concrets permettant d'en vérifier le bien-fondé et la pertinence. Elle ne convainc dès lors pas. Au demeurant, on rappellera que ni le volume des mandats et des honoraires ni même un rapport de travail n'est de nature à lui seul à créer une dépendance de l'expert par rapport à un assureur social (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3; arrêts TF 9C_635/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3, 8C_616/2017 du 14 décembre 2017 consid. 6.1 et les références). Même à supposer que le Dr O._____ est régulièrement mandaté par l'assurance-invalidité – ce qui ne ressort nullement des écritures de la recourante – pour réaliser des expertises dans le cadre de ses activités professionnelles, ce simple fait ne constituerait pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à un manque d'objectivité ou à une partialité de sa part, quand bien même il en retirerait l'entier de ses revenus (cf. en ce sens, arrêts TF 9C_304/2010 du 12 mai 2010 consid. 2.2 et 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). La recourante n'apporte de plus aucun élément pertinent (autre que ses impressions purement subjectives) permettant de douter de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 l'indépendance de ce médecin dans la présente affaire. On ne saurait en particulier admettre l'existence d'un motif de partialité dans le fait que l'expert a renoncé à s'entretenir avec le médecin traitant (cf. arrêts TF 8C_137/2018 du 20 août 2018; 9C_273/2017 du 28 juin 2018) et qu'il s'est donc prononcé en se fondant sur son examen clinique et les pièces médicales recueillies par l'assurance-invalidité. En tout état de cause, la critique de la recourante tombe ainsi à faux. 3.2.2. La recourante ne conteste ensuite pas véritablement les aspects formels du rapport d'expertise du Dr O._____. La Cour ne perçoit d'ailleurs aucun élément susceptible de remettre en cause son contenu ou d'envisager la situation médicale de l'assurée selon une perspective différente. A ce propos, la Cour retient que le rapport contient un résumé du dossier de l'assurance-invalidité, une anamnèse, les indications subjectives et actuelles de la recourante, des observations cliniques détaillées (status neurologique, tête et nerfs crâniens, extrémités supérieures, colonne vertébrale, extrémités inférieures et position debout/démarche) ainsi que, pour finir, une discussion exempte de contradictions du cas. Il n'y a donc aucune raison d'écarter l'expertise du Dr O._____ du dossier pour des motifs formels (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). 3.2.3. Sur le plan matériel, la recourante n'apporte aucun élément qui serait de nature à susciter un doute, même faible, quant au bien-fondé des conclusions de l'expertise du Dr O._____. En raison de l'écoulement du temps entre les dernières mesures d'instruction et le mandat d'expertise confié à l'expert, il est certes

regrettable que l'office AI n'ait pas jugé opportun de prendre contact avec le médecin traitant préalablement à la réalisation de l'expertise, démarche qui aurait permis au Dr O. _____ de disposer des avis médicaux les plus récents. Grâce à une anamnèse détaillée, l'expert a cependant été en mesure de prendre connaissance des différents séjours de l'assurée dans l'unité «J. _____» (notamment celui du 20 octobre au 13 novembre 2015) et du fait que le médecin traitant et les spécialistes consultés ne savaient «plus quoi faire» (expertise, p. 5). La recourante ne prétend du reste pas que l'expert aurait ignoré des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels, ressortant par exemple des investigations menées par les médecins qu'elle cite dans son recours, mais dont les avis ne figurent pas au dossier, et n'explique nullement en quoi le point de vue des spécialistes consultés serait objectivement mieux fondé que celui de l'expert ou justifierait la mise en œuvre d'un complément d'instruction sur le plan somatique. Au contraire, on rappellera que le Dr G. _____ a mis en évidence que la recourante ne présentait pas de signes de myélopathie ou d'une compression radiculaire (avis des 21 juin et 16 juillet 2013) et exclu la nécessité de toute nouvelle intervention chirurgicale dès juin 2013 (avis du 21 juin 2013; voir ég. avis du Dr F. _____ du 7 novembre 2013). La recourante ne présentait dès lors ni une récurrence d'une hernie discale ni une instabilité vertébrale. Le fait que le Dr E. _____ mentionne, en se fondant sur l'avis du chirurgien traitant, une «failed spinal surgery» («failed back surgery syndrome» ou FBSS) dans son avis du 5 décembre 2017 n'y change par ailleurs rien. Cette terminologie anglo-saxonne est en effet maladroite dans la mesure où elle ne définit pas un échec technique, mais des douleurs lombaires ou radiculaires rebelles apparues postérieurement à une intervention chirurgicale («syndrome cervical chronique postopératoire sans déficit neurologique»; voir expertise du Dr O. _____, p. 7). Aussi, si les médecins traitants ont recommandé à l'assurée plusieurs séjours stationnaires à l'unité de médecine psychosomatique «J. _____», c'est parce qu'ils n'ont précisément trouvé aucune explication objective sur un plan somatique aux douleurs persistantes invoquées par leur patiente. Dès 2013, les spécialistes consultés se sont dès lors orientés vers une symptomatologie douloureuse sans substrat organique objectivable. Dans de tels cas, le fait de savoir si l'atteinte en

