

FR_GERICHTE 608 2019 150 vom 15. Juli 2020

FR Kantonsgericht, 2020-07-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_150

FR: FR_GERICHTE 608 2019 150 du 15 juillet 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 150 del 15 luglio 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 27

février au 26 mai 2017. Le 24 mai 2017, la phase d'intervention précoce a été close; aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'entraîne en ligne de compte. L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage et une expertise bidisciplinaire (rhumatologie/psychiatrie). B. Le 7 décembre 2018, l'OAI a annoncé projeter le rejet de la demande. L'assurée y a objecté le 1er janvier 2019. Les experts se sont prononcés sur les pièces qu'elle a produites. Par décision du 12 avril 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a considéré que l'assurée était en mesure d'exercer une activité à 100%, sans diminution de rendement, moyennant le respect des limitations fonctionnelles d'absence de ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg. Le degré d'invalidité selon la méthode mixte (80 % activité lucrative / 20% activité ménagère) était nul. C. Contre cette décision, l'assurée recourt, le 27 mai 2019, auprès du Tribunal de céans. Elle conclut, sous suite de dépens: principalement, à l'octroi d'une rente entière; subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Pour elle, les rapports de l'expertise bidisciplinaire réalisée doivent être purement et simplement ignorés. D'un point de vue général, vu le nombre d'expertises réalisées par chaque expert annuellement, les exigences de qualité minimales et de neutralité ne peuvent être respectées. La qualité de l'expertise psychiatrique est plus que médiocre, car l'expert a indiqué n'avoir pas reçu un rapport de la psychiatre traitante du 11 septembre 2018, et, relativement à la compliance médicamenteuse, on ignore même s'il s'est référé aux bonnes analyses sérologiques, dont certaines étaient inutiles, le médicament recherché n'étant pas administré. L'expert-rhumatologue aurait dû faire preuve d'introspection et ne pas critiquer notamment le rapport du 19 février 2019 d'une équipe médicale à la pointe, chapeauté par un professeur, auquel sera soumise sa détermination du 29 mars 2019. L'invalidité a été constatée sur le terrain, et un séjour hospitalier psychiatrique et un suivi en clinique de jour n'auraient pas été prescrits, s'ils avaient été inutiles. Une nouvelle expertise bidisciplinaire est requise.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 Le 7 juin 2019, la recourante verse l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 17 juin 2019, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision attaquée. Le 1er octobre 2019, la recourante produit spontanément une pièce médicale, du 26 août 2019. Le 11 octobre 2019, l'OAI se prononce à l'égard de celle-ci et maintient ses conclusions. Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives ci-dessous, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales

auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée, dûment représentée, directement touchée par la décision attaquée, 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, cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; et de 70% au moins, à une rente entière (art.

E. 28

al. 2 LAI). 2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou la fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (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 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). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de 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 entre les

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 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). 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 doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien 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. Jouent 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. 2.3. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas

l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 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 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 a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 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). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). 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

janvier 2008). 2.4. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGA). En d'autres termes, dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. 3. 3.1. Pour répondre à la question litigieuse d'un éventuel droit à des prestations AI, l'OAI a notamment mis en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologie/psychiatrie). Dans son rapport d'expertise du 25 septembre 2018 (dos. OAI 236), le Dr B. _____, rhumatologie et médecine interne générale, pose (p. 13), avec effet sur la capacité de travail, les diagnostics de: syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec minime discopathie C4-C5; lombopygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec minime discopathie L3-L4, arthrose facettaire postérieure L4-L5. Sans

