

FR_GERICHTE 608 2017 208 vom 1. Oktober 2018

FR Kantonsgericht, 2018-10-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_208

FR: FR_GERICHTE 608 2017 208 du 1 octobre 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 208 del 1 ottobre 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

E. 2.1

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. Selon 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 de la façon suivante: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50 % au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente; enfin, un taux de 70 % au moins donne droit à une rente entière (al. 2). 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).

E. 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. Toutefois, on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 consid. 1.2, 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 2.2.1

Depuis le 30 novembre 2017, la preuve du caractère invalidant d'un trouble dépressif doit désormais être apportée selon la même procédure probatoire structurée que pour les troubles somatoformes douloureux et autres pathologies associées, en appliquant les indicateurs définis à l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 409). Cela vaut, en particulier aussi pour les dépressions légères à moyennes. Dans ce contexte, la résistance du trouble dépressif à un traitement conduit dans les règles de l'art n'est qu'un élément parmi d'autres. Il s'agit désormais aussi de comprendre les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, ce qui suppose de tenir compte d'un ensemble de facteurs considérés dans leur globalité. Ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble. Dans cette évaluation des conséquences d'un trouble psychique, le diagnostic n'est plus au centre. Aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne saurait être déduite du seul diagnostic. Il convient plutôt d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves à l'aide des indicateurs, dès lors que des problèmes de preuve analogues se posent pour ce type de troubles. Au mieux, en fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. La preuve d'une invalidité ouvrant droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. La personne assurée conserve le fardeau de la preuve du caractère invalidant de sa pathologie. Le médecin, respectivement l'expert, doit expliquer de manière plausible comment un trouble dépressif léger ou moyen, malgré – en principe – une bonne accessibilité au traitement, entraîne des limitations fonctionnelles qui se répercutent sur la capacité de travail de la personne assurée. Dans le même élan, le TF étend l'application de la procédure probatoire définie à l'ATF 141 V 281 à l'ensemble des troubles psychiatriques, dès lors que la majorité des troubles psychiatriques sont en réalité aussi peu objectivables que les troubles somatoformes douloureux et pathologies associées (ATF 143 V 418). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à la procédure structurée d'administration des preuves de l'ATF 141 V 281 lorsque celle-ci n'est pas nécessaire pour établir les faits ou qu'elle ne convient pas. Cela dépendra du besoin concret de preuve. Selon le TF, il en va ainsi, premièrement, lorsque l'on se trouve en présence de diagnostics "assimilables" à des troubles physiques (schizophrénie, anorexie, etc.) et que les évaluations médicales sont claires et concordantes, tant sur la question du diagnostic que celle des limitations fonctionnelles. Ensuite, on peut aussi renoncer à l'examen des indicateurs lorsque des rapports médicaux ayant pleine valeur probante concluent de manière convaincante à une incapacité de travail, sans que d'autres rapports de valeur équivalente n'établissent le contraire.

E. 2.2.2

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient "résistantes à la thérapie". Avec le changement de pratique adopté par le Tribunal fédéral, cela ne vaut plus de manière aussi absolue. La

question déterminante est de savoir, comme pour les autres maladies psychiques, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, compte tenu du fait qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15

E. 2.3

Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. 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; arrêts TF 9C_881/2009 du 1er juin 2010 consid. 4.2.3 et I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

E. 2.4

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 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256 consid. 4, 105 V 158). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe,

n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). 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 citées). En présence d'avis médicaux

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 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. S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 3

L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue généralement en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI) ou, en cas de révision, au moment de la modification du droit à la rente (art. 88a RAI).

E. 3.1

Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente. Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). On ne saurait s'écarter du

dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé pour le seul motif que celui-ci disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (PJA 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a) (arrêt TF I 58/05 du 3 mai 2006, consid. 3.1).

E. 3.2

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré,

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalidité doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (ATF 126 V 75, 124 V 321 consid. 3b/aa et les références / VSI 1999 p. 51 consid. 3b/aa / SVR 1999 IV n°6 p. 15, n°11 p. 29; VSI 1999 p. 54 consid. 3a, 1998 p. 293 consid. 3b; RCC 1991 p. 332 s. consid. 3c, 1989 p. 332 consid. 3b; P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, thèse Fribourg 1995, p. 215). A cet égard, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (RAMA 2001 n°U 439 p. 347). En outre, le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidité. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidité qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; arrêts TF I 724/02 du 10 janvier 2003 consid. 4.2.1 et 9C_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.2). Par ailleurs, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C_490/2011 consid. 4.2).