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 cause, qui se caractérise par l'absence de déficit fonctionnel organique objectivable, entraîne une incapacité de travail et est invalidante, s'apprécie à l'aune de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et affections assimilées (cf. ATF 139 V 547 consid. 7.1.2; 136 V 279 consid. 3.2.3). L'échec des thérapies médicalement indiquées et réalisées jusqu'à fin 2017, mis en évidence par le Dr E. _____ (avis du 16 janvier et du 5 décembre 2017), est dès lors un indicateur à prendre en compte dans le cadre du degré de gravité des diagnostics psychiatriques (cf. ATF 141 V 281) mais il ne suffit en aucun cas à remettre en cause les conclusions du Dr O. _____ sur le plan somatique. 3.2.4. Quant à l'avis du Dr L. _____ du 6 août 2014, il n'est pas certain que son auteur disposait déjà du titre de spécialiste en neurochirurgie. Le registre des professions médicales (www.medregom.admin.ch) mentionne en effet un titre de médecin acquis en 2015 et de neurochirurgien en 2016. Quoi qu'il en soit, le Dr L. _____ s'est contenté de résumer les interventions chirurgicales subies par l'assurée et de constater qu'elle souffrait de trois étages cervicaux (C4-C5, C5-C6 et C6-C7). L'influence des troubles sur la capacité de travail de la recourante reposait par ailleurs sur le fait que la recourante lui a dit: «que cela lui arrive souvent de lâcher des objets même à domicile» ou «qu'elle ne peut même pas porter un plateau» (expertise du 6 août 2014, p. 3 ch. 2.1 et 2.2). Aussi, comme le docteur N. _____ l'a souligné, la seule argumentation du

Dr L. _____ pour justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée reposait sur la manière dont l'assurée elle-même ressentait et assumait ses facultés de travail, alors qu'il avait pour tâche d'établir la mesure de ce qui était raisonnablement exigible de sa part le plus objectivement possible. C'est dès lors à raison que l'office AI a écarté les conclusions de ce médecin et soumis l'assurée à une nouvelle expertise. Qui plus est, la recourante avait elle-même soulevé d'emblée des critiques contre le Dr L. _____ qui n'avait selon elle pas lu son dossier avant l'examen clinique et qui avait toujours été occupé au téléphone pendant leur entretien (note téléphonique du 2 octobre 2014). 3.3. Ensuite des considérations qui précèdent, la Cour accorde une pleine valeur probante aux conclusions du Dr O. _____ et retient que la recourante souffre, sur le plan somatique et avec effet sur sa capacité de travail, d'un syndrome cervical chronique (postopératoire) sans déficit neurologique. Elle présente en revanche une colonne cervicale pratiquement dans les limites de la norme et un status neurologique normal. D'un point de vue somatique, il n'existe dès lors aucune contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par l'expert (limite de charge au-dessus de cinq kilos, pas de position en porte-à-faux/assise/debout pendant longtemps et pas de gestes stéréotypés d'une longue durée) dès le 1er janvier 2015 à 100 %, avec une à deux pauses supplémentaires par jour. 4. Il reste à examiner les conséquences de ses atteintes de nature psychique sur sa capacité de travail. 4.1. Les expertises psychiatriques en matière de troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables réalisées avant le prononcé de l'arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281) ont été rendues par définition 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 effort de volonté raisonnablement exigible, et 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

