

FR_GERICHTE 608 2019 207 vom 14. Dezember 2020

FR Kantonsgericht, 2020-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_207

FR: FR_GERICHTE 608 2019 207 du 14 décembre 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 207 del 14 dicembre 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 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 fédérale 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.

E. 2.2

D'après une jurisprudence constante, 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). L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art.

E. 2.3

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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Le Tribunal fédéral a récemment considéré que,

dans la mesure où les difficultés d'objectivation et de preuve sont communes à toutes les affections psychiques, l'exigence d'un catalogue des indicateurs posée par l'ATF 141 V 281 pour les syndromes douloureux somatoformes persistants doit être étendue à toutes les affections d'ordre psychique (arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.1.2). Par ailleurs, les dépressions légères à moyennes récurrentes ou épisodiques, qui étaient systématiquement qualifiées de non invalidantes à moins d'être résistantes aux traitements, ne sont plus considérées de manière si absolue; la résistance aux traitements doit davantage être prise en considération dans le cadre de l'appréciation globale des preuves en tant qu'indice (arrêt précité consid. 4.2.2 et 4.4). Il peut toutefois être renoncé à un examen par un catalogue des indicateurs structuré lorsqu'un tel examen n'apparaît pas nécessaire ou adéquat. Il en va notamment ainsi, lorsque des rapports médicaux motivés de manière compréhensible excluent une incapacité de travail et que la pertinence des éventuels avis contradictoires peut être niée en raison d'un défaut de spécialisation médicale de leurs auteurs ou pour un autre motif (cf. arrêt TF 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1.1). Un examen par un catalogue des indicateurs structuré ne sera en particulier pas nécessaire, lorsque sur la base des pièces médicales existantes, une dépression légère apparaît probable au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle ne peut être considérée comme chronifiée et qu'elle n'est pas accompagnée d'une comorbidité (arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.3 et les références citées).

E. 2.4

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane

du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). 3. 3.1. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes, à savoir la méthode ordinaire, la méthode mixte, la méthode spécifique et la méthode extraordinaire, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Pour déterminer ce status, il convient, en principe, d'accorder plus de poids aux déclarations spontanées "de la première heure", comme par exemple les réponses données dans le questionnaire de la demande de prestations, qu'à celles faites plus tard (arrêt TF 8C_817/2013 du 28 mai 2014 consid. 4.2.1). Dans le cas présent, pour une assurée ayant travaillé à temps partiel, seule la méthode ordinaire et mixte entrent en ligne de compte: 3.1.1. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité est alors déterminé en comparant le 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 (art. 16 LPGA). Pour les assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel ou travaillant sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est également évaluée selon l'art. 16 LPGA (art. 28a al. 3 1ère phrase LAI). Lorsqu'il y a lieu d'admettre qu'ils exerceraient – s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé – au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative (art. 27bis al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201). Selon la jurisprudence, le fait qu'une personne non atteinte dans sa santé décide de travailler à temps partiel est sans influence sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité - et dès lors n'entraîne pas l'application de la méthode mixte -, sauf si cette personne consacre à ses travaux habituels le temps libre supplémentaire dont elle dispose. A l'inverse, la méthode mixte n'est pas automatiquement applicable à une personne vivant seule si elle réduit son taux d'activité lucrative. Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir pour la part de la capacité de travail non exploité. Les activités de loisirs sont ainsi exclues de la définition des travaux habituels (ATF 142 V 290 consid. 7.1; 137 V 334 consid. 5.5.3; 131 V 51 consid. 5.1.2-5.2; arrêt TF 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 5.2). S'agissant de la part que la personne assurée consacre à l'exercice d'une activité lucrative, il ne faut pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. En choisissant de ne travailler qu'à temps partiel, la personne assurée renonce délibérément à une partie du revenu qu'elle pourrait réaliser en travaillant à plein temps pour se contenter du seul revenu de son activité à temps partiel; la diminution de revenu consécutive à ce choix ne résulte pas de facteurs médicaux et ne saurait être compensée, pour quelque raison que ce soit, par l'assurance-invalidité. Par définition, il

