

FR_GERICHTE 608 2017 296 vom 22. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_296

FR: FR_GERICHTE 608 2017 296 du 22 août 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 296 del 22 agosto 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 7

décembre 2017 devant le Tribunal cantonal de Fribourg. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière depuis le 1er juillet 2016.

Subsidiairement, la recourante demande le renvoi de la cause à l'OAI pour la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. A l'appui de ses conclusions, la recourante souligne, d'une part, que l'OAI aurait dû diligenter une expertise par ses propres soins au lieu de se baser sur celle de la clinique B._____, mandatée par D._____. Etant donné que les conclusions de l'expertise tranchaient singulièrement avec l'opinion unanime des médecins traitants, manquait un état de fait constant, raison pour laquelle l'OAI ne pouvait pas renoncer à mettre en œuvre une expertise. D'autre part, la recourante estime que l'expertise de la clinique B._____ présente des manquements par rapport aux réquisits jurisprudentiels. En premier lieu, elle fait valoir que les expertes n'ont pas eu le dossier médical à leur disposition et que l'expertise ne contient dès lors pas de liste exhaustive de la documentation médicale existante. De plus, les expertes ne se sont pas prononcées en détail sur les avis médicaux retenant une incapacité de travail. Quant à ses plaintes, la recourante cite plusieurs

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 exemples tirés de l'expertise démontrant que les spécialistes les ont présentées de manière subjective, mettant en doute leur authenticité. Enfin, la recourante critique la méthode de travail utilisée, notamment le fait de conclure à une capacité de travail entière avant d'avoir vu les IRM ou encore de n'avoir fait qu'un seul test psychologique. Finalement, s'agissant de la prise de position du rhumatologue, elle est d'avis que l'analyse de la spondylarthrite dont elle souffre est erronée. La recourante a versé une avance de frais de CHF 800.- le 15 janvier 2018. Par courrier du 29 janvier 2018, l'OAI maintient sa position et conclut au rejet du recours en renvoyant à la motivation de la décision attaquée. Dans ses contre-observations du 7 mars 2018, la recourante soulève le manque d'indépendance de la clinique B._____ en se référant à l'arrêt du TF 2C_32/2017 du 22 décembre 2017, lequel révèle des pratiques abusives au sein de cette clinique, en particulier au niveau des expertises. La recourante renvoie à ce sujet à un article paru dans la Liberté du 3 mars 2018, dans lequel l'OAI admet avoir su que les expertises de ladite clinique n'étaient pas crédibles. Devant ces propos, la recourante juge téméraire que l'OAI persiste à se fonder sur ladite expertise pour rejeter sa demande en l'espèce. Le 14 mars 2018, l'OAI fait valoir que l'expertise en question ne compte pas parmi les expertises défaillantes citées dans l'arrêt du TF. En outre, la condamnation de la clinique B._____ n'enlève pas de facto toute valeur probante aux expertises effectuées depuis des années par

cette clinique. L'OAI soulève en sus que le médecin SMR a considéré ladite expertise comme probante en affirmant que ses conclusions pouvaient être suivies. Partant, l'OAI maintient ses conclusions. La Fondation collective LPP E. _____ SA, invitée à se déterminer sur la procédure par courrier du 23 avril 2018, n'a pas réagi dans le délai imparti. Par courrier du 11 juillet 2018 et 10 août 2018, la recourante a produit des nouveaux rapports médicaux, et par courrier du 7 août 2018, une nouvelle liste de frais. Aucun autre échange d'écritures n'a eu lieu entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision et dûment représentée, le recours est recevable. 2. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. Ce n'est toutefois pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, mais bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294).

2.1. 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 citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art 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).