E. 4

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

E. 4.1

Pour rendre la décision litigieuse, l'autorité intimée s'est basée sur les rapports d'expertises de la Dresse E. _____, spécialiste en rhumatologie, et du Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et a considéré que les rapports subséquents émanant des différents médecins traitants ne présentaient pas de faits nouveaux susceptibles de modifier durablement l'exigibilité médico-théorique retenue par les experts. Dans son rapport du 17 août 2015 (dossier OAI, p. 388), l'experte-rhumatologue retient les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de cervicalgies/cervicobrachialgies chroniques à prédominance gauche non déficitaires, de status post-cure pour hernie discale C5-C6 droite avec mise en place d'une prothèse de disque (décembre 2007), de lombalgies chroniques, de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 lombo-cruro-sciatalgies droites discrètement sensitivo-déficitaires dans le cadre de troubles dégénératifs et de séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann. Comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, elle retient en outre une fibromyalgie, une discrète périarthrite scapulo-humérale de l'épaule droite sur tendinite du muscle long chef du biceps et une obésité. Ses conclusions sont les suivantes: "Actuellement, [l'expertisée] se plaint de cervicalgies, parfois d'une irradiation algique dans le membre supérieur gauche, de lombalgies avec irradiation algique dans le membre inférieur droit avec parfois des paresthésies dans les orteils II-III du pied droit et d'une hypoesthésie couvrant un territoire L2-L3-L4-L5, de douleurs aux hanches des deux côtés, de douleurs à l'épaule droite et de gonalgies gauches. L'anamnèse des douleurs est de type mécanique. Le status cervical est dans les limites de la norme avec une diminution modérée des amplitudes articulaires, une myogélose discrète bilatérale des muscles trapèzes des deux côtés. Le status dorso-lombaire est dans les limites de la norme avec une mobilité conservée, peu douloureuse, et sans contracture musculaire para vertébrale. L'examen de l'épaule droite est rassurant, évoque une discrète tendinite du long chef du biceps, laquelle devrait guérir avec un traitement adéquat, n'entraîne pas d'incapacité de travail à long terme. L'examen du genou gauche est dans les limites de la norme. Les douleurs de hanche des deux côtés, marqués cliniquement par une palpation rétrotrochantérienne douloureuse, rentrent plutôt dans le cadre d'une fibromyalgie (cf. ci-dessous), car par ailleurs l'examen des hanches est normal. Les investigations radiologiques, rapportées ci-dessus, objectivent des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires marqués, des troubles dégénératifs minimes de la hanche droite. Il nous apparaît cependant une discordance entre l'intensité des douleurs annoncées et les constatations cliniques objectives. Sur la base de l'anamnèse d'un sommeil ressenti comme non réparateur, d'une fatigue chronique, d'autres troubles fonctionnels (vertiges, ballonnements abdominaux, côlon spastique,...), de la présence sur le plan clinique de 13/18 points typiques de la fibromyalgie positifs à la pression (selon les critères, sont requis 11/18 points), en l'absence d'élément anamnestique, clinique ou radiologique en faveur d'une étiologie rhumatismale inflammatoire/immunologique, nous retenons qu'un syndrome fibromyalgique participe à la persistance de la symptomatologie algique. En ce qui concerne la capacité de travail, sur le plan rhumatologique, une activité adaptée est exigible de [l'expertisée] à 80 % sans perte de rendement. Nous retenons 20 % d'incapacité de travail en raison des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires associés, marqués pour l'âge, du status post intervention sur la colonne cervicale. Ceci aussi afin d'éviter des décompensations algiques susceptibles d'entraîner une incapacité de travail à

long terme". Pour sa part, dans son rapport du 1er octobre 2015 (dossier OAI, p. 409), l'expert-psychiatre ne pose aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail et retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode léger à moyen avec syndrome somatique (F33.01) et de personnalité anxieuse/évitante (F60.6) comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail. Il explique pourquoi il s'écarte de l'appréciation du psychiatre traitant s'agissant du syndrome post-traumatique et du trouble dépressif. Il relève ainsi que "pendant l'entretien [il n'a] pas pu déceler des signes et des symptômes d'un PTSD [Posttraumatic stress disorder]. En effet, l'assurée parle sans difficulté de l'accident, avec une certaine anxiété mais il n'y a pas de cauchemars, pas de phénomènes de flashback. De plus, l'assurée a pu reprendre la conduite d'une voiture. A signaler que l'assurée indique avoir déjà eu un premier accident en 1974, une collision frontale durant laquelle elle était assise devant sur les genoux de sa mère, elle a alors traversé le parebrise et elle en garde des marques sur le visage. On aurait pu effectivement s'attendre à ce que lors du deuxième accident de 2013, les phénomènes d'après-coup apparaissent avec des signes d'un