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'indemniser la perte de revenu relative à une activité que la personne assurée n'aurait jamais exercée en l'absence d'atteinte à la santé. C'est pour ces motifs qu'il se justifie de prendre en compte, pour calculer le revenu sans invalidité, le revenu effectif réalisé par la personne assurée avant la survenance de l'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 5.5.3). Pour les personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel sans consacrer leur temps libre à la réalisation

de travaux habituels, la limitation dans le domaine lucratif doit être prise en considération de façon proportionnelle en fonction de l'étendue de l'hypothétique taux d'activité lucrative à temps partiel – à savoir le taux effectivement exercé si la personne était en bonne santé (ATF 142 V 290 consid. 7 qui précise la jurisprudence consacré aux ATF 131 V 51 concernant la méthode de comparaison des revenus). Le Tribunal fédéral a précisé le mode de calcul pour une assurée ayant travaillé à 60%, sans se consacrer à ses travaux habituels, avant d'être atteinte dans sa santé. Au vu de l'incapacité de travail de 100% dans ce cas, le taux d'invalidité résultant de la comparaison des revenus était de 60% (0,6 x 100%), proportionnellement à son taux d'activité effectivement exercé auparavant (ATF 142 V 290 consid. 8.1). Il s'ensuit que le taux d'invalidité ne peut jamais dépasser le taux d'activité réellement exercé sans invalidité puisque l'assurance-invalidité couvre uniquement la perte de gain dans la mesure de l'activité lucrative (ATF 142 V 290 consid. 7.1).

3.1.2. La méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité s'applique lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et se consacre en outre à ses travaux habituels. Aux termes de l'art. 28a al. 3 LAI, il s'agit de déterminer les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels pour ensuite pouvoir calculer le taux d'invalidité dans les deux domaines d'activité. Le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (art. 27bis al. 2 RAI). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage et l'éducation des enfants (cf. art. 27 al. 1 RAI). La jurisprudence a reconnu d'autre champ d'activité comme travaux habituels, par exemple l'activité artistique. Lorsqu'un assuré accomplit des travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à ses travaux habituels ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt TF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 3.1.2 et 3.2. et les références citées).

4. En l'espèce, est litigieux le taux d'invalidité présenté par la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 Sa capacité de travail doit ainsi, dans un premier temps, être déterminée. Il sied dès lors de se référer au dossier médical de l'autorité intimée.

4.1. L'assuré a présenté plusieurs épisodes dépressivo-anxieux durant sa vie et a régulièrement été suivie par un psychiatre. Le premier épisode dépressif est vraisemblablement survenu vers l'âge de trente ans après une déception amoureuse. L'assurée est suivie depuis 2002 pour un syndrome d'apnée du sommeil, contrôlé par C-PAP. Du 2 au 27 juin 2014, elle est hospitalisée auprès de F. _____ de G. _____ pour une réadaptation respiratoire. Le consilium psychiatrique qui s'y est tenu a diagnostiqué une probable dysthymie (F 34.1), des troubles de l'adaptation, une réaction anxiodépressive au décès de la mère, un risque de deuil pathologique (F 43.22) et une personnalité dépendante (F 60.7) (dossier AI p. 102 à 123). Dans son rapport du 2 février 2015, la Dre H. _____, médecin spécialiste en pneumologie, a diagnostiqué un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, une obésité de