2.2. Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Le Tribunal fédéral a récemment considéré que, dans la mesure où les difficultés d'objectivation et de preuve sont communes à toutes les affections psychiques, l'exigence d'un catalogue des indicateurs posée par l'ATF 141 V 281 pour les syndromes douloureux

somatoformes persistants doit être étendue à toutes les affections d'ordre psychique (arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.1.2). Par ailleurs, les dépressions légères à moyennes récurrentes ou épisodiques, qui étaient systématiquement qualifiées de non invalidantes à moins d'être résistantes aux traitements, ne sont plus considérées de manière si absolue; la résistance aux traitements doit davantage être prise en considération dans le cadre de l'appréciation globale des preuves en tant qu'indice (arrêt précité consid. 4.2.2 et 4.4). Il peut toutefois être renoncé à un examen par un catalogue des indicateurs structuré 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 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). 2.3. 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). 2.4. En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, 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). A cet égard, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins

traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). 2.5. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phrase LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires (SMR). Selon l'art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1; I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un SMR qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 3. Est litigieux, en l'espèce, le refus d'octroi d'une rente par l'OAI opéré sur la base de l'expertise de la clinique B._____ du 27 janvier 2017, mandatée par D._____. Afin d'évaluer le droit à une rente, il convient d'examiner les pièces médicales du dossier. Il sied d'abord d'exposer les avis médicaux contenus dans le dossier (3.1.) et de résumer les attestations médicales concernant la capacité de travail (3.2.) pour ensuite présenter l'expertise (3.3.) ainsi que son appréciation par le SMR (3.4.). 3.1. Selon les avis médicaux du dossier, l'état de santé de l'assurée se présente comme suit: 3.1.1. Du point de vue psychique Depuis le 1er juin 2015, l'assurée est suivie à F. _____ pour une dégradation de son état psychique sur un mode anxiodépressif (rapport du 25 janvier 2016, dossier OAI p. 97 s.). Lors d'un examen neurologique en raison d'un trouble de l'attention, de la concentration et de la mémoire du 29 janvier 2016, l'IRM cérébrale se révèle normale (rapport du 29 janvier 2016, dossier OAI p. 113). En février 2016, l'assurée a été hospitalisée à G. _____ en raison de troubles dépressifs caractérisés par des troubles du sommeil, apathie, anhédonie, irritabilité, anxiété. Le rapport de sortie énumère les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10: F33.1), de personnalité dépendante (CIM-10: F60.7) ainsi que d'autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale (CIM-10: Z63). A titre de comorbidité somatique, il retient la maladie de Crohn, des ligaments de genou abîmés, un problème à l'épaule

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 ainsi que des migraines. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assurée (dossier OAI p. 263 s.). Du rapport de F. _____ du 20 juin 2016 ressortent les diagnostics suivants: trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (CIM-10: F33.2); personnalité dépendante (CIM-10: F60.7); autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale (CIM-10: Z63). Les médecins mentionnent que la symptomatologie anxiodépressive a évolué vers un trouble dépressif sévère. Au vu de sa maladie auto-immune (maladie de Crohn), actuellement traitée par injections, les spécialistes concluent à une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle, sans se prononcer sur une activité adaptée, étant donné le contexte somatique et psychiatrique difficile (dossier OAI p. 176 s.). Dans son rapport du 14 octobre 2016, la Dresse H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, répond au questionnaire de D. _____ et retient les mêmes diagnostics que ceux précédemment indiqués. S'agissant du pronostic sur la durée de l'incapacité de travail, la psychiatre relève que la patiente est très fragile et vulnérable et qu'il est difficile de se prononcer sur son évolution. Toutefois, la psychiatre estime que la capacité de travail chez un autre employeur n'est "pas évaluable actuellement" (dossier OAI p. 260 s.). Au nom de F. _____, le médecin-chef de clinique confirme par courrier du 11 avril 2017, en réponse au questionnaire de la protection juridique de la recourante, que l'état de santé de cette dernière s'est dégradé depuis deux mois, malgré les légères améliorations depuis mai 2016 suite à son hospitalisation. Il atteste une incapacité de travail de 100%, précisant que l'état psychique de la recourante n'est à ce jour pas stabilisé. Quant à l'expertise, il souligne que la recourante présente un trouble dépressif récurrent avec épisode sévère actuellement, péjoration en raison de laquelle le traitement médicamenteux a été adapté et les suivis rapprochés (pièce 27 du bordereau de recours). 3.1.2. Du point de vue des lombalgies Le Dr I. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, chez qui la recourante est en traitement pour des douleurs invalidantes au bras et au dos, note dans son rapport manuscrit du 26 janvier 2016 une lésion du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche, une capsulite rétractile de l'épaule gauche et un état dépressif (le dernier diagnostic n'est pas lisible). Il préconise une antalgie, de la physiothérapie, ainsi que des anesthésiques locaux et des corticoïdes. Il atteste une incapacité de travail et met en avant des difficultés pour la conduite, le port de charges et la concentration (dossier OAI p. 129). Le Dr I. _____ retient dans son rapport manuscrit du 11 août 2016, à part les diagnostics posés auparavant, un soupçon de spondylarthrite. En raison de la persistance des douleurs musculaires, il atteste une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée (dossier OAI p. 162 s.). Le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, diligente en mai 2016 une IRM de la colonne lombaire en raison d'une haute suspicion de spondylarthropathie avec recherche d'inflammation lombaire ou sacro-iliaque. Cet examen a montré un aspect discrètement enflammé des articulations L5 à S1 et, dans une moindre mesure, des articulaires postérieures L4 à L5. Il ne révèle en revanche aucune autre atteinte inflammatoire lombaire ni sacro-iliaque (dossier OAI p. 267).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 Dans son rapport manuscrit sur formule du 3 août 2016, le Dr J. _____ pose, entre autres, les diagnostics de fibromyalgie et de spondylarthropathie entérocolique. Il atteste d'une incapacité de travail de 100% et fait savoir que l'assurée sera dorénavant suivie par le rhumatologue Dr K. _____ (dossier OAI p. 213 s.). Du 10 au 30 septembre 2016, l'assurée a été hospitalisée pour des lombalgies sévères à L. _____. Le rapport de sortie détaillé et doté d'un consilium en

