

FR_GERICHTE 608 2018 302 vom 18. November 2019

FR Kantonsgericht, 2019-11-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_302

FR: FR_GERICHTE 608 2018 302 du 18 novembre 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2018 302 del 18 novembre 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 34

% obtenu en application de la méthode mixte (28,8 % pour la partie lucrative de 80 % et 4,96 % pour la partie ménagère de 20 %). C. Contre cette décision, A. _____, représentée par Me Jean-Marie Favre, avocat, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal (dossier 608 2018 302) en date du 15 novembre 2018, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 24 juin 2008 au 30 avril 2016 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. A l'appui de ses conclusions, elle conteste les conclusions de l'expertise du 16 novembre 2016 et réfute en particulier l'avis de l'expert- rhumatologue qui ne retient pas les diagnostics somatiques de spondylarthrite et d'ostéoporose fracturaire transitoire clairement posés par le Dr C. _____. Elle relève en outre que l'OAI a fixé le point de départ de l'invalidité totale au 1er janvier 2015 de manière totalement arbitraire. Elle estime en effet que son état de santé avec comme conséquence une incapacité de travail de l'ordre de 70 % et, partant, une invalidité donnant droit à une rente entière, n'a subi aucune modification notable depuis le dépôt de sa demande de prestations du 24 juin 2008. Enfin, elle relève que si la Cour estime que son information n'est pas suffisante, elle doit ordonner la mise en œuvre d'une nouvelle expertise en excluant que celle-ci soit à nouveau confiée au même centre d'expertises. Par acte séparé du même jour, elle dépose une requête d'assistance judiciaire gratuite totale (ci- après: AJT; dossier 608 2018 303). Dans ses observations du 18 décembre 2018, l'autorité intimée conclut au rejet du recours en maintenant dans sa totalité les considérations émises dans la motivation de la décision querellée. S'agissant de la requête d'AJT, elle indique qu'elle n'a pas de remarques particulières à formuler. Le 8 janvier 2019, la Caisse de pensions CPP, à qui la décision attaquée avait également été notifiée, a été appelée en cause en tant que fonds LPP intéressé. Dans sa détermination du 21 janvier 2019, elle indique qu'elle se ralliera à la décision de l'Instance de céans et appliquera les prescriptions édictées par l'OAI, si elle doit effectivement entrer en matière pour le paiement d'une rente d'invalidité, ce qui sera réexaminé le cas échéant. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (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 (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi- rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière. 2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2ème phrase, LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial

intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

3. En l'espèce, la recourante ne remet pas en cause l'application de la méthode mixte avec une répartition de 80 % pour l'activité lucrative et 20 % pour l'activité ménagère. Elle ne conteste également pas l'estimation des empêchements dans la partie ménagère, laquelle a d'ailleurs été confirmée par l'arrêt de la Cour de céans du 5 avril 2016. Seule est litigieuse la question de l'appréciation de sa capacité de travail dans la partie lucrative qui repose essentiellement sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 16 novembre 2016.

3.1. La recourante reproche tout d'abord à l'autorité intimée d'avoir mandaté les mêmes experts suite au renvoi de la cause pour instruction complémentaire ordonné par l'arrêt de la Cour de céans du 5 avril 2016. Contrairement à l'avis de la recourante, l'autorité intimée n'a pas manqué à son devoir d'objectivité en mandatant les mêmes experts. En effet, il faut rappeler que, dans son arrêt du 5 avril 2016, la Cour de céans a reconnu à l'expertise du 17 avril 2012 une pleine valeur probante. En revanche, elle a estimé que l'avis du Dr C. _____, lequel posait le nouveau diagnostic de spondylarthropathie présent de longue date et ayant une incidence importante sur la capacité de travail de la recourante, était de nature à venir semer le doute. Elle a reproché à l'autorité intimée de ne pas avoir soumis cet avis aux experts et a précisé que l'appréciation du médecin SMR, lequel n'était pas spécialiste en rhumatologie, n'était pas suffisante pour l'écarter. Elle a alors renvoyé la cause, afin que l'avis du Dr C. _____ soit soumis aux experts. C'est donc justement

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 les mêmes experts qui devaient se déterminer et préciser ou compléter leur rapport. Toutefois, en raison du laps de temps important qui s'était écoulé depuis la dernière expertise (4 ans), il a fallu mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire et, mis à part la Dresse D. _____, ce sont des autres experts qui se sont exprimés. Ainsi, les deux expertises ont certes été confiées au même centre, mais elles contiennent l'avis d'experts pour l'essentiel d'entre eux différents. Le grief de la recourante doit donc être écarté.