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 répercussion sur la capacité de travail, notamment: syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, avec diminution du seuil de déclenchement de la douleur; possible spondyloarthropathie indifférenciée actuellement sans signe inflammatoire actif. Dans son rapport d'expertise du 19 octobre 2018 (dos. OAI 257), le Dr C. _____, psychiatrie et psychothérapie, retient (p. 13) le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode léger avec syndrome somatique (F33.0) secondaire à la douleur. De façon consensuelle (cf. rapport rhumatologique, p. 19 ss), les experts concluent que, moyennant le respect des limitations fonctionnelles de ports de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg, l'assurée peut exercer une activité à 100%, avec une perte de rendement de 10 %, avec la précision que ce dernier taux est dû au fait de sa longue inactivité professionnelle. Ils indiquent que, normalement, du point de vue somatique, seul déterminant dans cette situation à l'égard de la capacité de travail, celle-ci devrait bien évoluer. L'expert-psychiatre se prononce le 4 mars 2019 (dos. OAI 315) sur l'appréciation de son expertise par la psychiatre traitante. Les 29 mars et 2 avril 2019 (dos. OAI 313 et 314), l'expert- rhumatologue en fait autant relativement aux pièces somatiques produites. Leurs conclusions ne sont pas modifiées. 3.2. Les expertises sont parfaitement détaillées et remplissent les conditions posées par la jurisprudence pour leur reconnaître force probante sur le plan formel. Pour leur appréciation, 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 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. Un avis consensuel a été apporté. Chaque expert a rédigé un complément de rapport, après s'être vu soumettre des pièces nouvelles. Du point de vue somatique, l'expert-rhumatologue note la présence de 3/5 signes de non organicité selon Waddell (pseudorotation, pression céphalique, douleurs ubiquitaires à l'effleurement cutané), ainsi que de 18/18 points d'insertion selon Smythe positifs; une absence de signe d'hyperlaxité selon les critères de Beighton (p. 12). Si devant la suspicion d'une spondylarthrite indifférenciée, un essai thérapeutique par différents traitements biologiques était justifié, ceux-ci et le diagnostic de spondylarthropathie devraient être réévalués au vu de l'inefficacité des traitements; il n'y a pas d'argument attestant une activité inflammatoire (p. 14 ss). L'expert considère qu'il n'y a pas à proprement parler une péjoration (objective) sous l'aspect rhumatologique et de médecine interne, l'assurée présentant un syndrome douloureux chronique. La chronicisation se fait avec extension en tâche d'huile. S'agissant de la cohérence et de la plausibilité (p. 15), il est relevé qu'il n'y a pas d'amyotrophie, ni de trouble sensitivomoteur, que l'assurée se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide, qu'elle est capable de rester assise

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 sans opter de position antalgique, et ce durant tout l'entretien. Une certaine discordance existe entre les plaintes et l'impotence fonctionnelle décrite dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle, ainsi que les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour. En d'autres termes, si les résultats de l'examen sont valides et compréhensibles, le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout l'impotence fonctionnelle que l'assurée explique connaître. Les troubles fonctionnels sont donc partiellement plausibles, uniquement (p. 15 et 18). La combinaison de plusieurs légers handicaps paraissent affaiblir sa résistance au stress, du point de vue de l'anamnèse (p. 16). Ses ressources paraissent moyennes, mais elle arrive cependant à mener ses activités quotidiennes de manière autonome (cf. p. 8 s.; p. 16). Elle a été en mesure de s'inscrire à l'assurance-chômage, et certains de ses médecins traitants attestent une incapacité de travail de 50%, non de 100%. En outre, malgré un vécu douloureux chronique décrit déjà depuis 2006-2007, elle a pu garder son activité professionnelle jusqu'en 2016. Dans ses compléments, l'expert relève que les médecins traitants, s'ils ne se prononcent pas quant à son diagnostic de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique induisant une nette diminution du déclenchement à la douleur et une probable amplification de la symptomatologie douloureuse, ne proposent pourtant pas de nouvelle thérapie autre qu'un traitement antalgique intensif relativement aux polyarthrite et polyarthralgies, et singulièrement à leur aspect inflammatoire qu'ils retiennent. Il explique en quoi, selon lui, l'utilisation des résultats d'un sonar n'est pas probante dans cette situation. Il souligne que les médecins traitants ne se sont pas ou pas assez prononcés sur l'aspect prépondérant du vécu douloureux