cardiologie, endocrinologie et en hématologie indique quant aux lombalgies ce qui suit: "Une IRM de la colonne lombaire et des sacro-iliaques montre des altérations non spécifiques des vertèbres L3 et L4, ainsi qu'une discrète inflammation facettaire. Il n'y pas d'évidence pour une poussée de sa spondylarthropathie, ni pour une autre étiologie spécifique de type néoplasique ou fracturaire dans son contexte de corticothérapie au long court. Devant ces douleurs à caractère mixte, mais très principalement mécaniques et avec un bilan biologique et radiologique rassurant, nous proposons une prise en charge conservatrice avec adaptation de l'antalgie et traitement physiothérapeutique, traitement lentement favorable" (dossier OAI p. 243 ss, 268). Le rapport du 14 octobre 2016 concernant l'examen densitométrique effectué à L._____ met en évidence une ostéopénie au niveau de la colonne lombaire et du col fémoral ainsi qu'une augmentation significative de densité minérale osseuse au niveau du fémur proximal gauche (dossier OAI p. 253). Le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, répond au questionnaire de D._____ le 25 novembre 2016 et retient les diagnostics de spondylarthropathie entérocolique, de capsulite rétractile gauche ainsi que de lombalgies mécaniques non spécifiques sur atteinte facettaire postérieure. Le rhumatologue précise que "les trois affections se sont présentées progressivement. Elle [l'assurée] souffre d'une capsulite depuis 2015. Elle présente depuis près d'un an des lombalgies inflammatoires dans le cadre d'une maladie de Crohn, maladie de Crohn diagnostiquée à l'âge de 17 ans avec un diagnostic finalement de spondylarthropathie inflammatoire cette année et elle a finalement présenté des lombalgies subaiguës sévères et très invalidantes depuis août de cette année, mais douleurs à ce niveau de type mécaniques" (dossier OAI p. 241). Par courrier du 26 juin 2017, le rhumatologue traitant K._____, répondant au questionnaire de la protection juridique, indique que l'incapacité de travail complète depuis mars 2016 reste inchangée, bien que les motifs et raisons médicales se soient modifiés, voir soient devenus plus importants. Selon lui, la raison principale de l'incapacité de travail est la capsulite rétractile de l'épaule gauche avec une aggravation concomitante d'autres problématiques médicales. Il constate une évolution défavorable, sans signe d'amélioration significative, évoquant une exacerbation de la spondylarthrite et de la maladie de Crohn ainsi qu'une péjoration d'un état dépressif secondaire. Quant à l'expertise, le rhumatologue soulève qu'elle ne contient malgré sa longueur que peu d'éléments significatifs. La critique de l'experte rhumatologue quant au diagnostic de spondylarthrite est selon lui inacceptable, ce sur quoi il s'explique en détails. De même, il explique pourquoi le raisonnement de l'experte liée aux troubles dégénératifs est faux. Enfin, il considère intolérable et indéfendable que l'experte ne retienne aucun diagnostic incapacitant sur le plan rhumatologique. A son sens, les rachialgies mixtes dans le cadre d'une spondylarthropathie et de troubles lombaires dégénératifs sont invalidantes et sévères, associables à une incapacité de travail totale (pièce 24 du bordereau de recours).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 Dans son rapport du 3 août 2018, produit par la recourante le 10 août 2018 et postérieur à la décision attaquée, le rhumatologue K._____ retient, pour l'essentiel, une péjoration de la maladie de Crohn et d'importants signes d'enthésopathie au niveau du squelette axial et périphérique. 3.1.3. Du point de vue des migraines Le Dr M._____, neurologue, souligne dans son rapport du 13 mars 2017 que l'assurée, à part les migraines, présente différents problèmes, à savoir une spondylarthropathie entérocolite, une problématique dorsolombaire chronique, une maladie de Crohn de nouveau décompensée avec des diarrhées graisseuses ainsi qu'un état dépressif sévère nécessitant un suivi psychiatrique. Du point de vue neurologique, le spécialiste