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il convient bien 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 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). 4.2. Dans le cas présent, les éléments recueillis par l'office AI sont insuffisants et ne permettent pas à la Cour de céans de se prononcer sur l'incidence des atteintes psychiatriques de la recourante sur sa capacité de travail résiduelle. 4.2.1. S'agissant de l'«éventuel trouble somatoforme douloureux» mentionné par le Dr N. _____, la preuve d'un tel diagnostic suppose en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). En l'occurrence, le psychiatre a évoqué ce diagnostic car il ne possédait pas les conclusions d'une expertise probante sur le plan somatique. Les critères de gravité inhérents à ce diagnostic n'ont cependant pas été mis en évidence par l'expert-psychiatre (il manque en particulier l'intensité des plaintes et la détresse) et les médecins traitants n'ont fait état dans les derniers avis produits au dossier. Les critères de classification diagnostique d'un trouble somatoforme font par conséquent défaut (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1.1). Quant au Dr

O. _____, il a diagnostiqué de manière convaincante un syndrome cervical chronique (postopératoire) sans déficit neurologique (consid. 3.2 supra). En l'absence de tout substrat organique, il y a dès lors lieu d'examiner les effets de ce dernier diagnostic sur la capacité de travail de la recourante selon les règles valables par analogie pour les troubles somatoformes douloureux (consid. 3.2.3 supra). 4.2.2. La capacité de travail exigible doit ainsi être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (ATF 141 V 281 consid. 4.4). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4). 4.2.3. Dans le cas présent, le Dr N. _____ a, en raison des défauts de l'expertise du Dr L. _____, renoncé tout d'abord à discuter les anciens standards applicables en cas de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49; 130 V 352). En présence d'une symptomatologie sub-dépressive (de type dysthymie), il s'est ensuite concentré sur le point de savoir si l'ensemble des thérapies médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art avaient échoué (cf. ATF 140 V 193). A ce propos, il a considéré que l'assurée n'avait jamais bénéficié de traitement antidépresseur dans les règles de l'art (sauf un antidépresseur tricyclique contenant de l'amitriptyline [U. _____] connu pour son effet légèrement antalgique et sédatif le soir) et que la prescription des opiacés n'était pas un traitement indiqué pour des troubles douloureux. La jurisprudence sur laquelle repose cet examen a toutefois été abandonnée par le Tribunal fédéral fin 2017 et le critère de la « résistance à la