3.2. S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise

pluridisciplinaire du 16 novembre 2016, la Cour de céans constate qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier, qu'il se fonde sur des examens complets et qu'il prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. En outre, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. En particulier, les experts répondent aux questions soulevées dans l'arrêt de renvoi de la Cour de céans. Enfin, l'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions médicales sont dûment motivées et peuvent donc être suivies. En revanche, comme on le verra ci-après, les incidences juridiques que les experts tirent de celles-ci doivent être revues. Selon ce rapport, la Dresse D. _____ et le Dr E. _____, spécialistes en médecine interne, le Dr F. _____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retiennent les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail de cervico-dorsolombalgies chroniques avec spondylarthrose C5-C6 et L3-L4 avec rétrécissement canalaire L3-L4 (M47.8) et douleurs musculo-squelettiques diffuses présentes tant sur l'hémicorps supérieur qu'inférieur, droit que gauche, d'étiologie indéterminée (composante somatoforme), syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), probable ostéoporose fracturaire (M80.9) et maladie coronarienne sous la forme d'une sclérose coronarienne diagnostiquée en 1999 avec status après stenting de l'artère coronaire droite en 2010 (I25.1). En revanche, les diagnostics d'artériopathie de stade II des deux membres inférieurs avec status après angioplastie d'une occlusion courte de l'artère fémorale superficielle droite en 2005 puis en 2010, angioplastie des artères iliaques communes et externes gauches et fémorales superficielles proximales gauches en 2010, pose de kissing-stent aorto-iliaques en février 2011 et incontinence urinaire anamnétique avec status après pose de bandelette urinaire en 2009 sont considérés comme n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail.

3.2.1. Sur le plan somatique, l'expert-rhumatologue explique en détails pourquoi il ne partage pas l'avis du Dr C. _____. S'agissant tout d'abord du diagnostic de spondylarthropathie, il donne les arguments suivants: "L'étude du dossier, l'anamnèse, l'examen clinique, le bilan radiologique et les examens paracliniques à disposition ne permettent pas de retenir le diagnostic de spondylo-arthropathie axiale, et/ou périphérique, ni de diagnostic de rhumatisme inflammatoire indifférencié. Il n'y a actuellement pas d'élément objectif permettant d'affirmer qu'un éventuel rhumatisme inflammatoire ou une spondylarthropathie est présent et évolue depuis de nombreuses années. L'anamnèse est variable, quant au rythme, à la localisation des douleurs. Elle n'a pas franchement d'horaire inflammatoire, la localisation des douleurs est inconstante, pour le Pr C. _____, elle est axiale dans le passé, et actuellement elle est généralisée à l'ensemble du corps. Il n'y a pas d'effet significatif des anti-inflammatoires non stéroïdiens, l'efficacité d'autres traitements tels que les anti- TNF alpha, n'étant pas reconnue comme critère diagnostique mis actuellement dans les classifications des spondylarthropathies. Il n'y a également pas d'amélioration franche avec le mouvement, pas de notion d'uvéite, d'enthésite, d'entéropathie, de psoriasis, de dactylite, de talalgie. L'anamnèse familiale est également négative pour une spondylo-arthropathie ou un

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 psoriasis. L'examen clinique de ce jour ne met pas en évidence d'arthrite, d'enthésite, de talalgie, de dactylite, de dystrophie unguéale. Il existe des lésions cutanées, actuellement en cours d'investigation, avec comme premier diagnostic différentiel évoqué par le dermatologue traitant, une étiologie médicamenteuse, ce qui au vu des traitements prescrits jusqu'à ce jour est probable, une dermopathie induite secondaire au traitement anti-TNF alpha entrant également dans le diagnostic différentiel. Il n'y a pas de rougeur des yeux ou de signe clinique évocateur d'une uvéite. La scintigraphie osseuse est