retient une dyssomnie extrêmement sévère ainsi qu'une migraine sur laquelle tous les traitements possibles (Trittico, Remeron, etc) n'ont pas eu d'effet. En revanche, il retient que l'assurée réagit bien au Zomig spray nasal. Au vu de l'ensemble des médicaments prescrits, le neurologue relève ce qui suit: "Concernant les douleurs, ce qui me surprend c'est qu'elle a un traitement extrêmement intense, à savoir Arcoxia 2 x 60 mg, Oxycontin 20 mg matin et soir, Oxynorm solution buvable 10 mg/ml, Primperan lorsqu'il y a des nausées, elle prend du Co-Dafalgan quand c'est nécessaire. Son psychiatre lui donne de la Fluoxétine 40 mg le matin et de la Quétiapine 100 mg le soir jusqu'à 150 mg le soir. Elle prend en plus de l'Humira 40 mg, 1 inj. le matin et 2 inj. le soir, du Nexium. Pour dormir elle essaye le Circadin retard 6 mg associé à du Dalmadorm 30 mg et Zolpidem 10 mg. Je perçois une patiente complètement déprimée, à bout, qui est totalement incapable bien entendu de reprendre une quelconque activité professionnelle. D'autant plus que j'estime qu'elle n'est pas apte à conduire, au vu des hautes doses de médicaments qu'elle a, en particulier l'Oxycontin et l'Oxynorm." Au vu de l'ensemble de la situation de l'assurée, le neurologue constate: "Compte tenu de toute cette importante comorbidité et de ses migraines chroniques sévères, pour ma part, il est totalement impensable qu'elle puisse reprendre une quelconque activité professionnelle, surtout en tant que représentante d'une firme pharmaceutique. Il y a aussi son aptitude à conduire un véhicule à moteur qui me paraît très problématique" (dossier OAI p. 222 ss). Dans son courrier du 11 octobre 2017, le neurologue Dr M._____ remarque: "Cette expertise est un scandale et est complètement biaisée et n'a aucune valeur sur le plan médical et juridique" (dossier OAI p. 546). Le rapport médical de ce spécialiste daté du 3 juillet 2018, produit par la recourante par courrier du