thérapie » n'a aujourd'hui plus la même importance en présence d'une symptomatologie dépressive (cf. ATF 143 V 409). Toutes les affections psychiques – y compris le cas échéant une dysthymie lorsqu'elle est associée à d'autres troubles (cf. ATF 143 V 418 consid. 8.1) – doivent désormais faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (consid. 4.2.2 supra), à moins que cet examen n'apparaisse concrètement pas nécessaire ou ne convienne pas (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.5). Cela étant, la Cour retient que l'expert psychiatrique s'est concentré sur la réfutation d'un présupposé selon lequel une atteinte à la santé de type dysthymie n'est pas invalidante. Ce faisant, les éléments discutés par le Dr N. _____ ne sont pas suffisants pour pallier, au regard de la jurisprudence actuelle, le manque de preuves en relation avec l'évaluation de l'incapacité de travail en cas de syndrome cervical chronique (postopératoire) sans déficit neurologique. Si l'expert a par ailleurs évoqué, à la marge, certains éléments pertinents au sens de l'ATF 141 V 281, notamment en ce qui concerne le succès du traitement, les comorbidités et les complexes «Personnalité» et «Contexte social» (voir expertise psychiatrique, p. 10, 12, 13 et 20), ils ne suffisent pas pour se prononcer utilement sur la capacité de travail de l'intéressée. Il manque en particulier l'avis d'un médecin psychiatre sur le point déterminant de savoir si la recourante présente une limitation uniforme des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (aspect de la cohérence; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4). Il n'appartient en particulier pas à la Cour de céans de substituer son avis à celui d'un psychiatre. 4.2.4. Pour le reste, l'office AI n'a pas jugé utile de recueillir l'avis des médecins spécialistes consultés par la recourante depuis 2015 (aucun avis psychiatrique récent ne figure au dossier) ou de demander l'avis d'un médecin de son Service médical régional (SMR) après les conclusions du Dr N. _____. En réalité, l'autorité intimée n'a investigué la problématique médicale de la recourante et n'a déterminé la capacité de travail exigible de celle-ci que sous l'angle somatique, ce qui est insuffisant en présence d'un syndrome cervical chronique (postopératoire).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 5. A la lumière des éléments qui précèdent, l'autorité intimée ne pouvait considérer, sans procéder à des éclaircissements complémentaires, que la recourante présentait une capacité de travail de 100 % sur les plans somatique et psychiatrique. Il apparaît ainsi qu'elle s'est prononcée sur la base d'un dossier lacunaire au plan médical, n'ayant qu'insuffisamment investigué les atteintes présentées par la recourante sur le plan psychiatrique. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1), cette solution apparaissant comme la plus opportune. Partant, le recours doit être admis, la décision du 8 août 2017 annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle mette en œuvre les mesures d'instruction qui s'imposent sur le plan médical (après avoir requis du médecin traitant les avis des médecins spécialistes consultés par la recourante depuis 2015), puis rende une nouvelle décision. 6. 6.1. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, fixés à CHF 800.-, seront mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais (CHF 800.-) sera restituée à la recourante après l'entrée en force du présent arrêt. 6.2. Le renvoi de la cause vaut gain de cause total s'agissant de l'octroi des dépens (cf. ATF 133 V 450 consid. 13; 132 V 215 consid. 6.1). Partant, la recourante a droit à une indemnité pour ses frais et dépens, conformément à l'art. 61 let. g LPGA. Le mandataire a produit une note de frais exposant chacune des opérations effectuées (du 24 janvier 2017 au 29 juin 2018) et précisant le temps requis. La note de frais totalise CHF 4'631.25 (CHF 4'150.- d'honoraires pour 996 minutes au tarif de CHF 250.-/heure, CHF 49.- de photocopies, CHF 89.20 de débours et CHF 343.05 de TVA). L'activité déployée apparaît adaptée à la difficulté du cas,

mais les activités déployées préalablement à la décision attaquée du 8 août 2017 ne seront pas prises en considération. Le prix des photocopies s'élève par ailleurs à 40 centimes par copie isolée (format A4), tandis que la TVA était de 8 % jusqu'au 31 décembre 2017, puis de 7.7 % dès le 1er janvier 2018 (art. 25 al. 1 LTVA [RS 641.20]). Après le dépôt de sa note de frais, on ajoutera que le mandataire a encore déposé une écriture complémentaire. Compte tenu de la note de frais produite (opérations reprises du 8 août 2017 à ce jour), arrêtée conformément aux art. 146ss du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et au tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), l'indemnité s'élève à CHF 2'786.60; soit CHF 2'522.66 (CHF 2'287.50 d'honoraires pour 549 minutes au tarif de CHF 250.-/heure, CHF 22.40 de photocopies, CHF 25.90 de débours et CHF 186.86 de TVA à 8 %) jusqu'au 31 décembre 2017, puis à CHF 263.94 (CHF 241.67 pour 58 minutes au tarif de CHF 250.-/heure, CHF 0.40 pour une photocopie, CHF 3.- de débours et CHF 18.87 de TVA à 7.7 %).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours (608 2017 199) est admis. Partant, la décision du 8 août 2017 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. L'avance de frais de CHF 800.-, effectuée le 11 septembre 2017 par la recourante, lui est restituée. III. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'786.60 (dont CHF 205.75 au titre de la TVA) et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. 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 18 février 2019/obl Le Président : La Greffière-stagiaire :

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