

# FR\_GERICHTE 608 2019 122 vom 5. Juni 2020

FR Kantonsgericht, 2020-06-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2019\\_122](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_122)

FR: FR\_GERICHTE 608 2019 122 du 5 juin 2020

IT: FR\_GERICHTE 608 2019 122 del 5 giugno 2020

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 3

Le litige porte sur l'éventuel droit de l'assurée à des prestations de l'AI.

#### E. 3.1

L'OAI a mis en œuvre plusieurs expertises médicales: Dans son rapport d'expertise du 18 mars 2016 (dos. OAI 216), l'expert en rhumatologie et médecine interne Dr B. \_\_\_\_\_ diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail: des gonalgies droites (D) avec troubles dégénératifs fémoro-patellaires; un syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec discopathie L5-S1, et avec status post (ci-après: s/p)-infiltration L5-S1 en 2013 et 2015; des cervicobrachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie. Sans répercussion sur la capacité de travail: un s/p-fracture du poignet D en 1978; un s/p-cure de tunnel carpien bilatéral en 1995; un s/p-cure de pouce à ressaut en 1997; un s/p-3 fausses couches et 2 mort-nés de mmm à nnn; une césarienne en ooo; un s/p-thrombose veineuse superficielle du MI en 2014; un tabagisme chronique; une obésité malade BMI 44kg/m2; des omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie; des douleurs des mains d'origine indéterminée; un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, avec une diminution du seuil de tolérance à la douleur. Dans son rapport d'expertise du 16 décembre 2015 (172), le Dr C. \_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie, ne retient aucune maladie psychique, aucun trouble de la personnalité avec effet sur la capacité de travail; sans effet sur celle-ci, il diagnostique une dysthymie (F34.1). De façon consensuelle (cf. expertise B. \_\_\_\_\_, p. 13 ss), les experts en concluent que la capacité de travail dans l'ancienne activité d'aide de cuisine est de 50%; dans une adaptée, respectant les limitations fonctionnelles (rhumatologiques) de diminution des ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 3kg, et les positions debout prolongées de plus de 30 minutes, elle peut être estimée à 80%; le tout sans perte de rendement, et dès le temps de l'expertise. Amené à se prononcer après, notamment, le dépôt de nouvelles pièces du psychiatre traitant, l'expert D. \_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie, retient, dans son rapport du 12 février 2019 (cf. dos. OAI 331), les diagnostics de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission sous traitement médicamenteux (F34.0) avec discrète symptomatologie résiduelle, ainsi qu'une accentuation de traits de personnalité anxieuse, évitante (Z73.1). Au terme de sa discussion, il ne retient aucun effet incapacitant au sens de l'assurance-invalidité à ces diagnostics, se ralliant expressément aux conclusions consensuelles précitées.