trop peu spécifique pour être utile dans le diagnostic de spondylo-arthropathie, et a une sensibilité limitée. Il n'y a pas de standard, et ces résultats doivent être interprétés avec précaution. Sur les radiographies standards du bassin, il n'y a pas d'anomalie significative, notamment pas d'érosion osseuse, de modification de l'espace ou de sclérose des articulations sacro-iliaques. Les hanches ou articulations coxo-fémorales ne montrent également pas d'image de coxite ou d'arthropathie destructrice. L'IRM ne montre pas d'image clairement évocatrice d'une lésion inflammatoire active des sacro-iliaques. Il n'y a pas d'œdème osseux étendu décrit, et on relèvera qu'à l'IRM, la présence d'un œdème osseux n'est pas un diagnostic pour une spondylo-arthropathie axiale et doit également être interprété dans le contexte clinique et d'autres résultats paracliniques. La présence d'œdème osseux à l'IRM est, et peut également être observée chez des particuliers avec des douleurs rachidiennes mécaniques, ainsi que chez des volontaires sains. Il n'y a pas d'élément probant pour affirmer la présence d'un rhumatisme inflammatoire de longue durée. La présence d'une ostéoporose n'est à elle seule pas un critère diagnostique de spondyl-arthropathie ou autre rhumatisme inflammatoire, sachant que l'ostéoporose se rencontre fréquemment en association avec les rhumatismes inflammatoires mais surtout en présence de polyarthrite rhumatoïde" (Dossier OAI, p. 780-781). Il se prononce également au sujet du diagnostic d'ostéoporose fracturaire: "Concernant l'ostéoporose fracturaire, je ne serais, en l'état actuel, pas aussi affirmatif et catégorique que le Pr C. _____, raison pour laquelle je retiens plutôt le diagnostic de probable ostéoporose fracturaire. Mes arguments sont les suivants, certes [l'expertisée] présente des facteurs de risque d'ostéoporose, à savoir l'âge, le sexe féminin, la ménopause. Pas d'élément pour une ostéoporose secondaire comprenant classiquement la coeliaquie, la mastocytose ou une myélopathie. L'anamnèse est également possiblement compatible avec des fractures lentes, par contre, ni l'IRM, ni la scintigraphie osseuse ne sont des preuves permettant de poser un diagnostic de certitude de fracture. Les radiographies conventionnelles ne mettent pas en évidence de signe fracturaire, ni de déplacement osseux, ni de solution de continuité. Le signe scannographique spécifique permettant un diagnostic de certitude est la solution de continuité fracturaire, un scanner du bassin n'ayant pas été effectué chez [l'assurée] à notre connaissance. La densitométrie osseuse du 22.05.2015 a montré des valeurs de T-score de 1,8, traduisant une ostéopénie densitométrique et non d'ostéoporose. Le diagnostic d'ostéoporose sévère ne peut être retenu au vu des valeurs densitométriques, l'ostéoporose sévère étant définie par la présence de fractures radiologiquement objectivables, et d'une densitométrie avec un T-score > -2,5 DS" (Dossier OAI, p. 781). Ainsi, ses conclusions sont les suivantes: "D'un point de vue rhumatologique, je retiens les limitations fonctionnelles suivantes: pas d'activité sollicitant essentiellement et de manière prépondérante sur l'horaire de travail, le rachis cervical de manière continue et répétitive, les activités physiquement lourdes, le port de charge ou levage de charge supérieur à 5-10 kg, le maintien de position statique prolongée sans possibilité de varier la position après 1 heure, l'exposition à des vibrations corporelles, des activités professionnelles avec rendement imposé (travail à la chaîne), activités en position debout prolongée, activités en extension de la colonne

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 lombaire, activité nécessitant des déplacements à pied, ou montées et descentes d'escaliers de manière répétitive. Considérant la probable ostéoporose, on peut admettre une incapacité de travail complète de janvier 2015 à octobre 2015. Depuis le 01.11.2015, la capacité de travail d'un point de vue rhumatologique seul, en tenant compte des limitations fonctionnelles énoncées ci-dessus, est complète" (Dossier OAI, p. 781-782). Dans un courrier à caractère médical du 7 février 2017 (dossier OAI, p.