stade III, des troubles hygiènes du sommeil, une dyslipidémie et une dyspnée à l'effort (dossier AI p. 40 s.). Le 4 février 2015, l'assurée s'est encoulée sur le socle d'un poteau rabattable en sortant d'un magasin et est tombée de côté; elle a subi des contusions au dos et au genou droit (dossier AI p. 82 ss). Dans ses rapports médicaux des 1er, 18 juillet et 23 septembre 2015, la Dre I. _____, médecin spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué une coxarthrose et une gonarthrose des deux côtés, une obésité grave, ainsi que des modifications dégénératives du rachis cervical et du rachis lombaire. Elle a noté que sa patiente souffrait de douleurs dans les genoux, les hanches et a considéré qu'elle ne pouvait exercer une activité légère qu'à 50-80% (dossier AI p. 26 à 31, 72 à 74, 173 à 175). Le 21 octobre 2015, le Dr J. _____, médecin spécialiste en médecine interne, a exposé que sa patiente pouvait travailler (il a d'abord noté à plein temps, puis 4-5 heures par jour) dans une activité en position assise, en évitant le stress (dossier AI p. 93 à 98). Elle a été considérée comme étant totalement incapable de travailler dès le 5 novembre 2015 pour des motifs psychiatriques (cf. dossier AI p. 324, 332). Dans ses prises de position des 28 décembre 2015 et 21 mars 2016, le Dr K. _____, médecin spécialiste en médecine générale, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a noté que la problématique psychique était possiblement liée à un deuil des parents non résolu et à des problèmes relationnels au travail. Il a proposé la mise en œuvre d'expertises en psychiatrie et en rhumatologie (dossier AI p. 149). Les 27, 29 janvier, 18 juin, 19 octobre 2016 et 10 février 2017, le psychiatre traitant de l'assurée, le Dr L. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2) – épisodes actuels depuis août 2015, premiers épisodes vers l'âge de trente ans –, une personnalité dépendante (F 60.7) et à traits sensitifs (F 60.0), une obésité (134 kg), ainsi que diverses affections somatiques (estomac, arthrose, douleurs lombaires, cervicales, des hanches; nodules thyroïdiens, etc.). Il a noté que le pronostic était alourdi par le trouble de la personnalité sous-

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 jacent. Le psychiatre a considéré qu'à ce jour aucune activité n'était exigible de sa patiente (dossier AI p. 141 à 146; 165 à 169; 323 à 334). Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 20 novembre 2017, le Dr D. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics – sans influence sur la capacité de travail – de trouble dépressif récurrent, épisode léger, et de personnalité dépendante. Le psychiatre a noté que "cette assurée a été vraisemblablement décompensée en 2014 à la mort de sa mère à laquelle elle était très attachée [...] Toutefois, elle a bien récupéré depuis lors et au moment de l'entretien, il n'y avait pas d'atteinte à la santé, du point de vue psychiatrique, à caractère handicapant [...] il y a des divergences importantes avec les diagnostics retenus par le Dr L. _____, ainsi qu'avec les limitations fonctionnelles que je n'ai pas pu objectiver ni pendant l'entretien ni du point de vue anamnestique. Signalons que cette assurée a été capable de venir seule avec les transports publics depuis B. _____ et qu'elle a des activités journalières qui ne correspondent pas à celles d'une personne présentant un état dépressif sévère. Ainsi, il n'y a pas de troubles cognitifs et la tristesse est plutôt légère. [...] Nous constatons que dans le ménage, les loisirs et activités sociales, il n'y a pas d'atteinte à la santé du point de vue psychiatrique". L'expert a considéré que la capacité de travail de l'assurée était complète à partir du jour de l'expertise (dossier AI p. 227 à 251). Dans son rapport d'expertise rhumatologique du 12 janvier 2018, le Dr E. _____, médecin spécialiste en rhumatologie, a retenu – comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail – un syndrome cervicobrachial récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie C5-C6, C6-C7), des