### E. 3.2

La Cour fait siens les contenus de ces expertises, parfaitement détaillées et probantes au sens jurisprudentiel. Pour leur appréciation et leur appréciation consensuelle, les experts se sont fondés sur l'étude de l'ensemble du dossier assécurologique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux a été mentionnée, et un résumé des antécédents médicaux, donné. Chaque spécialiste a fait état notamment de l'anamnèse, ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assurée, et des observations cliniques réalisées. Les experts ne se sont pas contentés de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont ainsi fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. Chaque expert a en particulier pu livrer ses constatations objectives obtenues lors de l'examen clinique mené, à l'occasion duquel il a pu examiner personnellement l'assurée et observer son comportement. C'est de façon claire que chacun a apporté une conclusion à son expertise et répondu aux questions qui lui étaient posées. Un examen sérologique a été effectué. Chacun s'est prononcé quant au suivi thérapeutique en cours, formulant, cas échéant des propositions à cet égard. Un avis consensuel a été apporté, et le dernier expert psychiatrique s'est prononcé à son égard. Les observations suivantes sont faites: Du point de vue somatique (cf. not. p. 7 s.; p. 12 ss), l'expert-rhumatologue relève la présence d'un syndrome cervicobrachial mais surtout lombovertébral, mais tout en soulignant l'absence de signe radiculaire irritatif ou déficitaire. En revanche, l'examen frappe par la présence d'une obésité (BMI 44) – laquelle n'a en principe pas valeur de maladie invalidante selon l'assurance-invalidité, le rappelle la Cour –, morbide ainsi que des douleurs poly et péri-insertionnelles évoquant une diminution du seuil de déclenchement à la douleur (présence de 18/18 points de fibromyalgie). Cette diminution, avec amplification de la symptomatologie douloureuse subjective, s'inscrit dans un contexte socio-familial chargé. La Cour note à cet égard que le suivi par le généraliste traitant a débuté un mois après la fin des rapports de travail pour motif économique, lesquels ont vu l'assurée, qui avait épuisé son droit aux indemnités de l'assurance-chômage, devoir recourir à l'aide sociale – le suivi psychiatrique débutera en octobre 2013. L'examen des différents groupes articulaires est, lui, rassurant; il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite, les amplitudes articulaires sont toutes conservées. En particulier, la discopathie L5-S1 reste modérée, et il n'y a pas de signe d'hernie discale conflictuelle; au niveau de la colonne cervicale, une rectitude et une discopathie de C5-C6, C6-C7, sont mis en évidence, ainsi que des trous de conjugaison légèrement diminués mais de manière non significative; il y a une légère diminution de l'espace interne du genou droit, mais il n'y a pas de calcification, et si de minimes troubles fémoro-patellaires sont observés, ils sont à la limite du significatif. La diminution des capacités fonctionnelles dues à la santé du point de vue somatique est essentiellement imputable à une surcharge pondérale avec gonalgies D et lombalgies à répétitions dans un contexte d'une discopathie, laquelle ne s'est au surplus pas péjorée depuis 2013. En outre, estime l'expert, s'agissant de cette obésité, élément important dans la genèse de la symptomatologie douloureuse, la gastroplastie avec by-pass prévue est susceptible d'améliorer la situation encore (par exemple, en augmentant le taux de capacité de travail dans l'activité habituelle, un mois après l'opération; cf. p. 13 et 15) ; il en va de même des suggestions thérapeutiques apportées (cf. p. 13 s.). Du point de vue psychique, l'expert C. \_\_\_\_\_ relève, notamment (p. 13 ss), que la fréquence mensuelle de consultation du psychiatre traitant n'est pas compatible avec la présence d'un trouble dépressif grave; s'agissant des trois médicaments annoncés, l'examen sérologique a montré que

