

FR_GERICHTE 608 2019 225 vom 22. September 2020

FR Kantonsgericht, 2020-09-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_225

FR: FR_GERICHTE 608 2019 225 du 22 septembre 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 225 del 22 settembre 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16

E. 2

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.

E. 2.1

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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.

E. 2.2

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).

E. 2.3

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. 28 al. 2 LAI).

E. 3

L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, 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). C'est l'application de la méthode ordinaire, dite classique, d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

E. 3.1

Le revenu hypothétique de la personne valide (revenu sans invalidité) se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16

E. 3.2

Pour sa part, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2).

E. 3.3

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293).

E. 3.3.1

On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

E. 3.3.2

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246).

E. 3.3.3

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16

E. 4

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).

E. 4.1

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 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.

E. 4.2

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf.).

E. 4.3

Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou 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; 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminante (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées).

E. 4.4

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

E. 4.5

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité. Dans l'arrêt 9C_482/2014 du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à celle-ci et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (ATF 141 V 281 consid. 4.4). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une

atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4). Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il y a lieu d'examiner si elles permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8).

E. 4.6

Dans des arrêts 8C_841/2016 et 8C_130/2017 prononcés le 30 novembre 2017, publiés aux ATF 143 V 409 et 418, le Tribunal fédéral a ensuite jugé que toutes les affections psychiques devaient en principe faire l'objet de la procédure probatoire structurée définie à l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Une telle évaluation est cependant superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes (voir ATF 125 V 351) et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

E. 5

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).

E. 5.1

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).

E. 5.2

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. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail.

E. 6

septembre 2018. En premier lieu, le Dr D. _____ reconnaît effectivement que l'assurée souffre bien d'un trouble dépressif récurrent. Il estime que celui-ci a notamment été sévère après la naissance de sa fille en 1989, justifiant une hospitalisation. Il note également une autre exacerbation de l'état dépressif en 2014 mais, selon lui, le degré sévère n'a jamais été atteint. Il juge que l'épisode dépressif avec syndrome somatique est léger au moment de l'expertise. Il explique que « les plaintes de l'expertisée sont notamment somatiques et que les plaintes concernant la tristesse liée à la douleur sont plausibles mais que cela ne l'empêche pas d'avoir des activités dans la vie. » En effet, selon le rapport (Dossier OAI, pp. 252 et 253), il est notamment décrit que si elle se sent bien, l'expertisée fait le ménage et la lessive et demande de l'aide à sa fille si nécessaire. Elle s'occupe aussi des commissions et prépare les repas. Elle explique aussi qu'elle va en principe manger à midi chez un couple d'amis, à proximité de son domicile. Elle s'intéresse à ce qu'il se passe dans le monde. Elle marche en forêt, souvent accompagnée. Le week-end, elle reste à la maison ou va dîner chez des amis. Parfois, elle se rend chez sa fille pour deux à trois jours. D'un point de vue bidisciplinaire, les experts concluent que, « en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité habituelle et antérieure est estimée à 80%. » Ils précisent également qu'ils ne peuvent pas « retenir une incapacité de travail de 100% comme celle retenue lors de l'expertise psychiatrique de 2017 qui se base sur un épisode dépressif de degré moyen, alors que selon [leurs] constatations, le degré n'a jamais été supérieur à un degré léger donc sans limitations fonctionnelles qui empêcheraient l'expertisée de travailler et ceci au moins depuis quatre ans. » Plus loin, ils ajoutent que, dans une activité adaptée, la capacité de travail est estimée à 100%. Selon eux, il n'y a pas d'atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique, raison pour laquelle elle est capable de travailler à 100%. Dans un rapport du 17 juin 2019, le Dr L. _____, médecin auprès du SMR, spécialiste en médecine interne générale, constate que le volet psychiatrique de l'expertise bi-disciplinaire remplit les critères formels de qualité. Du point de vue médical, les diagnostics sont, à son sens, concordants avec les données cliniques et les conclusions sont cohérentes avec les atteintes à la santé objectivées. A son avis, le nouveau rapport du psychiatre traitant ne fournit toutefois aucun nouvel élément objectif « qui justifierait une mise en discussion des conclusions de l'expert. » Il ressort du dossier et de ce qui précède qu'aucun élément ne permet en effet de considérer que le volet psychiatrique de l'expertise bi-disciplinaire serait entaché de contradictions manifestes, méconnaîtrait des éléments cliniques ou des diagnostics essentiels. Ce volet expertal est basé sur l'étude du dossier asséculo-logique, l'anamnèse, les plaintes subjectives de l'assurée et les constatations objectives faites lors de l'examen clinique. Ce rapport motivé et contenant des conclusions claires est probant aux yeux de la Cour.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 Comme déjà démontré plus haut, aucun élément ne permet de retenir que le point de vue du psychiatre traitant est objectivement mieux fondé. Celui-ci pose en effet des diagnostics de façon péremptoire et sans démonstration. Il n'apporte ni détermination, ni objection convaincantes quant aux différents arguments et constatations figurant dans l'expertise bi-disciplinaire. Ces avis médicaux d'un médecin traitant, qu'il se justifie de prendre avec une certaine retenue, ne permettent pas à la Cour de remettre en cause les conclusions y relatives. Le deuxième expert a expliqué en particulier, de façon convaincante et probante pour la Cour, pourquoi il écarte le diagnostic de claustrophobie posé par le premier expert-psychiatre, et celui d'épisode dépressif sévère évoqué par le psychiatre traitant. L'on ajoutera qu'on ne peut pas s'empêcher de relever que des facteurs – dont ne doit pas répondre l'assurance-invalidité – psychosociaux et