E. 11

juillet 2018 et postérieur à la décision attaquée, retient une situation stable concernant les migraines, mais souligne que la patiente est fortement déprimée. 3.2. Capacité de travail selon les avis médicaux figurant au dossier Au dossier médical figurent de nombreux certificats médicaux attestant tous d'une incapacité de travail de 100%. Ces certificats médicaux proviennent de L._____ (dossier OAI p. 212) ainsi que des médecins traitants de l'assurée, à savoir le Dr J._____ (dossier OAI p. 215), le Dr K._____ (dossier OAI p. 249), le Dr M._____ (dossier OAI p. 225), le Dr I._____ (dossier OAI p. 65, 93 ss, 101 s., 109, 131, 140, 142, 159 ss) et, pour F._____, des Dresses N._____ (dossier OAI p. 65, 100, 133, 189, 326, 328), O._____ (dossier OAI p. 139, 179, 261, 302, 263) ainsi que de la médecin-chef de clinique H._____ (dossier OAI p. 100, 133, 189, 328). A noter que les nombreux certificats médicaux produits à l'appui du recours – attestant également une incapacité entière de travail – se recourent avec les rapports susmentionnés.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 Le 29 mai 2017, le médecin de famille, P._____, spécialiste en médecine interne générale, soutient dans sa prise de position figurant dans le questionnaire de la protection juridique que le rapport d'expertise est "énorme" et qu'il contient "un certain nombre d'erreurs et un langage particulièrement "touffu"". A son avis, l'état de santé de la recourante ne semble pas s'aggraver ces temps-ci (pièce 27 du bordereau de recours). 3.3. L'expertise bidisciplinaire du 27 janvier 2017 effectuée au Centre d'expertises pluridisciplinaire de la clinique B._____ a été rédigée par les Dresses Q._____, spécialiste en rhumatologie, et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Suite aux examens effectués sur l'assurée les 13 et 16 décembre 2016

préalablement à la rédaction de l'expertise du 27 janvier 2017, les expertes ont indiqué à D._____ le 16 décembre 2016 que "l'incapacité de travail est de 0% horaire sans baisse de rendement sur le plan de la psychiatrie et rhumatologie, mais sous réserve des résultats des examens d'IRM lombaire[s] effectués et qui sont encore en attente" (dossier OAI p. 233, 286). Dans le rapport écrit rendu le 27 janvier 2017, les expertes confirment la pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans un emploi identique au dernier poste occupé.

3.3.1. Volet rhumatologique Sur le plan rhumatologique, aucun diagnostic incapacitant n'est retenu. Au sujet des limitations somatiques, seul le port de charges très lourdes (jusqu'à 50kg occasionnellement et/ou 12-25kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence) est déconseillé, compte tenu de la persistance modérée de la baisse des amplitudes en lien avec la capsulite rétractile gauche (dossier OAI p. 474 s.).

3.3.2. Volet psychiatrique L'experte-psychiatre pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (CIM-10: F43.23), tout en constatant la rémission symptomatologique du trouble de l'adaptation (CIM-10: 43.2), ce qui laisse envisager un arrêt progressif de l'ensemble de la médication (dossier OAI p. 474 s.).

S'agissant des algies, l'experte-psychiatre observe que ces dernières, "permettant d'évoquer un trouble somatoforme sans précision (CIM-10: F45.9) ne peuvent pas être considérées comme incapacitantes compte tenu de la négativité des critères jurisprudentiels entourant ce type de diagnostic" (dossier OAI p. 474 s.). Elle retient quant à leur impact: "[Les algies] semblent avoir une intensité légère, interférant avec la vie quotidienne durant les crises algiques, mais permettant encore à l'explorée de se rendre à l'ensemble de ses rendez-vous médicaux, de s'occuper seule de son fils, d'effectuer son ménage alors qu'elle disposait, jusqu'au mois de novembre 2016 d'une aide au ménage. Par ailleurs, l'investiguée maintient des activités plaisantes, telles que regarder la télévision avec son fils ou encore s'occuper de ses chats. De plus, elle s'est montrée capable de conduire sur un trajet d'une heure et demi[e] pour venir à l'entretien d'expertise de psychiatrie. Dès lors, le fonctionnement quotidien paraît peu impacté par les douleurs éprouvées" (dossier OAI p. 472). Quant aux diagnostics posés antérieurement par ses confrères, l'experte-psychiatre met en avant que "le tableau clinique présenté n'a jamais correspondu à un épisode dépressif (CIM-10: F32) caractérisé, en l'absence des critères majeurs et mineurs nécessaires pour évoquer au moins un épisode dépressif léger (CIM-10: F32.0). Par ailleurs, le fait que l'hospitalisation n'ait duré qu'une semaine témoigne bien d'une symptomatologie relativement légère, ne correspondant pas à un