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 deux des trois médicaments annoncés avaient un résultat en-dessous de la valeur thérapeutique recommandée, le troisième atteignant cette norme, mais, la Cour le constate, de façon proche de sa limite inférieure (70 nmol/l pour un taux recommandé de 30-490 nmol/l). Les indications données par l'assurée quant au déroulement de ses journées, ses loisirs, etc. (cf. aussi celles données au Dr B. \_\_\_\_\_), confirment bien, pour le Tribunal, qu'elle dispose de ressources suffisantes et que la dysthymie présentée n'a aucun aspect invalidant, n'induit pas de limitations fonctionnelles (cf. également indications figurant dans l'expertise B. \_\_\_\_\_, qui contient le volet consensuel, p. 5 s. et 13); ce sont d'ailleurs plutôt des plaintes à caractère physique (douleurs, qui peuvent amener de la tristesse, et influencer sur la fatigue; cf. p. 3 s.) qu'énonce l'expertisée à l'expert-psychiatre, lequel ne retient cependant pas d'atteinte psychique en relation avec le caractère fibromyalgique du syndrome polyinsertionnel douloureux retenu par le Dr B. \_\_\_\_\_. Quant à l'expert-psychiatre D. \_\_\_\_\_, il rapporte que la plainte de "dépression" de l'expertisée est d'abord, principalement (cf. p. 7 et 13), faite en lien avec ses douleurs (toujours mal du côté gauche, ainsi qu'au dos), qu'elle ressent comme aggravées par la pose d'un by-pass, malgré la perte de 36 kg, du fait d'une perte de la masse musculaire, et par l'entrée dans la ménopause en 2018, parce que les bouffées de chaleur, avec les douleurs, amènent un mauvais sommeil et qu'elle est fatiguée du matin au soir. Elle relate en sus des problèmes d'angoisse dans les lieux peuplés et dans les transports en commun. L'évocation de pertes douloureuses occasionne des pleurs. Elle en a souffert, et ses divorces n'ont rien arrangé. Lui pèse l'impression de ne pas s'en sortir. Elle fond en larmes à deux reprises, lorsqu'elle évoque la perte de ses enfants mort-nés et le décès de sa mère. Le score Hamilton de 10 est compatible avec la notion de dépression légère. Si, pour l'expert D. \_\_\_\_\_, il ne peut être exclu que l'assurée ait présenté à un moment ou à un autre (antérieurement à 2013), tout particulièrement durant la période où elle a dû faire face à la perte successive d'enfants mort-nés, le tableau d'un épisode dépressif majeur auquel aurait au plus été substituée une symptomatologie dysthymique, et que les difficultés rencontrées à partir de 2013 ont pu amener une rechute dépressive sous forme d'un épisode dont l'intensité a été moyenne, actuellement, l'évolution a cependant été favorable sous traitement antidépresseur, et le degré d'expression de la symptomatologie dépressive n'est pas suffisamment marqué pour qu'un diagnostic d'épisode, même léger, soit justifié. De façon détaillée et probante (cf. not. p. 16 ss), l'expert-psychiatre discute les symptômes et facteurs à prendre en considération à cet égard. Seules doivent être retenues une certaine émotivité et fatigabilité; étant souligné qu'il est possible qu'elles soient en relation avec l'entrée dans la ménopause. Si l'expertisée pleure à deux reprises, cela se passe toutefois sur une courte durée et elle se reprend rapidement; cette émotivité, qui peut ponctuellement paraître plus importante, représente un des aspects les plus saillants du tableau clinique (p. 17). La Cour relève qu'un suivi psychiatrique n'a effectivement plus été jugé nécessaire depuis celui survenu entre 1994-1999, et ce jusqu'au 8 octobre 2013; depuis lors et jusqu'en 2017, le psychiatre traitant (cf. infra) a en outre décrit une situation avec notamment un trouble dépressif en régression, qui aurait dû, médicalement, toujours selon lui, permettre le suivi de mesures de réinsertion en janvier 2014, d'une part, et qui était compatible, sur le plan psychique, avec une opération de pose de by-pass, d'autre part. L'assurée reconnaît en outre que cette opération a amené des effets bénéfiques (BMI de 30.5 actuellement). A l'instar de l'expert C. \_\_\_\_\_, le Dr D. \_\_\_\_\_ ne décèle aucune évidence d'un signe évocateur de troubles mnésiques, praxiques ou gnosiques, et écarte tout diagnostic de trouble de la personnalité chez une assurée qui a notamment toujours su se

défendre dans les situations de conflit. Seuls doivent être retenus des traits phobiques sous forme d'une claustrophobie et d'une tendance à des