et sur la possibilité d'exercer une activité adaptée du point de vue de l'AI. La Cour relève que l'assurée avait surtout déploré le port de charges jusqu'à 30 kg fréquent dans l'ancienne activité au rayon fruits et légumes. Dans le cadre de l'intervention précoce (retour thérapeutique à l'activité), ses postes de travail furent adaptés de façon à respecter ses limitations, à sa satisfaction; elle allait mieux. La fin mise par l'entreprise à l'expérience, en février 2017, induisit une certaine péjoration de l'état psychique (cf. dos. OAI 164 et 166; infra). L'assurée a cependant pu ensuite s'inscrire à l'assurance-chômage en indiquant pouvant être placée dès le 1er mai 2017, et rechercher une activité au taux de 80%; si elle s'est plainte, lors d'un entretien du 19 mai 2017, du contrat de nettoyages à la demande déjà trouvé, cela fut uniquement sous l'angle de sa précarité, étant non fixe, non quant à des douleurs en lien avec l'activité (cf. dos. OAI 173 et OAI 179). L'on notera aussi l'activité débutée le 19 juin 2018, que l'expert-rhumatologue n'a pu prendre en compte, ayant vu l'assurée le 8 du même mois. Ces éléments peuvent être rapprochés aussi du déroulement rapporté par l'assurée elle-même de ses journées et des tâches effectuées, confirmant le contenu, non remis en question par la recourante, de l'enquête économique du ménage (rapport du 5 juillet 2017, dos. OAI 185; y sont indiqués l'exercice toujours de tâches de conciergerie, des marches quotidiennes de 2km avec des amies, etc.), ainsi que des constats objectifs de l'examen clinique détaillé. Tout cela atteste le bien-fondé de l'expertise rhumatologique admettant la reprise d'une activité adaptée à plein temps. En outre, l'OAI peut être suivi dans sa non-prise en compte d'une baisse de rendement de 10% mise en lien par l'expert-rhumatologue avec une longue inactivité professionnelle, celle-là étant transitoire et devant disparaître avec le reconditionnement au travail (cf. avis SMR, Dr Cuendet, anesthésiologie, du 26 novembre 2018, dos. OAI 279). Du point de vue psychiatrique, pour l'expert-psychiatre, l'assurée est orientée dans les trois modes (p. 10 s.). Des troubles de l'attention, de la concentration, de la compréhension et de la mémoire ne sont pas observés. Elle présente une légère tristesse et l'humeur est dépressive d'un degré

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 léger, ceci consécutivement aux douleurs, dont elle se plaint essentiellement. Il n'y a pas de signes cliniques parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur, ni de sentiment d'infériorité, de dévalorisation, ni de découragement. Sur le plan du régime anxieux, au moment de l'entretien, elle ne présente notamment ni tension nerveuse, ni irritabilité, ni phobie sociale. Son élan vital n'est pas perturbé; elle ne présente pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. Une hospitalisation en hôpital psychiatrique, en mode volontaire, a eu lieu durant 17 jours en 2016, dans un contexte de conflit conjugal – cela coïncida également à la fin mise par son employeur à son activité. Elle est bien soutenue par son réseau, communique pratiquement tous les jours avec sa famille et a des mécanismes adaptatifs qu'elle a pu mettre en exergue tout au long de son existence, la protégeant face à des situations de stress. L'intensité du trouble dépressif n'a jamais dépassé le degré léger et n'a pas induit de limitations fonctionnelles l'empêchant de travailler. Avec une prise en charge plus régulière et une compliance médicamenteuse, les symptômes dépressifs présents vont diminuer, voire disparaître. Dans son complément, l'expert-psychiatre explique s'être fondé, quant à la relation de l'assurée avec son époux et à la prescription de médicaments, sur les indications reçues, notamment de l'assurée. Il souligne que la psychiatre traitante indique soutenir sa patiente dans son rejet du projet de décision parce qu'elle présente clairement des limitations de sa capacité de travail en raison surtout d'une symptomatologie douloureuse très importante. Lui-même n'a pas retenu le trouble somatoforme, car malgré que l'expertisée se plaigne surtout de ses douleurs, celles-ci ne sont pas la source d'un sentiment de détresse remplissant toute son existence. Il