socioculturels imprègnent clairement cette situation. Comme cela ressort notamment du rapport du Dr G. _____, l'assurée a certes démissionné de son emploi de vendeuse en août 2013 pour des raisons de santé, et ce, pour la fin octobre 2013. Toutefois, son médecin traitant, la Dresse M. _____, avait alors attesté le

E. 6.1

En l'espèce, la recourante ne remet pas en cause l'évaluation médicale du point de vue rhumatologique, en particulier le fait que l'activité de vendeuse n'est plus tout à fait adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de son atteinte à la santé (pas de positions immobiles de la nuque en hypertension, pas de port de charge répétitif au-dessus de l'horizontal avec long bras de levier de 5-10kg, pas de déplacement en terrain irrégulier/pente, nécessité de changer/alterner les positions pendant le travail). Elle ne conteste pas non plus le revenu de valide, ni l'utilisation des salaires statistiques pour le calcul du revenu d'invalidé. Tous ces éléments ont au demeurant été correctement établis. La recourante conteste toutefois l'évaluation de sa capacité de travail au niveau psychiatrique. Sur ce plan, l'OAI dispose, en plus d'avis médicaux produits par le psychiatre-traitant, de deux expertises médicales successives, à savoir une première exclusivement psychiatrique et une seconde bidisciplinaire, à savoir psychiatrique et rhumatologique. La recourante estime que l'OAI aurait dû baser son appréciation sur l'avis de son psychiatre-traitant qui va, selon elle, dans le sens du premier expert psychiatre mandaté. Or, suivant l'avis du médecin du SMR, l'OAI a jugé que l'avis du psychiatre-traitant et la première expertise exclusivement psychiatrique n'étaient pas probants. Il a ainsi retenu les conclusions de la deuxième expertise bidisciplinaire mandatée et s'est essentiellement reposé sur ce document pour évaluer la capacité de travail de l'assurée. Il convient dès lors d'examiner ces rapports et avis médicaux.