lombopygalgies récurrentes sans signe irritatif ou déficitaire (arthrose facettaire postérieure L4-L5, L5-S1, anomalie transitionnelle, sacralisation de L5 à droite), une coxarthrose polaire supéro-postérieure gauche et une gonarthrose interne gauche et droite. Il a noté – comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail – un syndrome d'apnée du sommeil appareillé depuis 2003 par C-PAP, une surcharge pondérale (BMI: 45 kg / m²), un status post-fracture de la clavicule droite en 1971 et un status post-tonsilectomie en 1961. Le rhumatologue a estimé que l'assurée pouvait exercer son activité habituelle d'infirmière à 40% avec une diminution de rendement de 10% et une activité de substitution adaptée – soit une activité avec diminution des mouvements en porte-à-faux et une limitation du port de charges – à 80% avec un rendement de 90%. Il a exposé par ailleurs que "on note une légère discordance entre les plaintes de la personne assurée et l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour. En effet, la socle somatique ne permet pas d'expliquer entièrement l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout de l'impotence fonctionnelle qui en découlerait" (dossier AI p. 254 à 270). Interpelé par le Dr K._____, du SMR, qui a noté que l'épisode dépressif était réactionnel au décès de la mère de l'assurée et que cette dernière avait probablement dû retrouver sa capacité de travail avant l'expertise (dossier AI p. 283), le Dr D._____ a exposé qu'il avait fixé l'amélioration au jour de l'expertise par souci de proportionnalité et qu'avancer une autre date antérieure aurait été aléatoire (dossier AI p. 286). A réception de ce rapport complémentaire, le Dr K._____, du SMR, a considéré que l'état dépressif constaté depuis 2015 a été réactionnel au décès de la mère de l'assurée et que cette affection "n'est pas d'origine malade en soi. De ce fait, son influence sur la capacité de travail de l'assurée n'est pas à prendre en considération au sens de la LAI. Ainsi, seules les limitations et

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 l'exigibilité énoncées par l'expert en rhumatologie, le [Dr] E._____, sont à prendre en compte dans l'évaluation de la capacité de travail" (dossier AI p. 268 s.). Avec ses objections à l'encontre du projet de décision émis par l'OAI, l'assurée a encore produit: - le rapport médical du 1er mai 2001 du Dr M._____, psychiatre, qui a notamment noté que "la thermographie de régulation objective un état chronique allergique-infectieux de son corps en stade d'épuisement" (dossier AI p. 368 s.). - le rapport du 20 août 2018 de la psychologue N._____, qui a exposé ne pas partager les diagnostics du Dr D._____. Elle a en particulier noté que "[sa] patiente souffre d'un fond dépressif permanent avec des aggravations périodiques. [...] Le diagnostic sous-jacent est un trouble de la personnalité abandonnique avec de profondes carences affectives et un manque de contrôle important. Le licenciement professionnel de 2015 l'a fragilisée au plus haut point [...] Vu le parcours professionnel tourmenté et difficile amenant des épisodes dépressifs profonds, il est nécessaire de mettre un terme à une activité professionnelle" (dossier AI p 335 s.). - le rapport médical du 11 septembre 2018 et le courriel du 1er octobre 2018 du Dr O._____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a exposé ne pas partager l'avis du Dr D._____. Il a relevé que "l'épisode dépressif est de degré sévère actuellement. [...] La capacité de travail est fortement diminuée sur le plan psychiatrique, en raison de l'épuisement causé par les nombreux symptômes dépressifs mentionnés". Il a noté que le questionnaire-test de Hamilton à 17 items avec un score à ce jour de 30/54 atteste d'une dépression sévère. Il a enfin conclu à une incapacité de travail variant entre 70 et 100% en fonction de la recrudescence dépressive, avec un rendement de 50% (dossier AI p. 337 s., 408 à 410). Se déterminant sur ces dernières pièces médicales, le Dr D._____ a exposé qu'il avait retenu le diagnostic de personnalité dépendante, ce qui