801), le Dr C. _____, spécialiste en rhumatologie, maintient sa position et confirme les diagnostics de spondylarthrite et d'ostéoporose fracturaire qui entravent fortement la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée avec un taux de capacité inférieur à 30 %. Il demande des précisions à l'expert- rhumatologue. Dans un rapport complémentaire du 28 mars 2017 (dossier OAI, p. 815), les experts D. _____ et F. _____ répondent aux arguments du Dr C. _____ de façon très précise et convaincante. Ils maintiennent leur point de vue au sujet de l'absence de spondylo-arthropathie et la probable ostéoporose fracturaire. Dans un courrier à caractère médical du 26 juin 2017, le Dr C. _____ estime que la réponse et l'argumentaire du Dr F. _____ sont inacceptables. Malgré l'avis contraire du Dr C. _____, force est de constater que les experts ont expliqué de façon très claire et précise leur position, de sorte que leurs conclusions sur le plan somatique peuvent être suivies. Dans son arrêt précédent, la Cour de céans avait reproché à l'autorité intimée de ne pas avoir soumis l'avis du Dr C. _____ à un spécialiste. Ce manquement a été réparé et l'expert-rhumatologue s'est déterminé longuement au sujet des diagnostics retenus par son confrère et a expliqué les raisons qui justifient de s'en écarter. Il a en outre maintenu son avis dans un rapport complémentaire. Enfin, il faut également relever que les conclusions de l'expertise ont été prises en consilium et sont ainsi partagées par deux médecins internes, un rhumatologue et un psychiatre. De plus, elles rejoignent totalement l'opinion déjà exprimée lors de la précédente expertise par un autre rhumatologue ainsi qu'un autre médecin interne et un autre psychiatre. L'avis ainsi minoritaire du Dr C. _____ ne peut donc pas être suivi. Sur le plan purement somatique, on retiendra dès lors que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est complète, sous réserve de la période allant de janvier à octobre 2015 durant laquelle une incapacité de travail totale est reconnue. 3.2.2. Sur le plan psychiatrique, l'expert retient le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et passe en revue les divers indicateurs conformément à la nouvelle jurisprudence fédérale en la matière. Son appréciation est la suivante: "En premier lieu, force est de constater une chronicité et une intensité s'étendant sur de nombreuses années (depuis 1997), une description cohérente des douleurs qui paraissent sévères, assez peu fluctuantes et peu modulées dans leur expression par une exagération ou une théâtralisation. Les limitations alléguées par l'expertisée dans sa vie professionnelle et sociale paraissent entièrement dues à la maladie et non pas à des facteurs sociaux externes. En ce qui concerne le contexte social, celui-ci paraît préservé et ne paraît pas alourdir les limitations. L'assurée bénéficie d'un soutien de la part de ses différents médecins et de son entourage familial. Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux semble rendre au mieux compte des douleurs relativement diffuses, d'un relatif sentiment de détresse face à celles-ci, d'une recherche constante d'explication et de traitement. L'assurée s'est soumise à de multiples tentatives de traitements de toute nature avec une bonne coopération sans qu'elle puisse voir d'amélioration. A notre connaissance, les limitations invoquées par l'expertisée ont des répercussions dans toutes les sphères de l'existence, avec notamment l'abandon complet

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 de toutes les activités sportives intenses et nombreuses. Le cercle social s'est quelque peu restreint. Notons encore que les plaintes et constatations sont superposables à celles récoltées lors de la précédente expertise en 2012, cela sur le plan psychiatrique. En conclusion, en cas d'absence d'une cause somatique au tableau douloureux, un diagnostic de fibromyalgie sera retenu, assimilable à un syndrome somatoforme douloureux persistant. Celui-ci rassemble les indicateurs de gravité hormis celui d'un effondrement de l'entourage social, ce qui nous permet de conclure, au regard de