E. 6.1.1

En premier lieu, la recourante conteste l'indépendance du deuxième expert-psychiatre, le Dr D. _____, et demande la production de statistiques quant au nombre d'expertises qu'il a réalisées, durant les années 2016 à 2018, quant au nombre de cas pour lesquels il s'agissait d'une deuxième ou d'une troisième expertise et enfin quant au nombre de cas où l'expert a corrigé le diagnostic à la baisse. Sur ce point, la Cour renvoie à l'arrêt rendu en 2018 par le Tribunal fédéral (arrêt 9C_442/2018 du 16 octobre 2018), dans lequel il rappelle que le fait que le médecin soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas, à lui seul, un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert, et partant, une preuve pertinente pour établir les faits relatifs à la récusation. La Cour relève en outre que les organes d'exécution de l'assurance-invalidité ne sont pas soumis à la loi fédérale sur la transparence (cf. arrêt précité, consid. 3 in fine, avec renvoi à l'arrêt TF 1C_461/207 du 27 juin 2018 consid. 5). Elle note enfin que la recourante aurait dû déposer sa demande auprès de l'autorité cantonale de la transparence et de protection des données, et non auprès de l'Instance de céans. En l'état, cette requête est par conséquent rejetée.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16

E. 6.1.2

Cela étant précisé, la Cour peut dès lors examiner si c'est à juste titre que l'OAI a écarté les avis du psychiatre-traitant et la première expertise purement psychiatrique, pour retenir au final exclusivement les conclusions du rapport d'expertise bi-disciplinaire. Dans un rapport

du 27 avril 2015 (Dossier OAI pp. 114 et ss), le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pose les diagnostics suivants: épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques existant depuis janvier 2015 (F32.2), de troubles mentaux liés à une affection physique (F60.8) existant depuis 2013. Il précise que le traitement a débuté en janvier 2015. Il explique que sa patiente a vécu une enfance difficile, avec des maltraitances et des douleurs liées à sa polyarthrite rhumatoïde. Il relève aussi que sa patiente a des idées noires, n'accepte pas son état, souffre d'asthénie, d'insomnie et de trouble de la concentration. Selon lui, l'assurée présente toutes les limitations fonctionnelles répertoriées dans le questionnaire de l'OAI, reconnaissant cependant qu'elle est apte à se déplacer. Il estime que sa patiente présente une incapacité de travail comme vendeuse, que cette activité n'est plus exigible, que son rendement est réduit en raison de troubles de la concentration. A la question de savoir dans quelle mesure, avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap est possible, il répond simplement « non ». Il estime en outre qu'on ne peut pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Dans un nouveau rapport médical intermédiaire du 6 octobre 2015, le psychiatre-traitant indique que l'état de sa patiente s'est aggravé, sans changements dans les diagnostics. Elle prend des psychotropes et suit une psychothérapie. Dans un avis du 10 mai 2016 (Dossier OAI, pp. 169-170), le Dr F. _____, médecin SMR, spécialiste en chirurgie, résume les avis médicaux produits. Il estime que le psychiatre traitant ne décrit pas de symptômes suffisamment sévères pour justifier les diagnostics posés. Il remarque aussi que l'assurée ne travaille plus depuis le 1er novembre 2013, alors que son incapacité de travail a débuté seulement en avril 2015. Le médecin SMR constate aussi que le rhumatologue n'accorde pas d'incapacité de travail en octobre 2015, alors que le psychiatre atteste une incapacité de travail à 100%. Le médecin du SMR préconise dès lors la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Le 4 avril 2017, le psychiatre-traitant confirme une nouvelle fois son point de vue, précisant que l'assurée ne peut plus exercer d'activité en raison de la fatigue et de la douleur. Enfin, dans un nouveau rapport du 21 février 2019 sollicité et produit par l'assurée dans le cadre de la procédure devant l'OAI, le psychiatre-traitant indique que « sa patiente présente une asthénie extrême, avec une perte de l'élan vital, un découragement concernant son avenir ». Il pose les diagnostics suivants : « Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et troubles mentaux liés à une affection physique ». Il évoque également de « gros problèmes aux deux genoux » et des « douleurs rhumatismales dans tout le corps ». Il critique la première expertise psychiatrique, qui reconnaît une capacité de travail partielle, arguant en particulier que sa patiente ne travaille plus depuis 5 ans, que les troubles dépressifs nécessitent des soins en permanence, ce qui est incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle. Il juge la deuxième expertise psychiatrique incomplète, la patiente étant paniquée à l'idée de ne pas trouver le cabinet et étant arrivée en retard. Le psychiatre-traitant pense enfin que la capacité de travail de sa patiente ne s'est pas améliorée depuis 2013, que ses problèmes aux genoux nécessitent une intervention chirurgicale, qu'elle a donc « beaucoup de mal à se déplacer, ne peut porter des charges, présente une fatigue et des troubles de l'attention importantes. »