n'a pas empêché l'assurée d'avoir une activité professionnelle et de s'occuper de ses parents. Il a ajouté que les limitations fonctionnelles constatées par la psychologue N. _____ ne sont pas étayées et en contradiction avec les constatations qu'il a pu faire lors de l'entretien d'octobre 2017. Quant au syndrome dépressif sévère retenu par le Dr O. _____, les signes cliniques ne correspondent pas aux critères de la CIM-10 (dossier AI p. 425 s.). 4.2. 4.2.1. Pour évaluer la capacité de travail de la recourante, l'autorité intimée s'est essentiellement fondée sur les expertises psychiatrique et rhumatologique des Drs D. _____ et E. _____: alors que le premier a considéré que la capacité de travail de l'assurée était complète à partir du jour de l'expertise, le second est arrivé à la conclusion qu'elle pouvait exercer son activité habituelle d'infirmière à 40% avec une diminution de rendement de 10% et une activité de substitution adaptée – soit une activité avec diminution des mouvements en porte-à-faux et une limitation du port de charges – à 80% avec un rendement de 90%. Les rapports d'expertise en question répondent parfaitement aux exigences jurisprudentielles relatives aux expertises. Ils se fondent en effet sur des examens complets et ont été établis en pleine connaissance du dossier, après que les médecins ont personnellement reçu la recourante. Ils prennent également en considération les plaintes exprimées par la patiente et les points litigieux importants ont fait l'objet d'études fouillées. Enfin, les appréciations médicales sont claires et les conclusions des médecins dûment motivées.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 En outre, les rapports d'expertise précités remplissent les conditions de la jurisprudence en matière d'affections psychiques. En tout état de cause, un examen par un catalogue des indicateurs structuré n'apparaissait pas nécessaire in casu, dans la mesure où l'expert-psychiatre a clairement exclu toute incapacité de travail et où, ainsi que nous le verrons, la pertinence des éventuels avis contradictoires peut être niée (cf. arrêt TF 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1.1). Sur le plan psychiatrique, le Dr D. _____ a en effet clairement exclu toute atteinte incapacitante, depuis la date de l'expertise. Il a en particulier noté que l'assurée ne présentait pas de troubles cognitifs et que la tristesse était plutôt légère. Pour prendre ses conclusions, il s'est fondé sur des constatations objectives, telles que le comportement de l'assurée, ses activités journalières habituelles ou encore le fait qu'elle puisse se déplacer seule en transports publics. Se déterminant explicitement sur les diagnostics retenus par le Dr L. _____, qu'il a spécialement invité à s'exprimer, il a noté que les limitations fonctionnelles que ce dernier avait relevées n'avaient pu être objectivées ni pendant l'entretien ni du point de vue anamnestique. Se déterminant ensuite explicitement sur les appréciations médicales du Dr O. _____ et de la psychologue N. _____, il a exposé que les signes cliniques de dépression sévère retenus par le premier ne correspondent pas aux critères de la CIM-10 et que les limitations fonctionnelles constatées par la seconde n'étaient pas étayées. Force est ainsi de conclure que l'expert a examiné le cas qui lui a été soumis sous tous ses angles et a répondu aux appréciations divergentes de manière scientifique et convaincante. Il sied d'ailleurs de relever que les Drs O. _____ et L. _____ n'ont formulé aucune critique envers l'expertise psychiatrique, mais ont seulement exposé ne pas partager ses conclusions. Ils se sont dès lors bornés à émettre des avis divergents sans même tenter de démontrer les éventuels écueils dans la thèse soutenue par l'expert. Ainsi, les appréciations des Drs O. _____ et L. _____ ne sauraient en l'espèce raisonnablement être préférées à celle du Dr D. _____, attendu au demeurant qu'ils ne se fondent pas sur un examen aussi détaillé que celui effectué par l'expert, qu'ils apparaissent formellement par trop succincts et qu'ils émanent de médecins traitants de la recourante, qui sont généralement enclins en cas