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 éventuel épisode dépressif moyen (CIM-10: F32.1) tel que mentionné dans le dossier à disposition" (dossier OAI p. 463).

3.4. Au nom du SMR, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie, retient que l'expertise est très détaillée et l'estime médicalement cohérente. Le médecin SMR en reprend les conclusions pour l'essentiel, ne retenant aucun diagnostic avec conséquence sur la capacité de travail (prise de position du 8 mai 2017; dossier OAI p. 501 s.). Suite au courrier du Dr K._____ du 26 juin 2017, le médecin du SMR réitère, dans sa prise de position du 10 juillet 2017, son avis selon lequel l'expertise est probante. A défaut d'éléments nouveaux soulevés dans le courrier du rhumatologue, il indique qu'il ne peut pas en tenir compte, raison pour laquelle il maintient sa position (dossier OAI p. 517).

4. Amenée à trancher, la Cour de céans examinera, d'abord, dans quelle mesure la sanction du Tribunal fédéral envers la clinique B._____ se répercute sur l'appréciation de l'expertise en l'espèce (4.1.), pour ensuite se pencher sur le contenu de cette dernière (4.2.).

4.1. Par arrêté du 25 juin 2015 – soit une année et demie avant que dite clinique n'ait été mandatée par D._____ – le Département de l'emploi, des

affaires sociales et de la santé de la République et canton de Genève a retiré à cet établissement l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois. Ce retrait a été confirmé par le Tribunal fédéral en ce qui concerne les départements "psychiatrie" et "expertise" de cet établissement. Le Tribunal fédéral a retenu que les expertises pratiquées auprès du département en question ont un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on peut attendre de ces expertises qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il existe ainsi un intérêt public manifeste à ce que des acteurs intervenant dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui au demeurant facturent d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité peuvent avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Or, de très importants manquements ont été constatés dans la gestion de l'institution de santé et en particulier de graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. C'est pourquoi le Tribunal fédéral a jugé qu'une mesure de retrait de trois mois de l'autorisation d'exploiter le département "expertise" n'était pas contraire au droit. Le Conseil fédéral a en outre indiqué que les organes de l'assurance-invalidité avaient renoncé à confier des mandats d'expertise à cette clinique depuis 2015 et qu'ils venaient de résilier la convention tarifaire conclue avec celle-ci (cf. arrêts TF 2C_32/2017 du 22 décembre 2017; 8C_657/2018 du 14 mai 2018 consid. 5.2.2). L'incertitude quant à la valeur probante de ce centre d'expertise a, au demeurant, conduit le Tribunal fédéral à confirmer un renvoi pour instruction complémentaire dans son arrêt 8C_657/2018 du 14 mai 2018. Au vu de ce qui précède, il sied d'admettre que le fait que l'expertise en cause provienne de la clinique B._____ laisse planer des doutes sur sa valeur probante, ce qui justifie qu'on l'examine avec une attention particulière. Cela dit, les principes procéduraux décrits notamment dans l'ATF 137 V 210 ne sont pas applicables aux expertises mises sur pied par une institution d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Ceci vaut également pour le droit de l'assuré de s'exprimer au préalable sur le mandat d'expertise et sur la liste des questions posées (cf. SZS/RSAS 2015 455). Ainsi, lorsque