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 PTSD, mais ceux-ci ne sont pas visibles au moment de l'entretien". Il précise également que "en ce qui concerne le trouble dépressif, cette assurée présente un trouble dépressif qui est réactionnel aux douleurs, mais qui est plutôt léger au moment de l'entretien ainsi que du point de vue anamnestique. Dans ce sens-là, mon appréciation s'écarte de celle du Centre G. _____ qui considère le trouble dépressif comme ayant été léger dans un premier temps puis moyen. Malheureusement, il n'y a aucune indication concernant les signes et symptômes d'un tel état dépressif. Selon la CIM-10, il n'y a aucun critère concernant le trouble dépressif moyen". Il estime ainsi que "cette assurée présente des ressources pour faire face à ses douleurs et elle pourrait travailler dans une activité légère sans avoir beaucoup de responsabilités, comme cela a été le cas jusqu'à présent. Le pronostic, étant donné la présence de la douleur et d'une éventuelle évolution vers un trouble somatoforme, reste réservé". Il ajoute encore que "du point de vue psychique, [il] s'écarte de la perception du Centre G. _____ qui considère les limitations fonctionnelles de l'assurée, soit une forte labilité émotionnelle, crises d'angoisse, perte d'estime de soi, fatigabilité, faible tolérance au stress et une capacité d'adaptation très limitée, comme handicapantes. En effet, l'assurée peut avoir une labilité émotionnelle avec des angoisses qui ne sont pas handicapantes. La perte d'estime de soi est provoquée plutôt par les douleurs que l'assurée vit comme étant très pénibles. La fatigue est vraisemblablement provoquée par la haute dose de Morphine qu'elle prend. Quant à la faible tolérance au stress, celle-ci n'a pas été démontrée lors du stage d'entraînement ; au contraire, l'assurée s'est adaptée et si elle a arrêté, c'est à cause des douleurs. Elle présente donc des capacités d'adaptation qui sont bien présentes". Enfin, ses conclusions sont les suivantes: "Compte tenu de ce qui précède et après examen et étude du dossier, nous pouvons dire que le principal problème de cette assurée est la douleur, avec une tristesse qui s'est installée secondairement aux difficultés de l'assurée à supporter la douleur, avec une prise de Morphine qui provoque certainement des troubles cognitifs tels qu'une diminution de la mémoire des faits nouveaux et de la concentration, ainsi qu'une fatigabilité. Puisque la tristesse existe au moins depuis 2012, nous pouvons parler, selon les critères de la CIM-10, d'un trouble dépressif récurrent, qui était léger au moment de l'entretien et qui, du point de vue anamnestique, a toujours été entre léger et moyen et n'a pas provoqué des limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique qui empêcheraient l'assurée de travailler. En l'absence d'atteinte à la santé significative, cette assurée a toujours été capable de travailler à 100% ". Dans leur consensus, les deux experts estiment donc qu'une capacité de travail de

80 % sans perte de rendement dans une activité adaptée est exigible. Dans un courrier du 4 février 2016 (dossier OAI, p. 455), le Dr H. _____, médecin généraliste, indique que l'assurée est adressée à la consultation de la Dresse I. _____, spécialiste en rhumatologie, pour l'évaluation de la spondylarthropathie axiale, selon lui, confirmée par IRM. Pour sa part, le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre G. _____, conteste, dans un courrier du 24 février 2016 (dossier OAI, p. 456), les conclusions de l'expertise, estimant que, depuis septembre 2015, l'état de santé physique de l'assurée s'est nettement péjoré et que cela a accentué ses symptômes anxieux et dépressifs. En revanche, il ne pose aucun diagnostic. Dans un rapport du 13 avril 2016 (dossier OAI, p. 466), le Dr K. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci- après: SMR), estime que l'expertise bidisciplinaire remplit les critères de qualité requis et que ses conclusions peuvent donc être validées sur le plan médical. Il souligne en outre que l'hypothèse d'une spondylarthrite n'est pas nouvelle, puisqu'elle a déjà été évoquée en 2014 et que cette