rappelle à cet égard l'activité exercée à 60% dans une station service depuis le 19 juin 2018. Pour la Cour, n'est pas déterminant que l'expert-psychiatre a indiqué dans son rapport du 19 octobre 2018 n'avoir pas reçu de réponses de la part de la psychiatre traitante, malgré que celle-ci a produit ultérieurement un courrier daté du 11 septembre 2018 les contenant. Il n'est au reste pas démontré que l'expert a égaré ce pli, une erreur pouvant survenir autrement, ce dont semble d'ailleurs attester le fait que c'est à deux reprises que la psychiatre traitante a omis d'envoyer à l'OAI le courrier de septembre précité (cf. rapport d'entretien téléphonique du 12 février 2018, dos. OAI 303). La seule absence d'appréciation de cette détermination dans le rapport d'expertise ne saurait le dépouiller de toute valeur probante, d'autant que l'expert- psychiatre a pu se prononcer ultérieurement sur l'avis de la psychiatre traitante sur son expertise. De même, s'il est regrettable aussi que le test sérologique réalisé le 13 août 2018, jour où l'expert- psychiatre vit l'assurée, ne concernait pas toutes les substances médicamenteuses prescrites désormais, force est de constater que ni la psychiatre traitante ni l'assurée ne lui avaient communiqué alors le changement de traitement intervenu en juin 2018, que le Cymbalta et le Stilnox, dont les concentrations retrouvées étaient bien inférieures à la norme thérapeutique basse, avaient été prescrits antérieurement (cf., par ex., expertise, p. 4), et que, en tout état de cause, la dose de Trittico, médicament pourtant toujours recommandée par la psychiatre traitante, était quant à lui aussi en-dessous de la valeur basse thérapeutique. Dès lors, si un défaut de prise de médicaments selon les prescriptions n'est pas attesté dans la mesure retenue par l'expert (cf. p. 11 et 14 s.), il n'en demeure pas moins que leur suivi ne paraît pas total et il n'est pas invraisemblable de considérer qu'une amélioration sur ce point amènerait un mieux (encore) dans la situation (cf. p. 15). L'entier de l'expertise ne saurait être discrédité et écarté du fait de ce seul point, non déterminant à lui seul, notamment quant à la capacité de travail. Doit être en revanche relevé le fait que l'assurée n'a pas mentionné à l'expert des difficultés particulières et des limitations rencontrées lors de l'exercice, à 60%, de son activité dans une station-service (p. 5; en charge de la caisse, du rayon, du nettoyage, elle fait un peu de tout). Et que le descriptif de ses

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 journées et les constatations cliniques sont soutenues aussi par les observations de l'enquêteur économique. 3.3. S'agissant des autres critiques de la recourante, la Cour rappelle que seuls des indices concrets de non-fiabilité pourraient amener à dénier pleine valeur probante à leurs résultats convaincants; cela vaut indépendamment du nombre d'expertises qu'un expert établi pour l'assurance-invalidité (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et 1.3.4; arrêt TF 8C_760/2019 du 25 février 2020 consid. 3.2 et 3.3). Or, la recourante ne démontre pas l'existence de tels indices pertinents. La seule circonstance que les experts seraient régulièrement mandatés par les organes de l'AI ne constitue pas, à elle seule, un motif suffisant pour conclure à leur prévention ou partialité; on ne saurait en induire, par principe, un défaut (général) de qualité et de neutralité des expertises. Le fait que l'expert-psychiatre n'aurait vu l'assurée qu'un quart d'heure, et non une heure et quart, outre que peu vraisemblable au vu du contenu de l'expertise, ne serait de toute manière pas déterminant, le temps n'étant pas en soi un critère de la valeur probante d'une expertise. Il entrait en outre bien dans le mandat de l'expert-rhumatologue de discuter, cas échéant, d'autres pièces médicales, fût-ce l'une d'elles signée par un professeur. Enfin, la recourante n'établit pas, par une argumentation précise et étayée, l'existence de contradictions manifestes ou d'éléments cliniques, paracliniques ou diagnostiques ignorés par les experts, alors qu'ils seraient objectivement vérifiables, et qui justifieraient, car suffisamment pertinents, un complément d'instruction, d'ailleurs non davantage spécifié par

la recourante (cf. arrêts TF 9C_87/2018 du 5 avril 2018 consid. 3.3; 9C_535/2019 du 31 octobre 2019 consid. 3.2). Le Tribunal souligne aussi la nature différente du mandat donné à l'expert et celui de soins des médecins et des thérapeutes. Les évaluations différentes de ces derniers ne sauraient systématiquement conduire à remettre en cause une expertise et à procéder à de nouvelles investigations, étant réservé le cas où une appréciation différente s'impose pour des aspects importants spécifiquement déterminés – non une simple autre interprétation subjective – ignorés dans l'expertise (cf. arrêt TF 8C_549/2019 du 26 novembre 2019 consid. 3.2). L'évaluation médicale des effets d'une atteinte induit nécessairement un degré élevé de variabilité et comporte inévitablement des aspects d'appréciation (cf. arrêt TF 9C_851/2018 du 23 mai 2019 consid. 4.2.2 et les réf.); ainsi, l'expertise psychiatrique laisse toujours une certaine latitude à l'expert, et dans cette mesure, différentes interprétations médico-psychiatriques sont possibles, admissibles, et doivent être respectées, autant que l'expert a agi conformément aux règles de l'art – comme en l'espèce.