la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, à une limitation partielle de la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée, cela exclusivement sur le plan psychiatrique" (Dossier OAI, p. 775-776). L'avis de l'expert-psychiatre n'est pas contesté, de sorte que la conclusion médicale qui retient une diminution de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée de 50 % en raison du syndrome somatoforme douloureux persistant peut être suivie. 3.2.3. Les experts ont finalement procédé à une appréciation globale de la capacité de travail de la recourante et parviennent aux conclusions suivantes: "Lors de notre colloque de synthèse, nous avons donc retenu au premier plan les troubles dégénératifs essentiellement du rachis, sans pouvoir apporter les arguments pour une maladie rhumatologique inflammatoire. Une partie des douleurs décrites, notamment les douleurs musculo-squelettiques diffuses, présentes tant sur l'hémicorps supérieur qu'inférieur, droite que gauche, sont décrites depuis de nombreuses années et mises en lien avec un syndrome somatoforme douloureux persistant dans l'expertise de 2012. Nous conservons ce diagnostic qui correspond aux symptômes exprimés, non entièrement expliqués par les constatations radiologiques et les examens biologiques. Depuis de nombreuses années, l'anamnèse montre des plaintes douloureuses qui entraînent une fatigue, des troubles de la mémoire et de la concentration, une relative baisse de l'élan vital avec des moments de découragement. Les fluctuations thymiques sont mises en lien avec les fluctuations douloureuses selon [l'expertisée]. Nous n'avons anamnestiquement pas les critères actuels ni rétrospectivement présents, notamment entre 2012 et 2016, pour un état dépressif constitué. Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant nous semble au mieux tenir compte des douleurs relativement diffuses, d'un relatif sentiment de détresse face à celles-ci, d'une recherche constante d'explications et de traitements. Lors de notre colloque de synthèse, nous avons ainsi confirmé les diagnostics mentionnés en 2012. Les limitations fonctionnelles au plan physique sont les mêmes à notre avis. Il reste alors à définir les critères invalidants du trouble somatoforme douloureux persistant à la lumière des nouveaux critères de jurisprudence du Tribunal fédéral émis en 2015" (Dossier OAI, p. 786-787). Les experts ont donc analysé le trouble somatoforme douloureux persistant selon les nouveaux indicateurs: "Tout d'abord, force est de constater une chronicité et une intensité s'étendant sur de nombreuses années (depuis 1997), une description cohérente des douleurs qui paraissent sévères, assez peu fluctuantes et peu modulées dans leur expression par une exagération ou une théâtralisation. Déjà au début des années 2000, outre les troubles dégénératifs du rachis déjà décrits, le diagnostic de fibromyalgie était relevé par des rhumatologues qui décrivaient déjà des douleurs importantes. Les limitations alléguées par [l'expertisée] dans sa vie professionnelle et sociale paraissent entièrement dues à la maladie et non pas à des facteurs sociaux externes. La souffrance de [l'assurée] paraît tout à fait authentique et elle s'est de plus soumise à de multiples tentatives de traitements de toute nature avec une bonne coopération, même si elle n'a pas pu en voir d'amélioration et alors qu'il y a même eu des effets secondaires conséquents (perte de cheveux, possible dermite entre autres). La diminution des capacités fonctionnelles est donc bien

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 due aux troubles dégénératifs et au syndrome somatoforme douloureux persistant, et non à des facteurs extérieurs. Nous n'avons pas d'évidence d'exagération des symptômes. Nous constatons que les douleurs avec les limitations invoquées par [l'expertisée] ont des répercussions dans toutes les sphères de sa vie, avec notamment l'abandon complet de toutes les activités sportives intenses et nombreuses et le fait que son cercle social s'est quelque peu restreint. Un élément qui pèse comme facteur de gravité est l'intensité et surtout la chronicité des douleurs avec des