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 réactions d'exacerbation anxieuse dans les lieux peuplés, symptôme s'étant également amélioré sous traitement; ces traits Z73.1 n'ont ni l'ampleur ni le côté envahissant pour qu'un diagnostic de trouble de la personnalité soit justifié. Pour la Cour, les activités décrites par l'expertisée viennent confirmer cette appréciation (cf. en particulier p. 14 s.: utilisation, déjà mentionnée à l'expertise précédente, seule de transports publics sur des distances courtes, voyage en avion, cinéma); c'est essentiellement le souci de pouvoir bouger, étendre ses jambes, etc., en relation avec ses plaintes douloureuses, qu'elle fait valoir sur ce plan; des stratégies ont été en outre développées pour surmonter ses craintes. L'expert D. \_\_\_\_\_ conclut que les troubles psychiques dans leur ensemble sont à considérer comme légers à tout le moins dans leur degré d'expression actuel. L'assurée a trouvé un relativement bon équilibre à la fois sur le plan thymique et sur celui personnel (dont une relation bien investie avec son ami depuis deux ans) et social. Une tendance à l'abus d'alcool a pu jouer un rôle dans le passé dans l'évolution des troubles; mais cette problématique paraît sous contrôle et n'intervient apparemment pas de façon significative actuellement. En conclusion, l'expert D. \_\_\_\_\_ peine à identifier une période durant laquelle l'état clinique se serait détérioré à un point tel qu'il serait justifié de s'écarter de l'appréciation des experts B. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_, à laquelle il se rallie expressément (p. 19 et 21). Avec l'expert D. \_\_\_\_\_, la Cour souligne que l'assurée a toujours été en mesure de faire (courageusement) face aux difficultés rencontrées, qu'il n'y a pas lieu de nier, et dispose (encore) de ressources adéquates. Son état de santé ne l'a en particulier pas empêchée de travailler dix-sept ans comme ouvrière d'usine, puis, après la naissance de son enfant qu'elle a élevée seule (avec l'aide de sa famille), de poursuivre une activité professionnelle, laquelle s'est arrêtée en avril 2013 pour des motifs extérieurs à sa santé, soit le dépôt de bilan de l'entreprise tenue par une personne proche. Il est noté également que ce sont en particulier des plaintes douloureuses que l'expertisée a mis en avant devant l'expert-psychiatre; lequel a relevé que l'obésité morbide avait contribué à l'évolution peu favorable de divers problèmes rhumatologiques, mais n'a pas davantage que l'expert C. \_\_\_\_\_ retenu un diagnostic en relation avec ces douleurs exprimées. Enfin, s'il mentionne (cf. p. 21) qu'une activité professionnelle adaptée devrait, outre respecter les limitations énoncées par l'expert B. \_\_\_\_\_, offrir un climat de travail détendu, de type familial, dans une petite équipe, un travail simple permettant des contacts sociaux, la Cour souligne qu'il s'agit surtout de suggestions (correspondant à ce que la dernière activité offrait) afin que cette adaptation soit optimale; elles découlent de la pondération, de l'appréciation des atteintes retenues, sans pour autant remettre en cause l'absence, ici, de tout caractère invalidant de celles-ci. Au contraire, l'expert D. \_\_\_\_\_ souligne (cf. p. 20 s.) le peu de limitations qu'elles amènent: la flexibilité et les capacités d'adaptation, celle de déplacement et de circulation, l'endurance, la capacité d'affirmation de soi, celle d'évoluer dans un groupe, l'aptitude à établir des contacts informels avec des tiers, la capacité à évoluer dans un contexte de relations familiales et intimes et celle de s'engager dans des activités spontanées sont, légèrement altérées ou pas significativement diminuées. Et les autres capacités et aptitudes déterminantes ne sont pas modifiées. Actuellement, peuvent donc être reprises les conclusions de l'expertise bidisciplinaire quant à la capacité de travail. Questionné quant aux effets des atteintes à la santé dans la vie quotidienne (cuisine, ménage, etc.; cf. p. 22 s.; également indications de l'assurée, p. 14), l'expert ne retient aucune limitation hormis le fait que l'assurée a besoin du soutien de son enfant pour les

travaux lourds et les grandes pièces de linge à étendre en hauteur. Pour la Cour, cela atteste également de l'absence de maladie invalidante psychique.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14

### **E. 3.3**

S'agissant des autres pièces médicales au dossier à examiner ici, ceci:

#### **E. 3.3.1**

Dans son rapport du 23 août 2014 (dos. OAI 136; cf. également ceux des 20 août 2013 et 27 avril 2014, dos. OAI 44 et 128; aussi: IRM du 14 février 2014, dos. OAI 141), le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin praticien, généraliste traitant, pose, avec effet sur la capacité de travail, les diagnostics de hernie discale lombaire L4/L5 et L5/S1 avec léger conflit radiculaire; de cervicarthrose mixte avec un canal cervical étroit d'origine mixte en C5/C6, et d'effets de masse radiculaires bilatéraux étagés avec potentiels conflits (notamment racine C3 G et racine C6). La patiente se plaint de lombalgies et cervicalgies chroniques; symptomatologie actuelle: dysesthésies MID/G, céphalée en surélévation des MID/G sur canal cervical étroit et cervicarthrose; force des MS diminuée, autrement, il n'y a pas de déficit neurologique, contracture musculaire para-vertébrale. La Cour relève que ce tableau, singulièrement les lombalgies et cervicalgies dont se plaint l'assurée, a été dûment apprécié par l'expert B.\_\_\_\_\_. Ces rapports ne justifient pas de s'écarter de ses conclusions. Il est d'ailleurs souligné que le praticien, au vu d'une amélioration des lombalgies post-infiltration péri-radiculaire L5 D en juillet 2013, avait estimé possible une reprise de l'activité professionnelle, à 50%, dès le 20 août 2013. Dans son rapport du 7 juillet 2017 (dos. OAI 257), le praticien retient, avec effet sur la capacité de travail: une obésité de stade III avec s/p by-pass gastrique; dorsalgies et cervicalgies chroniques. Symptomatologie actuelle: les cervico-brachialgies sont plus grandes au MSG et il y a une sensation de douleurs généralisées; pas de signe d'une décompensation psychique; difficultés en postopératoire avec Dumping-Syndrome; de l'évolution de celui-ci dépendra la réadaptation possible. Ce sont ces douleurs chroniques qui ne donnent pas de possibilité de réintégration sur le marché du travail, même si elles sont fluctuantes. Pour la Cour, là encore, il n'y a pas d'élément justifiant de s'écarter de l'appréciation de l'expert- rhumatologue: ainsi que celui-ci l'avait estimé, la pose d'un by-pass (BMI de 46.2 avant opération) a manifestement eu des effets positifs, ce sur le plan articulaire comme celui de l'effort. Le généraliste traitant reconnaît d'ailleurs que son pronostic est bon. Le Dumping-Syndrome, comme un éventuel reconditionnement musculaire conservateur, qui n'est pas même évoqué, ne constitue pas des atteintes durables et pertinentes au sens de l'assurance-invalidité, et il devait y être dûment remédié, conformément à l'obligation de diminuer son dommage de l'assurée (cf. avis SMR du 28 novembre 2017, Dr F.\_\_\_\_\_, dos. OAI 296). Les rapports du Dr G.\_\_\_\_\_, neurochirurgien, des 10 juin, 8 juillet et 2 septembre 2013, et du 24 mars et 26 mai 2014 (dos. OAI 49, 69, 75, 143 et 146; aussi: IRM et CT 27 août 2015, dos. OAI 275) s'inscrivent dans ce qui précède et ont aussi été pris en compte par l'expert-rhumatologue. Le praticien a constaté des lombalgies et un syndrome irritatif crural et sciatique droit retenu, ainsi que des cervico-brachialgies prédominant en C6 G sur discopathie C5-C6 avec sténose foraminale bilatérale à ce niveau-là. Hormis un traitement conservateur (infiltration, physiothérapie, ...), il n'a pas retenu d'indication chirurgicale à une décompression de la racine L5 droite ou relativement aux cervicalgies. Même (cf. dos. OAI 144), il annonçait en mars 2014 que si la symptomatologie douloureuse devait

s'amender d'ici au mois de mai, une reprise à 50% du travail pourrait être envisagée, avec des limitations fonctionnelles rejoignant celles du Dr B. \_\_\_\_\_ – ce ne fut pas le cas, l'assurée se plaignant d'une fin de l'amélioration favorable après celle du traitement conservateur. Dans son courrier du 19 septembre 2015 (dos. OAI 273), le Dr H. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, indique avoir procédé à une infiltration, qui, même si difficile, a rendu les lombalgies chroniques plus supportables à la marche; la perte de poids après pose d'un by-pass devrait aussi améliorer cela. La Dresse I. \_\_\_\_\_, endocrinologie/diabétologie, et médecine interne générale,

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 considérait également que cette opération devrait lui être bénéfique (cf. rapport du 21 mars 2016, dos. OAI 271) De fait, le Dr J. \_\_\_\_\_, chirurgie viscérale et générale, dans son rapport du 13 mai 2017 (dos. OAI 246), fera aussi part d'un bon pronostic après la perte de poids. Enfin, s'agissant des plaintes de fatigue, le Dr K. \_\_\_\_\_, pneumologue, rapporte, le 16 février 2017 (dos. OAI 268), des hypopnées de degré modéré ne justifiant pas un traitement par CPAP au vu de cet indice et de l'absence de fatigue ou somnolence diurne. De ce qui précède, la Cour retient que rien ne justifie de remettre en cause, sur le plan somatique, l'appréciation du Dr B. \_\_\_\_\_; il faut même plutôt retenir que la perte de poids conséquente intervenue après 2017 a dû amener une amélioration encore de la situation, que la Cour, au vu du dossier et de ce qui suit, renonce à examiner/quantifier plus avant.