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 l'OAI reprend une expertise initiée par un tiers, comme en l'espèce, il n'y a pas lieu de respecter les conditions de l'art. 44 LPG. Il en aurait été différemment si l'OAI avait posé des questions complémentaires à l'expert en question (cf. arrêt TF 9C_587/2016 du 12 décembre 2016 consid. 4.1). 4.2. En examinant l'expertise au fond, la Cour de céans constate ce qui suit: Quant à la critique de la recourante portant sur l'anamnèse incomplète, il sied de relever que les expertes ont demandé la production du dossier à D._____ par courrier du 5 décembre 2016 (dossier OAI p. 287 s.) et que, dans le corps de l'expertise, elles font régulièrement référence aux avis médicaux du dossier. Néanmoins, il est établi que les expertes ont du demander certaines pièces médicales directement aux médecins concernés, comme l'illustre l'exemple suivant: "Selon la lettre de sortie du 30 mars 2016 du Docteur T._____, médecin-chef de clinique adjointe, et du Docteur U._____ médecin assistante secteur de psychiatrie et de psychiatrie pour adultes, F._____, obtenue à la demande des expertes..." (dossier OAI p. 425). En l'absence d'un récapitulatif chronologique des pièces médicales aussi bien dans la version longue que dans la version courte de l'expertise, il est toutefois impossible de déterminer dans quelle mesure l'anamnèse s'avère complète ou incomplète. Il est dès lors d'autant moins possible de vérifier qu'elles ont eu en main les pièces médicales contenues dans le dossier OAI. Cela étant, la Cour de céans note en particulier que l'expertise contient de nombreuses erreurs, voire des lacunes. A titre d'exemple, il y lieu de renvoyer au passage

sur l'analyse de l'impact des algies où l'experte-psychiatre estime que le fonctionnement quotidien de l'assurée est peu impacté par les douleurs, notamment parce qu'elle a fait le trajet d'une heure et demie en voiture pour se rendre à l'examen. Ce propos surprend d'abord parce que l'assurée conteste formellement avoir pris le volant pour se rendre à l'examen à la clinique B._____. Il sied de rappeler en sus que le neurologue M._____, dans son rapport du 13 mars 2017, qualifie le traitement médical de l'assurée comme "extrêmement intense" et indique quant à son impact sur l'assurée "qu'elle n'est pas apte à conduire, au vu des hautes doses de médicaments qu'elle a, en particulier l'Oxycontin et l'Oxynorm" pour rappeler finalement que l'activité exercée auparavant par l'assurée était celle de représentante d'une firme pharmaceutique (dossier OAI p. 222 ss). A ce sujet, le Dr I._____ soulignait déjà, dans son rapport de janvier 2016 concernant la capacité de travail, des difficultés pour la conduite et la concentration. Ensuite, même si on admet que l'experte-psychiatre ait perdu de vue l'impact d'une telle médication, ce qui est en soi inquiétant, on peut se demander en outre si elle a bien pris connaissance des rapports médicaux précités évoquant pourtant précisément des problèmes à la conduite. Au demeurant, il sied de rappeler que l'assurée devait se rendre, d'une manière ou d'une autre, à l'examen en question, compte tenu de son obligation de collaborer. De déduire quoi que ce soit de ce trajet apparaît problématique. De même, l'affirmation selon laquelle l'assurée peut "s'occuper seule de son fils et maintenir des activités plaisantes, telles que regarder la télévision avec son fils ou encore s'occuper de ses chats" est sujette à caution. D'une part, son fils a 16 ans et n'a donc pas besoin qu'on s'occupe de lui. D'autre part, les activités mentionnées n'induisent ni un effort physique, ni un effort mental, ni une quelconque interaction sociale. Quoi qu'il en soit, au vu des éléments évoqués, force est de constater que les conclusions de l'experte-psychiatre ne sont guère convaincantes, à plus d'un titre. Enfin, les deux expertes attestent une capacité de travail entière d'un point de vue psychiatrique ainsi que rhumatologique, alors que, dans le même temps, tous les médecins traitants soutiennent une incapacité totale dans leur discipline respective (p.ex. les Dr. J._____, K._____).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 M._____, I._____, N._____, O._____ et H._____). A noter également que les diagnostics posés par les expertes ont fait l'objet de vives critiques de la part des médecins traitants (p.ex. les Dr. M._____, K._____, S._____ et le F._____). Surtout, celles-là ne discutent aucunement les avis de ces derniers quant à la capacité de travail alors qu'il leur appartenait de le faire dès lors qu'elles s'en distancient pareillement. Partant, on ne peut valablement se fonder sur l'expertise pour trancher la question litigieuse. Dans ces conditions, l'on peine à comprendre sur quelle base le médecin SMR a pu au contraire lui conférer une pleine valeur probante. Etant donné qu'il n'est pas spécialisé dans les domaines médicaux ici concernés et qu'il n'a pas procédé à un examen sur la personne de l'assurée, son appréciation ne constitue en l'occurrence qu'une simple recommandation (cf. arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). Il est d'autant plus surprenant que l'OAI l'ait suivi, tout en ne pouvant pas ne pas savoir que le centre d'expertise était suspendu depuis 2015 de la plateforme SuisseMED@P (cf. Conseil d'Etat du canton de Fribourg, réponse du 7 mai 2018 à un instrument parlementaire 2018-CE-70). 4.3. En conséquence, l'OAI n'était pas autorisé à clore l'instruction en s'appuyant sur cette expertise. Vu que les avis médicaux du dossier – dont certains manuscrits et partiellement illisibles – émanant des médecins traitants ne suffisent pas pour résoudre la question litigieuse de la capacité de travail de l'assurée à satisfaction de droit, l'OAI se devait de diligenter une expertise pluridisciplinaire par ses propres soins. 5. Au vu