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 suspicion a conduit à réaliser une IRM des articulations sacro-iliaques, laquelle a été interprétée comme négative. Il souligne enfin qu'en ce qui concerne la capacité de travail, ce sont les limitations fonctionnelles objectives qui sont déterminantes et pas les diagnostics. Néanmoins, il préconise de demander un rapport à la Dresse I. _____. Dans son rapport du 2 juin 2016 (dossier OAI, p. 477), cette spécialiste ne retient qu'une probable spondylarthropathie indifférenciée, car, selon le bilan radiologique, l'IRM des sacro-iliaques ne montre pas de lésion franche pour une spondylarthropathie. Pour le reste, les diagnostics retenus sont les mêmes que ceux posés par l'experte-rhumatologue. Elle estime toutefois que, compte tenu des symptômes présentés, de la fatigue très conséquente ainsi que du traitement médicamenteux (pouvant induire des troubles de la concentration entre autres), la patiente ne peut pas entreprendre une activité professionnelle. Dans un rapport du 7 juillet 2016 (dossier OAI, p. 481), le médecin SMR fait les constatations suivantes: "En l'absence de nouveau diagnostic avéré et de modification du status clinique, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale demeurent inchangées depuis l'expertise bidisciplinaire qui date de moins d'une année. L'appréciation de la capacité de travail par la Dresse I. _____ résulte d'une appréciation différente d'une situation inchangée. Elle est basée essentiellement sur un diagnostic hypothétique et des éléments subjectifs. Elle ne peut pas être validée du point de vue de la médecine d'assurances". Suite aux objections de l'assurée, de nouveaux rapports médicaux ont été demandés aux différents médecins traitants. Dans un courrier du 26 janvier 2017 (dossier OAI, p. 551), le Dr L. _____, spécialiste en neurologie, explique qu'il n'a vu la patiente qu'à une reprise et qu'il n'a pas retenu de diagnostic neurologique. Dans son rapport du 25 novembre 2016 (dossier OAI, p. 552), il relève que "les troubles sensitifs annoncés par [la] patiente, décrit[s] à l'anamnèse dans un tout autre territoire que celui où elle indique les troubles sensitifs à l'examen physique, ne suggère[nt] aucune localisation neurologique précise et ne ressemblent à aucun syndrome neurologique courant". Il conclut ainsi à la présence de troubles sensitifs purement subjectifs et aspécifiques. Dans son rapport du 27 mars 2017 (dossier OAI, p. 565), le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pose le nouveau diagnostic de status post-microdisectomies C5-C6 et C4-C5 et arthrodèses intersomatiques par cage Tryptik small, 5mm convexes, pré-remplies au DBX Putty ainsi que spondylodèse C4-C6 par plaque CSLP 37 mm le 11 février 2017 pour un déficit de force au niveau du biceps et du deltoïde droits sur hernie discale C4-C5 médio-latérale droite et hernie discale C5-C6