de doute à prendre parti pour leur patient (cf. supra consid. 2.4). Il en va de même de l'opinion de la psychologue N. _____, qui de surcroît n'est pas médecin. Enfin, le rapport du Dr M. _____ date de 2001 et ne contredit en rien l'appréciation de l'expert. C'est le lieu de noter que la recourante a motivé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité du 27 avril 2015 par une gonarthrose avancée des deux côtés et une surcharge pondérale, sans se référer à son état de santé psychique. Sur le plan rhumatologique, hormis l'expert, seule la Dre I. _____ s'est exprimée. Or, son appréciation, datant de 2015, selon laquelle sa patiente serait apte à exercer une activité légère à 50-80%, apparaît parfaitement compatible avec celle du Dr E. _____. Par conséquent, en ce qui concerne la période postérieure à l'expertise du Dr D. _____, la Cour de céans fait siennes les conclusions des experts psychiatre et rhumatologue sollicités et retient que la recourante pourrait exercer à 80%, avec une diminution de rendement de 10%, une activité de substitution adaptée – à l'exemple d'une activité d'ouvrière dans la production industrielle légère pour du montage à l'établi, du contrôle de produits finis, de la conduite de machines semi-automatiques ou du conditionnement léger, ou dans la vente en station-service, ou encore dans toute activité administrative simple –.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 4.2.2. Par contre, en ce qui concerne la période antérieure à l'expertise du Dr D. _____, la Cour de céans ne saurait suivre l'opinion du SMR et de l'autorité intimée. En effet, le Dr D. _____ a clairement retenu que l'assurée avait présenté une décompensation dépressive avec des limitations fonctionnelles qui l'ont empêchée de travailler suite au décès de sa mère en 2014. En se référant aux appréciations du Dr L. _____, il a expressément proposé de retenir la date de son entretien avec l'expertisée comme date déterminante pour l'amélioration de l'état de santé (dossier AI p. 247 s.). Interpelé précisément sur cette question par le Dr K. _____, du SMR, le Dr D. _____ a exposé qu'il avait fixé l'amélioration au jour de l'expertise par souci de proportionnalité et qu'avancer une autre date antérieure aurait été aléatoire. Force est ainsi de retenir que la recourante était totalement incapable de travailler dans toute activité pour des motifs d'ordre psychique à compter de mai 2015 et ce, jusqu'au jour de l'expertise du Dr D. _____ au plus tard. L'opinion exprimée ensuite par le Dr K. _____, du SMR, selon laquelle l'état dépressif réactionnel au décès de la mère de l'assurée, n'étant pas d'origine malade en soi, ne doit pas être pris en considération dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, ne saurait en aucun cas se concevoir. Un événement extérieur, tel qu'un décès, peut à l'évidence générer la survenance d'une affection psychique et entraîner une incapacité de travail déterminante pour l'assurance-invalidité. 5. Le taux d'invalidité présenté par la recourante doit encore être calculé. De mai 2015 au jour de l'expertise du Dr D. _____, le 10 octobre 2017, son taux d'invalidité est de 100%, sur le vu de ce qui précède (cf. supra consid. 4.2.2). Pour cette période, c'est donc une rente entière d'invalidité qui lui est due. S'agissant de la période postérieure à ladite expertise, son invalidité doit faire l'objet d'une évaluation. 5.1. A cet effet, le statut de la recourante et la méthode devant être utilisée doivent d'abord être déterminés. Dans la décision entreprise, l'autorité intimée a considéré que rien ne prouvait que l'assurée avait réduit son taux d'activité à 80% pour des raisons de santé et que la méthode ordinaire de comparaison avec un taux d'activité déterminant de 80% devait dès lors lui être appliquée. Cette opinion ne peut être suivie. En effet, si, dans ses premières déclarations, la recourante a déclaré que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 80-90%, elle a alors également explicitement précisé qu'elle aimait son travail mais qu'il était "trop pénible pour l'assumer à 100% (besoin d'un temps de repos)" (dossier AI p. 65). Il ressort en outre de diverses pièces au dossier qu'elle s'est toujours