traitements lourds entrepris (surtout après la dernière expertise de 2012 jusqu'à ce jour) ainsi que la gêne liée aux effets secondaires des médicaments. Plusieurs facteurs tempèrent néanmoins la gravité du trouble somatoforme douloureux, à savoir que [l'assurée] peut s'appuyer sur son entourage familial, qu'il n'y a pas d'effondrement de l'entourage social, qu'elle reste autonome, bien qu'à son rythme, dans les activités de la vie quotidienne et en ce qui concerne également les soins corporels, les déplacements. Il n'y a pas de repli social complet. De plus il n'y a pas de comorbidité psychiatrique telle un état dépressif constitué. Lors de notre colloque de synthèse, nous avons retenu une certaine aggravation des critères invalidants concernant le trouble somatoforme douloureux persistant depuis 2012 surtout en ce qui concerne la chronicité et les nombreuses tentatives de traitement avec effets secondaires importants. Ainsi, depuis la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, soit depuis début 2015, nous retenons une limitation partielle de la capacité de travail estimée à 50 %, même dans une activité adaptée, cela exclusivement sur le plan psychiatrique, alors que la limitation était de 30 % en 2012. Nous n'avons rétrospectivement pas de critère objectif nous permettant de revenir sur les conclusions de l'expertise de 2012 concernant les limitations au plan psychiatrique" (Dossier OAI, p. 787-788). La Cour de céans estime que les conclusions purement médicales des experts sont convaincantes. En revanche, leur avis ne peut pas être suivi concernant la date à partir de laquelle ils admettent que le trouble somatoforme douloureux a une incidence sur la capacité de travail de la recourante à raison de 50 %. En effet, le fait de baser ce moment au début de l'année 2015 est arbitraire, cela d'autant plus que la jurisprudence fédérale topique en la matière (ATF 141 V 281) date du 3 juin 2015 et n'a pas donné d'injonction sur une éventuelle date à partir de laquelle elle trouverait application. 3.3. Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans considère que l'on peut certes se baser sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 16 novembre 2016 pour trancher le litige, mais que ce qu'en a déduit l'autorité intimée dans la décision querellée du 10 octobre 2018 n'est pas soutenable. En effet, cette dernière a considéré que "les experts arrivent à la conclusion, au regard de la nouvelle jurisprudence sur les troubles somatoformes, que [l'assurée] présente rétrospectivement une incapacité totale de travail depuis janvier 2015" et a ajouté que "s'agissant d'une nouvelle atteinte, un nouveau délai d'attente est à prévoir." C'est sur cette base-là qu'elle a retenu que du 1er janvier 2016 (échéance du délai d'attente) au 31 mars 2016 (mois précédant l'âge de la retraite), la recourante a droit à une rente entière au taux de 100 %. Contrairement à l'avis de l'autorité intimée, d'une part, les experts n'ont pas considéré que le trouble somatoforme douloureux impliquait une incapacité de travail totale, mais une incapacité de travail de 50 % et, d'autre part, le trouble somatoforme douloureux ne peut manifestement pas être considéré comme une nouvelle atteinte dans le cas de la recourante, car il était déjà retenu au début des années 2000. La décision querellée doit donc être annulée. Le litige peut néanmoins être tranché. En effet, en se basant sur le premier rapport d'expertise du 17 avril 2012 (dossier OAI, p. 488ss), on constate que la recourante présente un trouble

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 somatoforme douloureux persistant (F45.4) compliqué d'un fléchissement cognitif qui entraîne une diminution de la capacité de travail de 30 % depuis 2009. Dans le cadre du deuxième rapport d'expertise du 16 novembre 2016, les experts retiennent une aggravation des critères invalidants concernant le trouble somatoforme douloureux persistant depuis 2012 surtout en ce qui concerne la chronicité et les nombreuses tentatives de traitement avec effets secondaires importants. En appliquant les nouveaux indicateurs issus de la jurisprudence fédérale, ils considèrent que cette atteinte entraîne une diminution de la capacité de travail de 50 %. Ils précisent qu'un "élément qui

pèse comme facteur de gravité est l'intensité et surtout la chronicité des douleurs avec des traitements lourds entrepris (surtout après la dernière expertise de 2012 jusqu'à ce jour) ainsi que la gêne liée aux effets secondaires des médicaments". Les experts relèvent également qu'ils n'ont rétrospectivement pas de critère objectif leur permettant de revenir sur les conclusions de l'expertise de 2012 concernant les limitations sur le plan psychiatrique. Enfin, ils reconnaissent une incapacité de travail totale, basée essentiellement sur le plan somatique, de janvier à octobre 2015. Il faut donc déduire de ces éléments que la capacité de travail de la recourante dans son ancienne activité d'employée de bureau qui apparaît adaptée, a été de 70 % à partir de 2009, puis de 50 % dès le 1er mai 2012 (après le rapport d'expertise du 17 avril 2012) et de 0 % dès le 1er janvier 2015. L'incapacité de travail totale est reconnue par les experts seulement jusqu'au 31 octobre 2015. Or, dans la mesure où la recourante a atteint l'âge de la retraite au mois d'avril 2016, il y a lieu d'admettre qu'elle ne pouvait raisonnablement plus intéresser un employeur potentiel dans l'intervalle, sans parler du fait que l'incidence de cette capacité de travail recouvrée ne peut quoi qu'il en soit avoir un effet sur le droit à la rente que trois mois plus tard, soit à compter du mois de février 2016. Partant, il y a lieu de considérer que sa perte de gain totale a perduré jusqu'à la fin mars 2016.