### **E. 3.3.2**

Dans son rapport du 27 janvier 2014 (dos. OAI 89), le Dr L. \_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant depuis le 8 octobre 2013, diagnostique, avec effet sur la capacité de travail: un trouble dépressif récurrent en rémission partielle F33.4, existant depuis 1994; des troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation d'alcool F10.1, utilisation nocive pour la santé, existant depuis 1998. Une augmentation de la capacité de travail jusqu'à 50% est tout à fait envisageable. La capacité de concentration est limitée par le syndrome dépressif (trouble attentionnel). Une réinsertion lui serait profitable. Le 6 février 2017 (dos. OAI 269), il indique que l'état thymique est resté assez stable, avec une rémission au niveau de l'anxiété, ainsi que de la consommation d'alcool; il la voit chaque 4 ou 6 semaines; une thérapie cognitivo-comportementale bi-mensuelle auprès d'une psychologue va être mise en place; vu la situation, il n'y a pas de contre-indication psychique à l'opération gastrique. Le 10 octobre 2017 (dos. OAI 285 et 292), il indique, avec effet sur la capacité de travail: un trouble dépressif récurrent, actuellement en rechute, avec un épisode dépressif moyen (F33.4); une personnalité dépendante (F60.7); obésité de stade III avec BMI de 45 kg/m<sup>2</sup> (E66.92); s/p-by-pass gastrique le 20 mars 2017; s/p thrombose, phlébite et thrombophlébite (I80.28); sans effet sur la capacité de travail: troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.1). Le pronostic est réservé quant à la possibilité de reprendre activité dans l'économie libre. L'obésité a induit des douleurs au cours du temps. La perte rapide de poids après l'opération de mars 2017 s'est malheureusement compliquée par un très important abaissement thymique (et quelques alcoolisations) ayant motivé des changements dans les traitements. Le praticien reprend ces diagnostics dans son rapport du 24 septembre 2018 (dos. OAI 300 et 306; consultation mensuelle, plus une bimensuelle auprès d'une psychologue). L'incapacité en tant qu'ouvrière d'usine, qui était de 80% jusqu'à fin 2016, est de 100% depuis le 1er janvier 2018. Il y a toujours une importante fluctuation de l'humeur, parallèlement à l'importante perte de poids. Les angoisses fluctuantes sont en partie somatisées (douleurs nuque, dos,

fatigabilité). Evolution très fluctuante sur le plan clinique ainsi qu'une instabilité du fonctionnement de la personnalité; pronostic très réservé. Ses limitations fonctionnelles sont une dépressivité persistante avec une labilité affective, un abaissement de l'humeur avec des fluctuations de celle-ci, des douleurs, une fatigue, une dysthymie fluctuante. Elle n'a pas beaucoup de ressources utiles pour une réinsertion. Potentiel de réadaptation (très réservé): 2 h/j. Fatigue et douleurs au niveau de la tenue du ménage. Nombre d'activités ne sont plus possibles en raison du syndrome dépressif et de l'instabilité relationnelle. Pour le Tribunal, les indications du psychiatre traitant amènent déjà à relativiser les atteintes à la capacité de travail qu'il retient, puisque il indique que, dès le début du suivi, en octobre 2013, et jusqu'à l'opération de mars 2017, l'assurée a présenté une stabilité, une rémission de ses atteintes – lesquelles n'avaient au reste pas empêché un fonctionnement professionnel et social durable

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 auparavant. Rien ne justifie de remettre en cause à cet égard l'appréciation de l'expert C.\_\_\_\_\_. S'agissant de la péjoration alléguée post-opération de mars 2017, elle présente au plus un aspect concomitant/réactionnel à la forte perte de poids, non durable et non invalidant au sens de l'assurance-invalidité. L'expert D.\_\_\_\_\_ a dûment évalué la situation, en écartant notamment le diagnostic relatif à la personnalité retenu seulement en 2017 par le psychiatre traitant, les traits de personnalité qu'il admettait, lui, n'ayant pour le surplus pas de valeur de maladie invalidante; il a fait sienne l'analyse du Dr C.\_\_\_\_\_ et a exclu de façon probante toute période durant laquelle une atteinte invalidante (durable) pouvait être retenue, y compris après mars 2017. Ces avis d'experts psychiatres doivent être préférés à celui du Dr L.\_\_\_\_\_, étant rappelé en outre la certaine réserve avec laquelle il convient d'accueillir l'avis d'un médecin traitant, cas échéant.