foraminale droite et confirme les diagnostics de status post-implantation d'une prothèse totale de disque C6-C7 ainsi que lombosciatalgies S1 droite et L4 gauche. Il relève que "l'intervention s'était bien déroulée avec récupération complète de la sensibilité et de la motricité du MSD en postopératoire. La patiente s'était représentée le 20.02.2017 avec un nouveau déficit moteur du MSD mais qui s'est spontanément résolu. L'évolution est depuis favorable avec motricité, sensibilité complètes et disparition des douleurs dans le MSD. Le contrôle radiologique à 6 semaines est favorable. La patiente présente par contre des douleurs lombaires avec des irradiations L4 G et S1 à D. Nous allons bilancer par IRM de la colonne lombaire". Au sujet de la capacité de travail, il estime qu'en ce qui concerne les problèmes cervicaux, l'activité exercée jusqu'ici est exigible, mais qu'au niveau lombaire, il faut réévaluer la situation après l'IRM. Il précise toutefois qu'on pourrait s'attendre à une perte de rendement de 10 à 15 % maximum.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 Dans son rapport du 10 avril 2017 (dossier OAI, p. 572), la Dresse I._____ confirme les diagnostics déjà retenus et estime que la capacité de travail de la patiente est nulle. Elle constate que cette dernière souffre de lombalgies chroniques dont l'intensité s'accroît et qu'actuellement, ses rachialgies entraînent des réveils nocturnes fréquents et une raideur matinale de plus d'une heure. Elle précise que les traitements mis en place pour les lombalgies (infiltrations et physiothérapie) n'atténuent pas la symptomatologie. Elle ajoute que la patiente mentionne aussi des gonalgies gauches qui entraînent des réveils nocturnes et des douleurs en regard de l'épicondyle latéral droit depuis début avril 2016. Dans un courrier du 1er mai 2017 (dossier OAI, p. 591), le Dr J._____ informe que, depuis janvier 2017, il observe une péjoration de l'état de santé psychique de la patiente et fait les constatations suivantes: "Au niveau affectif, [la patiente] présente une rechute des symptômes anxio-dépressifs avec humeur dépressive, perte d'intérêt et de plaisir, irritabilité, anxiété, asthénie, fatigabilité, troubles de la concentration, perte d'espoir ainsi que des idées suicidaires avec plan établi sous forme de demande d'assistance au suicide auprès d'EXIT. Sur le plan social, on note un retrait important ainsi qu'une incapacité à accomplir les activités de la vie quotidienne. [La patiente] passe en effet la plupart du temps de la journée alitée. Elle est actuellement incapable de se rendre aux rendez-vous fixés au Centre G._____ et les séances se font principalement par téléphone. Le contexte familial, actuellement conflictuel, est de plus, un facteur aggravant la fragilité psychique de la patiente. Enfin, à la symptomatologie psychique, s'ajoutent les douleurs somatiques importantes dont [l'assurée] souffre depuis plusieurs années et pour lesquelles des hospitalisations ont eu lieu en début d'année. Actuellement, la souffrance psychique et physique est telle que la patiente a entrepris une demande auprès d'EXIT, assistance au suicide, en mars 2017. Au vu de la dégradation de l'état de la patiente et de son déconditionnement global, l'intervention d'une infirmière en psychiatrie à domicile, Mme [...], a été mise en place à la fin 2016 par le Dr H._____, au rythme d'une fois par semaine". Dans un rapport du 3 mai 2017 (dossier OAI, p. 586), le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen depuis l'adolescence et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline depuis le début de l'âge adulte. Il indique avoir suivi la patiente du 20 décembre 2016 au 28 février 2017. Son constat médical est le suivant: "La clinique était dominée par une thymie triste et un ralentissement psychomoteur associé à des plaintes algiques diverses. Néanmoins, les troubles du sommeil étaient prépondérants dans la verbalisation des différentes plaintes". Il estime qu'en raison des problèmes somatiques et psychiatriques, le pronostic est défavorable pour une activité à un

taux supérieur à 30-40 %. Dans son rapport du 14 juin 2017 (dossier OAI, p. 600), le Dr K. _____ retient que "le seul fait nouveau sur le plan médical objectif est l'intervention pour hernie discale cervicale du 11.02.2017. L'évolution objective est décrite comme favorable, avec disparition des symptômes neurologiques. En rapport avec cette intervention, on retiendra une incapacité de travail totale dans toute activité pendant 3 mois à dater de l'opération. Passé ce délai de convalescence, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale sont à nouveau celles fixées dans le rapport d'expertise rhumatologique du 17.08.2015, qui tenaient déjà compte de «cervicalgies/cervicobrachialgies chroniques» et d'un «status post-cure pour hernie discale C5-C6 droite avec mise en place d'une prothèse de disque (décembre 2007)» (p. 13). Il n'y a aucun autre fait nouveau objectif, ni sur le plan rhumatologique, ni sur le plan psychiatrique, susceptible de modifier durablement l'exigibilité médico-théorique précédemment établie".

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 Dans un courrier du 14 août 2017 (dossier OAI, p. 607), le Dr H. _____ atteste que, pour raison médicale, la recourante est actuellement en incapacité totale de travailler, même dans une activité adaptée. Il explique qu'en novembre 2016, une situation de crise a justifié un réseau et une mise en place de l'aide externe pour la gestion de la médication avec surveillance et aide à la compliance. Il ajoute que, dans le courant 2017, en raison de douleurs insupportables et d'une situation de détresse psychologique, la patiente a fait une demande auprès d'Exit pour une assistance au suicide. Sur la base de ces éléments et en particulier des nouvelles difficultés avec la médication et des effets secondaires de celle-ci, il confirme qu'une incapacité de travail à 100 % est actuellement établie.