3.4. Il faut encore déterminer l'incidence que ces éléments ont sur le droit à la rente de la recourante sur la base de la méthode mixte, étant précisé que la nouvelle méthode de calcul prévue à l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) n'est ici pas applicable, puisque la période est antérieure au 1er janvier 2018. Les calculs effectués par l'autorité intimée pour la période antérieure au 1er mai 2012 peuvent être confirmés. Ainsi, la recourante présente un taux d'invalidité global de 34 %, réparti à raison de 28,8 % pour la partie lucrative (36 % x 80 %) et 4,96 % pour la partie ménagère (24,80 % x 20 %), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Dès le 1er mai 2012, les calculs doivent être refaits pour la partie lucrative. Selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2012, le salaire mensuel brut s'élève à CHF 4'756.- pour le genre d'activités retenu dans le cas d'espèce (ESS 2012, tableau TA1_tirage_skill_level, 77-82 activités de services administratifs et de soutien, niveau de compétences 2 [tâches pratiques telles que la vente/les soins/le traitement de données et les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques/les services de sécurité/la conduite de véhicules], femmes). Ce montant est calculé sur la base d'une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle est de 41,7 heures en 2012. Dès lors, le revenu mensuel à prendre en considération est de CHF 4'958,15, soit CHF 59'497.80 par année (4'958.15 x 12). Compte tenu d'une réduction de 50 %, le revenu raisonnablement exigible est de CHF 29'748.90 (59'497.80 x 50 %). Pour une activité à 80 %, le revenu annuel d'invalidité est donc fixé à CHF 23'799.10 (29'748.90 x 80 %). Le salaire de valide que la recourante aurait obtenu pour son activité à 80 % en 2012 est fixé sur la base du salaire qu'elle percevait en 2004, soit CHF 41'600 (3'200 x 13). Après adaptation de ce

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 chiffre à l'évolution des salaires nominaux entre 2004 et 2012 (cf. Tableau de l'indice suisse des salaires par secteur, indice et variation sur la base 1993 = 100 disponible sur le site internet <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/salaires-revenus-cout-travail/evolution-salaires.html>), on obtient un revenu de CHF 46'345.10 [41'600 x 129.9 (indice total pour les femmes en 2012) : 116.6 (indice total pour les femmes en 2004)]. Après comparaison entre le revenu de valide et d'invalidité, le taux d'invalidité pour la partie lucrative est fixé à 48,64 % [(46'345.10 - 23'799.10) x 100 : 46'345.10]. Il faut encore calculer le taux d'invalidité global en

additionnant les degrés d'invalidité pour la partie lucrative (48,64 % x 80 %) et la partie ménagère (24,80 % x 20 %), ce qui donne 38,91 % pour la partie lucrative + 4,96 % pour la partie ménagère, soit un total de 43,87 %, ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité. Conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente n'est reconnu que si l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable. Pour la recourante, cette moyenne n'a été atteinte que le 1er novembre 2012 (incapacité de travail de 30 % du 1er novembre 2011 au 30 avril 2012 et incapacité de travail de 50 % du 1er mai au 31 octobre 2012), ce qui lui donne droit à un quart de rente dès cette date. Dès le 1er janvier 2015, il faut reconnaître à la recourante une incapacité de travail totale dans la partie lucrative. Le taux d'invalidité pour cette partie devient donc de 80 % (100 % x 80 %). Ajouté au taux d'invalidité de la partie ménagère de 4,96 %, cela donne un taux d'invalidité global de 84,96 % ouvrant le droit à une rente entière.

L'augmentation du droit à la rente se détermine conformément à l'art. 88a al. 2, 1ère phrase, RAI selon lequel, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Ainsi, la recourante a droit à une rente entière du 1er avril 2015 (trois mois après le 1er janvier 2015) au 31 mars 2016 (mois précédant l'âge de la retraite). 4. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours doit ainsi être partiellement admis et la décision querellée modifiée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité du 1er novembre 2012 au 31 mars 2015 et à une rente entière d'invalidité du 1er avril 2015 au 31 mars 2016, avec éventuels intérêts moratoires conformément à l'art. 26 LPGA. 4.1. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de procédure sont fixés de manière globale à CHF 800.-. Compte tenu du sort du litige (cf. arrêts TF 8C_568/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.2; 9C_94/2010 du 26 mai 2010 consid. 4.3), ils sont répartis à raison de CHF 200.- à la charge de la recourante et de CHF 600.- à la charge de l'autorité intimée. 4.2. Malgré cette admission partielle, il ne se justifie pas, dans le cas d'espèce, de réduire l'indemnité de partie, dans la mesure où les conclusions chiffrées prises par la recourante n'ont pas influé sur la difficulté du procès (cf. ATF 117 V 401 consid. 2; arrêts TF 9C_193/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.2.1; 8C_568/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.1; 9C_94/2010 du 26 mai 2010 consid. 4.1). La liste de frais déposée le 29 janvier 2019 par son mandataire ne correspondant pas aux exigences du tarif applicable en ce qui concerne le tarif horaire et le remboursement des