de l'ensemble de ce qui précède, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur le présent litige à défaut d'une expertise probante. Si une affaire n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux doivent, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, lorsqu'ils estiment 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 demeure néanmoins possible lorsque celui-ci se justifie par une question demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). En l'espèce, il ne se justifie pas que le Tribunal cantonal procède lui-même à la mise en place de l'expertise puisque l'OAI n'a en l'espèce pas déployé de mesures d'instruction apte à trancher la question litigieuse. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'OAI à cet effet. 6. Il s'ensuit l'admission du recours et l'annulation de la décision attaquée avec renvoi à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et une nouvelle décision. 7. Les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI), par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais de CHF 800.- est dès lors restituée à la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 L'annulation de la décision contestée combinée avec le renvoi de la cause à l'administration pour nouvelle décision est considérée comme valant gain de cause total, s'agissant des dépens (ATF 137 V 57 consid. 2.1; 132 V 215 consid. 6.2). Le 7 mars 2018, le mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires d'un montant total de CHF 5'808.35, dont CHF 4'583.25 pour le travail effectué en 2017 (970 minutes à CHF 250.- /heure), ainsi que d'un montant de CHF 1'225.10 pour le temps déployé en 2018 (260 minutes à CHF 250.-/heure). Le 7 août 2018, il a produit une nouvelle liste de frais d'un montant total de CHF 6'892.05, dont des prestations à raison de 490 minutes en 2018. Sur le vu de la complexité relative du cas, des écritures produites en procédure et des stricts travaux nécessaires à la bonne exécution du mandat, il se justifie de s'écarter des listes de frais produites par le mandataire de la recourante – de plus non conforme au tarif en ce qui concerne les débours – et de fixer l'indemnité à CHF 5'000.- (honoraires – d'environ 19 heures au lieu d'environ 24h30 demandées – et débours compris), plus CHF 264.- de TVA à 8 % (deux tiers des prestations ayant été effectuées en 2017, soit CHF 3'300.-) et CHF 130.90 de TVA à 7,7%, soit à un total de CHF 5'394.90. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'OAI et sera directement versée au mandataire de la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours est admis et la décision attaquée annulée. Partant, l'affaire est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de procédure de CHF 800.- sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais de CHF 800.- est restituée à A._____. IV. L'indemnité de partie allouée à A._____, fixée à CHF 5'394.90, dont CHF 264.- (8 %) et CHF 130.90 (7,7%) au titre de la TVA, est mise à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. V. 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 22 août 2018/asp Le Président : La Greffière :

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