E. 4.2

Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans estime tout d'abord que l'expertise bidisciplinaire remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été réalisée par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et en tenant compte des plaintes exprimées par l'assurée. En outre, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont dûment motivées et convaincantes. Les opinions contraires des médecins traitants ne sont pas suffisamment étayées pour mettre en doute ces dernières. En effet, d'une part, l'expert-psychiatre s'est prononcé de façon convaincante sur les autres diagnostics évoqués par le Dr J. _____ et a indiqué les raisons pour lesquels ceux-ci ne peuvent pas être retenus. D'autre part, les avis de la Dresse I. _____ et du Dr H. _____, qui reposent sur les mêmes diagnostics que ceux retenus en particulier par l'experte-rhumatologue, étant précisé que le diagnostic de spondylarthropathie n'a pas été confirmé, résultent d'une appréciation différente d'un même état de fait. S'agissant du diagnostic psychiatrique de trouble dépressif récurrent, épisode léger avec syndrome somatique, tout comme pour le diagnostic somatique de fibromyalgie, les experts ne font certes pas application de la dernière jurisprudence fédérale au sujet des troubles psychiques, qui doivent dorénavant tous être soumis à la grille d'évaluation normative et structurée selon l'ATF 141 V 281. Toutefois, les éléments contenus en particulier dans les rapports de la Dresse E. _____ et du Dr F. _____ permettent une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des exigences relatives au diagnostic et aux indicateurs déterminants issues de la nouvelle jurisprudence. Ainsi, en ce qui concerne l'indicateur "atteinte à la santé",

l'expert-psychiatre relève que l'assurée présente une tristesse en fonction des douleurs et que l'humeur est légèrement dépressive. Il n'y a pas de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Il indique la présence de sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement, mais pas de sentiments d'inutilité ou de ruine. Il considère que l'élan vital n'est pas perturbé. En outre, il constate un comportement démonstratif concernant les douleurs (dossier OAI, p. 419). Pour sa part, l'experte-rhumatologue constate une discordance entre l'intensité des douleurs et les constatations cliniques (dossier OAI, p. 402). On ne peut dès lors pas retenir un caractère prononcé des éléments et symptômes pertinents pour le diagnostic. S'agissant de l'indicateur "personnalité", l'expert-psychiatre fait les constatations suivantes: "L'assurée peut avoir une labilité émotionnelle avec des angoisses qui ne sont pas handicapantes. La perte d'estime de soi est provoquée plutôt par les douleurs que l'assurée vit comme étant très pénibles. La fatigue est vraisemblablement provoquée par la haute dose de Morphine qu'elle

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 prend. Quant à la faible tolérance au stress, celle-ci n'a pas été démontrée lors du stage d'entraînement; au contraire, l'assurée s'est adaptée et si elle a arrêté, c'est à cause des douleurs. Elle présente donc des capacités d'adaptation qui sont bien présentes" (dossier OAI, p. 424). Pour l'indicateur "contexte social", l'assurée vit avec son mari et ses deux filles, nées d'un précédent mariage. Ces dernières l'aident pour le ménage. Elle a également un fils qui ne vit pas avec eux et a aussi des contacts avec sa mère. On doit donc conclure que la recourante possède certaines ressources mobilisables au sens de la jurisprudence. Enfin, en ce qui concerne l'indicateur "cohérence", l'experte-rhumatologue relève qu'il existe une discordance entre l'intensité des douleurs annoncées et les constatations cliniques objectives (dossier OAI, p. 402). Pour sa part, l'expert-psychiatre souligne également que la recourante a des difficultés à gérer ses douleurs qu'elle vit comme étant très handicapantes, mais qui ne la gênent pas dans ses activités journalières, comme par exemple pour faire de petites promenades ou faire son ménage à son rythme ou pour partir en vacances (dossier OAI, p. 422). Compte tenu de l'analyse des indicateurs ci-dessus, on peut dès lors suivre les conclusions de l'expert-psychiatre qui retient que, sur le plan psychique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles propres à justifier une incapacité de travail, respectivement une perte de rendement.