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 photocopies (cf. art. 8 ss du Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif/JA; RSF 150.12]), la Cour de céans procédera d'office conformément à l'art. 11 al. 1 in fine Tarif/JA. Compte tenu du temps et du travail requis ainsi que de la difficulté et de l'importance de l'affaire, il se justifie de fixer ex aequo et bono l'indemnité de partie à laquelle la recourante a droit à CHF 3'250.-, soit 13 heures à CHF 250.-, plus CHF 150.- de débours et CHF 261.80 au titre de la TVA à 7.7 %, soit à un total de CHF 3'661.80, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. 5. La recourante a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. 5.1. Selon l'art. 61 let. f, 2ème phrase, LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans

s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). Pour déterminer l'indigence, il convient de prendre en considération l'ensemble de la situation financière du requérant au moment où la demande est présentée, celui-ci devant indiquer de manière complète et établir autant que faire se peut ses revenus, sa situation de fortune et ses charges. Il y a lieu de mettre en balance, d'une part, la totalité des ressources effectives du requérant et, d'autre part, l'ensemble de ses engagements financiers (ATF 135 I 221 consid. 5.1; arrêt TF 9C_380/2015 du 17 novembre 2015 consid. 5.1). En outre, de jurisprudence constante, lorsque le requérant est marié, il convient de tenir compte de la situation financière des deux époux (ATF 138 III 162 consid. 4.2.1; arrêt TF 8C_1008/2012 du 24 mai 2013 consid. 3.3.2). 5.2. En l'espèce, les revenus du couple représentent un montant total de CHF 4'978.40 par mois (59'741 : 12, selon l'avis de taxation 2017). Afin de calculer leurs charges, il convient de tenir compte de leur minimum vital fixé à CHF 2'125.-, soit CHF 1'700.- pour un couple conformément aux lignes directrices pour le calcul du minimum vital du droit des poursuites selon l'art. 93 LP du 1er juillet 2009, augmentés de 25 %, soit CHF 425.- conformément à la jurisprudence (cf. arrêt TF 8C_470/2016 du 16 décembre 2016 consid. 5.5). A ce montant, il faut ajouter le loyer effectif, soit CHF 889.-. Les primes d'assurance- maladie de la recourante se montent à CHF 529.60. Par contre, elle n'a pas produit celles concernant son époux. On peut retenir à cet égard un montant approximatif de CHF 600.-. Ainsi, l'ensemble des charges du couple est fixé à CHF 4'143.60 (2'125 + 889 + 529.60 + 600). Après comparaison entre les ressources et les charges, il résulte un solde positif mensuel de CHF 834.80 (4'978.40 – 4'143.60). A noter que le solde reste positif, même si l'on tenait compte de la location du garage à raison de CHF 90.- par mois et du paiement des impôts par un montant mensuel de CHF 235.- [(2'593.55 + 226) : 12]. La condition de l'indigence n'est ainsi pas réalisée, cela d'autant plus qu'au vu de l'issue du litige la recourante va percevoir un certain montant correspondant aux prestations qui lui étaient dues.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 303) doit donc être rejetée. la Cour arrête : I. Le recours (608 2018 302) est partiellement admis. Partant, la décision querellée est modifiée en ce sens que A. _____ a droit à un quart de rente d'invalidité du 1er novembre 2012 au 31 mars 2015 et à une rente entière d'invalidité du 1er avril 2015 au 31 mars 2016, avec éventuels intérêts moratoires conformément à l'art. 26 LPGA. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 303) est rejetée. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont répartis à raison de CHF 200.- à la charge de A. _____ et CHF 600.- à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. IV. L'équitable indemnité de partie à laquelle A. _____ a droit pour ses frais de défense est fixée à CHF 3'250.-, plus CHF 150.- de débours et CHF 261.80 au titre de la TVA à 7,7 %, soit à un total de CHF 3'661.80, et mise intégralement 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 18 novembre 2019/meg Le Président : La Greffière-rapporteure :

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