beaucoup occupée de ses parents (cf. notamment dossier AI p. 234). Aussi, au vu des circonstances concrètes du cas d'espèce et en l'absence d'activité de loisir spécifique et régulière, l'autorité intimée ne pouvait partir de l'a priori qu'elle avait diminué son taux d'activité professionnelle afin de s'adonner à une activité de loisir, non assurée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 La méthode ordinaire de comparaison – avec un taux d'activité déterminant de 100% – sera donc appliquée pour déterminer son invalidité. 5.2. En ce qui a trait à la comparaison des revenus opérée par l'autorité intimée, la recourante a fait valoir que l'effet de l'âge combiné avec un handicap justifiait en l'occurrence un abattement du salaire statistique de 10%. La Cour de céans estime qu'il n'y a pas lieu d'opérer une réduction supplémentaire au titre de désavantage salarial. Les limitations fonctionnelles retenues par les médecins sollicités permettent en effet à l'assurée d'exercer un grand nombre d'activités légères, la reprise d'une activité professionnelle étant par ailleurs parfaitement exigible au vu de l'âge de l'assuré (cf. arrêts TF 9C_259/2007 du 8 mai 2008; 8C_699/2017 du 26 avril 2018 consid. 3.2). Il convient de rappeler à cet égard que l'autorité intimée dispose en cette matière d'un large pouvoir d'appréciation (cf. arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2012). Pour le reste, les revenus déterminants tels qu'ils ressortent de la décision attaquée, incontestée, peuvent être repris, avec une rectification: le revenu sans invalidité de l'assurée (CHF 94'448.35, soit le revenu réalisé en 2015 de CHF 75'033.45, augmenté à 100%, indexé de 2015 à 2016 soit à 0.7%) est ainsi comparé à son revenu avec invalidité (CHF 39'158.10, soit CHF 4'300.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, tableau TA1, total, niveau 1, F., adapté à la durée hebdomadaire usuelle de travail de 41.7 heures, x 12, indexé de 2014 à 2016 soit à 0.7% puis à 0.4% puis à 0.7% [contrairement à ce qu'a fait l'autorité intimée, les taux d'indexation ne doivent pas être additionnés mais appliqués successivement], avec un horaire réduit à 80%, après une réduction de rendement de 10%). Pour la période postérieure à l'expertise du Dr D._____, la recourante présente donc une invalidité de 58.5%, ce qui correspond à une demi-rente d'invalidité.

E. 6

LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 (art. 28 al. 2 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

E. 6.1

En somme, la recourante a droit à une rente entière du 1er mai 2016 (fin du délai d'attente d'une année, en application de l'art. 28 al. 1 let. b LAI) au 10 octobre 2017 (jour de l'expertise du Dr D._____; arrêt TF 9C_687/2018 du 16 mai 2019 consid. 2 et les références citées), puis à une demi-rente d'invalidité. Il s'ensuit l'admission partielle du recours.

E. 6.2

Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être répartis à raison de CHF 600.- à la charge de l'autorité intimée, soit les trois quarts, et de CHF 200.- à la charge de la recourante, un quart. Les CHF 200.- de frais mis à la charge de la recourante sont compensés par l'avance de frais de CHF 800.- versée. Le solde de CHF 600.- lui est restitué.

E. 6.3

Obtenant par là gain de cause, la recourante a droit à des dépens (entiers; cf. ATF 117 V 401). Conformément aux art. 137 ss du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et au tarif fribourgeois du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12), il sied de lui allouer une indemnité, selon la liste de frais produite le 13 novembre 2020, de CHF 2'795.80, à savoir 11 heures 11 minutes à CHF 250.- de l'heure, plus CHF 121.80 au titre de

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 débours, plus CHF 224.70 au titre de la TVA à 7.7%. Cette indemnité totale de CHF 3'142.30 est intégralement à la charge de l'autorité intimée et est directement versée au mandataire de la recourante. la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, A._____ a droit à une rente entière du 1er mai 2016 au 10 octobre 2017, puis à une demi-rente d'invalidité. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg par CHF 600.- et à la charge de A._____ par CHF 200.-. III. Les CHF 200.- de frais mis à la charge de A._____ sont compensés par l'avance de frais de CHF 800.- versée. Le solde de CHF 600.- lui est restitué. IV. L'indemnité de dépens allouée à Me Charles Guerry est fixée à CHF 2'795.80, plus un montant de CHF 121.80 au titre de débours, plus CHF 224.70 au titre de la TVA à 7.7%, soit un total de CHF 3'142.30. Elle est intégralement à la charge de l'autorité intimée et est directement versée à Me Charles Guerry. 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 14 décembre 2020/yho Le Président : La Greffière-stagiaire :

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