E. 4.2.1

Par ailleurs, il faut relever que la recourante a renoncé à contester l'exigibilité retenue consensuellement par les experts, à savoir une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, pour la période allant jusqu'au 31 décembre 2015. Pour cette période, elle estime toutefois qu'un abattement de 15 % sur le salaire d'invalidé retenu doit être opéré pour tenir compte des nombreuses limitations fonctionnelles susceptibles d'influer sur ses perspectives salariales même dans une activité légère. A cet égard, il faut rappeler que l'administration jouit d'un large pouvoir d'appréciation et que le juge ne s'écarte pas de celle-ci sans motif pertinent. Or, en l'espèce, les experts ont expliqué qu'ils ont retenu 20 % d'incapacité de travail en raison des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires associés, marqués pour l'âge, et du status post intervention sur la colonne cervicale. Ils ont précisé que c'est aussi pour éviter des décompensations algiques susceptibles d'entraîner une incapacité de travail à long terme. Ils ont ainsi déjà tenu compte en partie de l'incidence des limitations fonctionnelles dans ce 20 %. En outre, pour fixer le revenu d'invalidé, l'autorité intimée s'est fondée, conformément à la jurisprudence, sur les données économiques statistiques,

singulièrement sur le revenu auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 1 de qualification). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et 9C_808/2015 du 29 février 2016 consid. 3.2 et les références citées). L'autorité intimée n'a donc pas versé dans l'arbitraire en ne procédant pas à un abattement pour désavantage salarial sur le salaire d'invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 Les autres éléments du calcul n'étant pas contestés, le taux d'invalidité présenté par la recourante a été correctement fixé à 34 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

E. 4.2.2

La recourante estime en outre que, depuis le 1er janvier 2016, sa situation médicale s'est dégradée. Or, aucun des rapports médicaux subséquents ne laisse apparaître une réelle aggravation de l'état de santé depuis la date des expertises. En effet, dans ses rapports du 2 juin 2016 et du 10 avril 2017, la Dresse I. _____ retient les mêmes diagnostics que l'experte-rhumatologue, étant rappelé que celui de spondylarthropathie n'a pas été confirmé par l'IRM des sacro-iliaques. En outre, dans son rapport du 25 novembre 2016, le Dr L. _____ atteste qu'il n'y a aucune atteinte neurologique. Dans son courrier du 14 août 2017, le Dr H. _____ fait certes état de deux éléments nouveaux, soit une intervention chirurgicale pour hernie discale cervicale subie le 11 février 2017 et une demande auprès d'Exit, pour justifier une incapacité de travail de 100 %. Cela étant, concernant le premier, le Dr M. _____ explique clairement, dans son rapport du 27 mars 2017, que l'intervention s'est bien déroulée avec une récupération complète de la sensibilité et de la motricité du membre supérieur droit en postopératoire et que, mis à part un nouveau déficit moteur qui est survenu une dizaine de jours plus tard, mais qui s'est spontanément résolu, l'évolution est depuis favorable avec motricité et sensibilité complètes, disparition des douleurs dans le membre supérieur droit et contrôle radiologique à 6 semaines favorable. Cet élément ne peut donc avoir qu'une influence temporaire sur la capacité de travail, estimée à 3 mois par le médecin SMR, et ne peut être retenu comme une aggravation durable de l'état de santé. Le deuxième élément démontre sans aucun doute une détresse certaine de la part de la recourante. Cependant, à défaut d'un nouveau diagnostic effectif ou d'une aggravation avérée dans les diagnostics psychiatriques existants, cet élément ne peut pas à lui seul, sans être accompagné d'une explication médicale circonstanciée, justifier une aggravation de l'état de santé. En effet, dans ses rapports du 24 février 2016 et du 1er mai 2017, le Dr J. _____ atteste certes une péjoration de l'état de santé, mais ne la précise pas en mentionnant par exemple un épisode dépressif sévère. Le rapport du 3 mai 2017 du Dr N. _____ n'est pas non plus pertinent, puisqu'il retient un trouble dépressif récurrent, épisode moyen depuis l'adolescence et un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline depuis le début de l'âge adulte qui limiterait la capacité de travail de la recourante à un taux maximum de 30-40 %, alors que cela ne l'a pas empêchée de travailler à 100 % jusqu'en août 2011. La Cour de céans estime dès lors qu'aucun de ces

éléments n'est suffisant pour justifier une aggravation de l'état de santé, de sorte que l'autorité intimée était en droit de retenir que l'exigibilité fixée par les experts dans leurs expertises de 2015 était encore valable au moment de la décision querellée.

E. 4.3

Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 1er octobre 2018/meg Le Président : La Greffière-rapporteuse :

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