3.4. S'agissant d'autres pièces médicales pertinentes figurant au dossier, ceci:
Somatiquement: Pour le Dr D._____, anesthésiologie (rapport du 3 décembre 2014, dos. OAI 13), l'assurée présente des douleurs polyarticulaires et globales musculaires depuis 8 ans. Tous les points de fibromyalgie sont douloureux. La Dre E._____, médecine physique et réadaptation, rhumatologie et médecine interne générale, relève, le 2 septembre 2014 (dos. OAI 117; aussi rapport du 23 février 2014, dos. OAI 11: pas d'indice actuellement d'une arthrite, les douleurs doivent être attribuées à une fibromyalgie), que la poussée de 2006 avait des signes biologiques d'inflammation, que la cortisone avait été efficace, et que la scintigraphie osseuse de 2008 n'avait pas montré d'inflammation. Le 23 juin 2016 (dos. OAI 141), elle retient que tant l'activité habituelle qu'une autre sont exigibles 4h./j., moyennant adaptation, soit soulever et porter moins de charges (limite de 5 kg). Une perte de rendement, non quantifiée, serait liée à la lenteur, les douleurs et les

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 pauses. La limite de marche est de 1'000m. Une dépression aigüe, une fibromyalgie, et un syndrome douloureux chronique lumbo-spondylogène influencent la capacité de travail. La reprise de l'activité dépend avant tout de l'évolution de la dépression. Le 1er mars 2016 (dos. OAI 108; cf. également rapport du 20 juillet 2015, dos. OAI 6), la Dre F._____, généraliste traitante, retient notamment les diagnostics de syndrome douloureux chronique et d'épisode dépressif modéré à sévère. Elle souligne que l'assurée est actuellement à l'arrêt complet pour des raisons psychiatriques, l'épisode dépressif s'aggravant avec une péjoration des douleurs généralisées. Elle mentionne en particulier un status post polyarthrite rhumatoïde séronégative avec poussée en 2006, une surcharge pondérale, et, du point de vue neurologique, une mobilité et une marche normales, ainsi que des ROT vifs et symétriques. L'atteinte à la santé se manifeste sur la capacité de travail par de l'asthénie, de la fatigabilité et de l'anxiété (cf. rapport du 15 juillet 2016, dos. OAI 148). Le 25 janvier 2019 (dos. OAI 300), elle écrit que sa patiente souffre d'une polyarthrite périphérique et inflammatoire avec des polyarthralgies diffuses qui l'empêchent de mener une activité professionnelle. Un séjour en clinique d'antalgie sera organisé. Le 12 mai 2017 (dos. OAI 176), la Dre G._____, rhumatologie, pose le diagnostic de spondylarthropathie indifférenciée avec atteinte périphérique et axiale, avec HLAB 27 négative, image de sacro-iliite G a minima à l'IRM du 3 février 2017. Un traitement biologique est proposé, ainsi que de la physiothérapie à but antalgie et renforcement musculaire. L'examen neurologique montre une force conservée, une marche sans boiterie. La mobilisation du rachis est indolore. Il n'y a pas de limitation de mobilité ni d'épanchement aux coudes, épaules et genoux, mais des