#### **E. 3.4**

La recourante soutient avoir annoncé une aggravation de son état de santé le 14 mars 2019, avec notamment une opération effectuée par le neurochirurgien H.\_\_\_\_\_, le 3 avril 2019, et demandé l'envoi des rapports d'expertise à son psychiatre traitant. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le principe inquisitoire n'est en outre pas absolu dans la mesure où sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). Ce devoir de collaboration vaut pour la procédure devant le Tribunal de céans. Force est de constater ici que nulle trace au dossier n'existe de ce courrier du 14 mars 2019, que l'assurée n'a pas envoyé en recommandé et dont elle n'a au demeurant pas produit une copie en procédure de recours. On ne peut faire dès lors reproche à l'administration d'avoir statué, le 1er avril 2019, sur la base des éléments dont elle avait connaissance, dont les rapports des médecins traitants de l'assurée produits. L'Office a considéré que le dossier était complet et qu'il n'avait pas à procéder à de nouvelles mesures d'instructions. Pour la Cour, tel était le cas et c'est à bon droit que la décision du 1er avril 2019 a été rendue. En outre, en ne produisant aucune pièce en relation avec ses allégués, singulièrement aucune

pièce médicale, la recourante a clairement manqué à son obligation de collaboration, que le Tribunal n'a pas à pallier. La date de la décision attaquée constitue donc le terme de la période soumise à son examen. Au vu de ce tout ce qui précède, la Cour retient que l'assurée a disposé jusqu'au 1er avril 2019, sans perte de rendement, d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, et de 80% dans une adaptée, moyennant le respect des limitations de diminution des ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 3kg, et les positions debout prolongées de plus de 30 minutes. S'agissant du moment à partir duquel ces capacités étaient exigibles, l'indication temporelle "dès ce jour" de l'expertise bidisciplinaire doit être comprise dans le sens de: dès octobre 2013, indication retenue dans les conclusions consensuelles (cf. expertise B. \_\_\_\_\_, p. 16: en octobre 2013, une reprise d'une activité professionnelle aurait raisonnablement pu être exigée). Les experts reprenaient manifestement l'avis du généraliste suivant l'assurée depuis le Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 1er mai 2013, qui avait retenu une reprise de l'activité professionnelle pouvant être attendue au taux de 50% le 20 août 2013 (cf. rapport du même jour, dos. OAI 46 et supra; également rapport du 20 août 2014, dos. OAI 138, où il répondait encore oui à la possibilité, respectivement, d'une reprise de l'activité professionnelle et d'une amélioration de la capacité de travail, mais sans indication de taux ni de date; de même s'agissant de la réadaptation). Le Dr E. \_\_\_\_\_ soulignait à cet égard notamment l'amélioration rapide apportée par l'infiltration en L5 en juin 2013, confirmée dans son rapport du 24 avril 2014 (cf. dos. OAI 131). Quant aux cervicalgies- brachialgies, influant, selon lui, le plus négativement la situation (cf. ibidem), leur évaluation et les investigations y relatives annoncées par le généraliste ont été dûment prises en compte dans l'expertise bidisciplinaire. L'expert-rhumatologue, en ayant notamment connaissance de toutes les pièces des spécialistes et examens paracliniques jusqu'au moment de son examen, n'a pas eu de motif de revenir sur cette exigibilité dès octobre 2013. Quant à l'expert C. \_\_\_\_\_ (cf. p. 19 de son expertise), il indiquait expressément qu'au plan psychique et en l'absence de toute atteinte à la santé, l'assurée avait toujours été capable de travailler à 100% dans l'activité exercée jusqu'ici. A nouveau, la Cour considère que cette appréciation se fondait sur un examen clinique et de toutes les pièces, notamment médicales, à prendre en considération jusqu'à l'expertise, ne l'infirmant pas. Octobre 2013 coïncide d'ailleurs avec le début du suivi psychiatrique, et l'on notera que dès son premier rapport du 27 janvier 2014 (cf. dos. OAI 89; supra), le psychiatre traitant référé à des problématiques ayant débuté longtemps avant, selon lui (1994 et 1998), mais surtout, soulignait déjà une rémission partielle du trouble dépressif qu'il retenait, ainsi qu'une possibilité tout à fait envisageable d'augmenter la capacité de travail jusqu'à 50%. Il est rappelé encore que conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, un éventuel droit à la rente pourrait exister au plus tôt depuis janvier 2014, six mois après le dépôt de la demande. Partant, il faut admettre, avec les experts, qu'au plus tard dès cette date, l'assurée était en mesure de reprendre son ancienne activité à 50 %, et d'autant plus une adaptée à 80 %.