douleurs à la palpation. Le médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail. Dans un rapport ni daté ni signé de la clinique de rhumatologie suivant l'assurée, reçu par l'OAI le 29 juin 2018 (cf. dos. OAI 228), sont posés, avec incidence sur la capacité de travail, les diagnostics de polyarthrite inflammatoire (caractère qu'une IRM, sans précision de date, aurait démontré). Depuis le 6 juin 2018, sa capacité de travail est de 50%, avec une activité de vendeuse exercée à ce taux depuis ce mois-là. Il y a échec du traitement jusqu'ici. Le 9 janvier 2019 (dos. OAI 301), les Dres H._____ et I._____ posent comme diagnostic principal une polyarthrite périphérique et inflammatoire avec polyarthralgie diffuse, sur spondylarthropathie (HLA B27 négatif) versus polyarthrite rhumatoïde (séronégative). Il est difficile d'incriminer clairement une molécule quant à l'élévation chronique des créatines kinases (CK), mais une diminution a été observée après l'arrêt, en mars 2018, d'un traitement médicamenteux inefficace. Cas échéant, un séjour en clinique afin d'adapter l'antalgie de manière plus intensive sera mis en place. Dans leur détermination sur l'expertise rhumatologique du 19 février 2019 (dos. OAI 311), le Dr J._____, rhumatologie et médecine interne générale, et les médecins K._____ et L._____ indiquent qu'effectivement, l'assurée est en traitement régulier en raison d'un syndrome douloureux chronique dans un contexte d'une spondylarthropathie probable, et que différents traitements biologiques se sont montrés inefficaces. Toutefois, les symptômes persistent et un test ultrasonographique du 31 octobre 2018 a montré un score à 17/66 en mode B, avec 6 synovites de grade 2, et 5 de grade 1; ce qui signe la présence d'une maladie active au niveau périphérique pouvant éventuellement correspondre à une maladie de type polyarthrite ou spondylarthrite périphérique. Cliniquement, il y a des synovites des MCP et IPP bilatéralement aux mains avec quelques empâtements (correspondant bien au sonar), des enthésites multiples et des tests d'étreinte positifs aux mains et aux pieds.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 Pour le Tribunal, ces pièces ne justifient pas de s'écarter de l'appréciation de l'expert des atteintes ainsi que de leurs conséquences sur la capacité de travail et des limitations fonctionnelles subies par l'assurée. Il n'y a en particulier pas dans les documents déposés après l'expertise la remise en cause motivée et pertinente de l'évaluation qui y est faite, la mention d'éléments déterminants qu'aurait omis l'expert dans ses constats objectifs, une détermination sur l'influence du caractère fibromyalgiforme de l'atteinte mis en avant par le Dr B._____, un prononcé quant à l'activité exercée de fait depuis juin 2018. On relève en revanche la certaine réserve du Dr J._____ quant à l'atteinte ("probable", "pouvant éventuellement correspondre") qui, s'il considère que, du fait d'une atteinte fonctionnelle importante mise en évidence, l'assurée est incapable d'effectuer une activité comme indiqué par l'expert, ne se prononce pas plus avant quant à cette atteinte et ses effets, quant à l'exercice d'une activité de façon adaptée (capacité résiduelle, limitations fonctionnelles, etc.), et ce alors qu'une capacité de travail de 50% est désormais attestée par son service et que l'assurée leur a indiqué avoir commencé à travailler dans la vente depuis juin 2018. Ne modifie pas cela le rapport du 26 août 2019 de la clinique de rhumatologie, Drs M._____ et N._____. Il est postérieur à la décision du 12 avril 2019, date qui marque en principe le terme de la période soumise à l'examen de la Cour. Laquelle relève que la spondylarthropathie est qualifiée de probable, et ses traitements menés, d'inefficaces – actuellement, c'est un AINS et un médicament contre les douleurs neuropathiques, l'épilepsie et le trouble anxieux généralisé qui sont mis en avant. En outre, un syndrome douloureux chronique diffus secondaire, avec notamment un score FIRST (fibromyalgie 6/6), est rapporté. La patiente est suivie pour des polyarthralgies et des polymyalgies chroniques plurifactorielles, que soulage le mouvement. L'échec aux

divers traitements ainsi que le caractère mixte des douleurs peut probablement être expliqué par les troubles dégénératifs lombaires associés, ainsi que par le syndrome douloureux chronique. Au vu du caractère en partie neuropathique des plaintes, une biopsie de petites fibres a été réalisée, sans révéler de signe à cet égard. Un suivi antalgique est en cours; une physiothérapie visant le réentraînement et le gainage va être introduite. S'agissant de la capacité de travail, les médecins se bornent à écrire que la patiente n'a pas de formation, travaille en tant que femme de ménage, et est actuellement incapable de le faire en position debout prolongée et d'effectuer les efforts physiques liés à ce travail. Psychiatriquement, le 14 mars 2016 (dos. OAI 121; cf. également rapport du 3 juillet 2015, dos. OAI 9), la Dre O. _____, psychiatrie et psychothérapie, traitant l'assurée depuis février 2015, pose le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen (F32.1) depuis au moins le mois précité. La patiente a des douleurs chroniques sur le plan physique. Le pronostic est réservé compte tenu de la faible évolution jusqu'ici. L'assurée présente une structure de personnalité fragile avec peu d'étayage interne et externe; il existe une perturbation du sommeil de longue date. Cela se manifeste par des troubles de l'attention, une fatigue prononcée, une perte d'énergie; dans ce contexte, peu de ressources sont disponibles pour gérer le stress de façon plus optimale. Une activité, prématurée actuellement, adaptée à sa situation semblerait bénéfique dans le processus de stabilisation; il existe une baisse de l'humeur liée à l'arrêt de l'activité professionnelle et aux troubles du sommeil; elle a le sentiment d'être inutile. Dans ses réponses du 11 septembre 2018 (dos. OAI 305), elle diagnostique un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen chronifié depuis le début 2015 au moins (F33.1), une fibromyalgie à siège multiple depuis 2006 (M79.70) et un probable trouble de la personnalité avec au moins un trait émotionnellement labile de type borderline (F61). Enfin, dans son appréciation du 10 janvier 2019 de l'expertise psychiatrique (dos. OAI 296), les trois points importants qu'elle mentionne sont des difficultés

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 conjugales, avec impact important sur l'état dépressif présenté, la médication prescrite en réalité depuis juin 2018, ne permettant pas de retenir un défaut de compliance, et le fait qu'elle a apporté des réponses à l'expert en date du 11 septembre 2018. Pour la Cour, cette détermination sur l'expertise, notamment, ne justifie pas d'écarter celle-ci. Outre l'argumentation déjà apportée plus haut sur les trois points soulevés, on relèvera que le conflit familial passé n'a pas été ignoré par l'expert (cf. sa relation, p. 12 du rapport de l'hospitalisation psychiatrique du printemps 2016, survenant en outre après la fin de l'activité professionnelle, dans lequel en revanche n'est pas posé le diagnostic d'état dépressif). A tout le moins avec d'autres membres de sa famille, l'assurée entretient toujours des relations régulières et ayant valeur de ressources, et qu'on ne voit pas en quoi cet aspect de difficultés conjugales, même si avéré actuellement, aurait une influence invalidante sur la capacité de travail. C'est pourtant, au-delà de diagnostics ou d'observations différentes des médecins, bien l'éventuelle impotence fonctionnelle psychique pouvant être retenue qui est déterminante. Or, c'est en définitive surtout la symptomatologie douloureuse que met en exergue la psychiatre traitante quant aux limitations de la capacité de travail, sans davantage de précision et sans se prononcer quant à l'activité exercée depuis juin 2018 par sa patiente. Au vu de ce qui précède, et en rappelant la certaine réserve avec laquelle il y a lieu d'accueillir, cas échéant, les avis de médecins traitants, la Cour retient que ces derniers ne jettent pas de doutes suffisants sur l'expertise bidisciplinaire. Il n'y a pas lieu à investigation supplémentaire. L'exercice d'une activité adaptée comme retenu par l'OAI a toujours été exigible depuis juillet 2016 (six mois après

le dépôt de sa demande de prestations, art. 29 al. 1 LAI). Le calcul opéré par l'OAI relativement à l'activité lucrative, non critiqué par la recourante et que la Cour ne voit pas de motif de remettre en question, peut être dès lors être confirmé; il aboutit à un degré d'invalidité de 0%. La recourante ne discute pas non plus l'enquête économique sur le ménage et ses résultats. Le Tribunal y souscrit également, avec la remarque que s'il n'est pas admissible de réduire forfaitairement de 30% le total des empêchements rencontrés dans les tâches ménagères, au titre de l'aide devant être apportée par les proches (obligation de réduire son dommage), pour autant, cette aide est bien exigible ici, et vu le taux total desdits empêchements, de 4.07%, l'absence d'un degré d'invalidité pour l'activité ménagère doit aussi être validée. Partant, le degré d'invalidité total au sens de l'assurance-invalidité est nul. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, et la décision du 12 avril 2019, pas autrement querellée par la recourante, confirmée. 4. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe, et compensés par l'avance de frais du même montant. Il ne sera pas alloué de dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante et seront prélevés sur son avance de frais, d'un même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 15 juillet 2020/djo Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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