#### **E. 4**

L'OAI a fait usage de la méthode mixte (cf. art. 28a al. 3 LAI) pour le calcul du degré d'invalidité, qui s'applique lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité. Selon cette méthode, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels (ménage) par comparaison des activités et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps

consacré à ces deux champs d'activités. L'assurée, non représentée, ne l'a pas remise en cause dans son recours, mais des circonstances du cas d'espèce et de plusieurs indications figurant au dossier justifient, ici, d'examiner ce point d'office.

#### **E. 4.1**

Pour déterminer la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que ce dernier aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 141 V 15 consid. 3.1 et les références). Cette évaluation tiendra notamment compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt TFA I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1), établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Le choix de la méthode dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14

#### **E. 4.2**

Il ressort du dossier (cf. not. parcours professionnel, dos. OAI, p. 112; extraits de compte, dos. OAI 37 ss) que l'assurée a travaillé à plein temps pendant 17 ans, jusqu'à la naissance de son enfant, en 2001; quelques mois plus tard, elle a repris une activité à 50%; entre 2003 et 2007, son taux d'activité s'est élevé à 100%; si entre 2008 et 2013, elle travailla à 50%, elle a indiqué avoir été alors inscrite à 100% à l'assurance-chômage et n'avoir pas trouvé un travail à un taux supérieur. Elle a, à deux entretiens avec l'administration (cf. dos. OAI 62 et 112), indiqué que sans atteinte à la santé, c'est à plein de temps qu'elle travaillerait. Et il est vraisemblable que des motifs financiers l'auraient amenée à chercher à travailler ainsi, dans la mesure où elle a dû assumer seule (à tout le moins essentiellement) son entretien et celui de son enfant. C'est dès lors la méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité, par comparaison des revenus qui doit être appliquée ici, laquelle (cf. art. 28a al. 1 LAI), soit celle pour les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps sans être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365, 1985 p. 469), comparaison effectuée, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants.

#### **E. 4.3**

En l'espèce, cependant, ce changement de méthode n'a pas d'incidence sur le droit aux prestations. En effet, en partant des éléments de calculs de la décision quant à l'activité professionnelle - tenant notamment compte d'une activité adaptée à 80 % -, qui ne paraissent pas prêter le flanc à la critique, mais en corrigeant l'inversion qu'a par erreur effectuée l'OAI entre les revenus sans et avec invalidité, on parvient à un taux d'invalidité de 3.3% (et non 1.65%), lequel reste bien inférieur à celui requis pour ouvrir le droit à un quart de rente au moins (40%).

#### **E. 5**

La décision attaquée doit dès lors être confirmée, et le recours, rejeté. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe. Elle a cependant sollicité l'octroi de l'AJP. Au vu du dossier et des considérants ci-dessus, son recours ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec, malgré sa motivation et le défaut de production de pièces médicales à son appui. D'autre part, la condition de l'indigence est remplie chez cette assurée soutenue par le Service de l'aide sociale concerné. Le bénéfice de l'AJP lui sera donc octroyé, et, partant, les frais de justice qui ont été mis à sa charge ne seront pas perçus. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête : I. Le recours (608 2019 122) est rejeté. II. La requête (608 2019 123) d'assistance judiciaire gratuite partielle est admise. III. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire partielle octroyée. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 5 juin 2020/djo Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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