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 Selon la recourante, ces avis de son psychiatre-traitant vont dans le sens des conclusions du premier rapport d'expertise psychiatrique. Or, cette appréciation est erronée. Tout d'abord, le premier expert-psychiatre n'a pas retenu les mêmes diagnostics que le psychiatre-traitant. En effet, dans son rapport d'expertise du 24 juillet 2017 (Dossier OAI, pp. 194 et ss), le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, explique que l'intéressée souffre « d'un état dépressif récurrent d'intensité

modérée et d'un syndrome somatique (F33.11), d'une anxiété généralisée (F41.1), d'une claustrophobie (F40.2), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, d'une dépendance en rémission complète alléguée depuis une dizaine d'années (F10.202) et liés à l'utilisation de tabac, dépendance active (F17.24) et un trouble spécifique de la personnalité de type anankastique (F60.5) ». Il constate en particulier « des manifestations cliniques d'anxio-dépression modérées et des plaintes algiques alors que les troubles de l'attention/concentration sont restées objectivement non gênant dans le déroulement de l'examen ». L'expert-psychiatre conteste aussi dans son rapport (Dossier OAI, pp. 205 et ss) les limitations fonctionnelles rapportées par le psychiatre-traitant, à savoir l'incapacité de l'assurée à se déplacer, à se tenir debout, assis, penchée ni à monter les escaliers, soulever près/loin de son corps des objets pesants, etc. L'expert-psychiatre constate ainsi que ces limitations fonctionnelles sont « contredites par le Dr H. _____, orthopédiste de I. _____ au 26.05.2015 ». Il fait aussi remarquer que, dans le contexte de la présente expertise, l'assurée a pu monter dans le train et rester assise dans le wagon comme dans le bureau du cabinet. Selon lui, la détresse de l'assurée est principalement inhérente à la précarisation récente des conditions de vie de l'intéressée. En outre, contrairement à l'avis du psychiatre-traitant, le premier expert a noté que l'assurée avait présenté pendant les 3 heures d'entretien une attention et une vigilance de bonne qualité, sans qu'une fatigue cognitive soit alléguée ou perçue. Par ailleurs, contrairement à l'avis du psychiatre-traitant, le premier expert invalide une incapacité de travail totale pour motif psychique. « Une incapacité de travail de 65% pour motif psychique et psychiatrique est indiquée et anticipe une baisse de rendement de 40% avec baisse de la résistance de l'assurée à l'instar de l'opinion de son psychiatre ». Plus loin, il précise que « l'activité habituelle est considérée reconductible. » Depuis janvier 2015, l'assurée souffre d'une incapacité de travail de 20% au moins. Mais « [u]ne capacité de travail sur le plan psychiatrique est possible. » Selon lui, les limitations fonctionnelles de l'assurée, sont le bruit et l'agitation des personnes autour d'elle. Il préconise dès lors un lieu de travail apaisé, calme et sans stress de rendement. Enfin, il importe de rappeler que, dans son courrier du 21 février 2019 à l'attention du mandataire de l'assurée, le psychiatre-traitant a lui-même indiqué qu'il ne partageait pas l'avis du premier expert-psychiatre mandaté. En tous les cas, c'est à juste titre que l'OAI n'a pas tenu compte de l'appréciation du psychiatre-traitant. Les nombreux avis médicaux de ce dernier transmis à l'OAI sont peu convaincants et insuffisamment argumentés. Il invoque des problèmes somatiques pour justifier une incapacité de travail totale, sans nuancer son jugement.

E. 6.1.3

Il convient donc à présent d'examiner si c'est aussi à bon droit que l'OAI a écarté les conclusions de la première expertise psychiatrique.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 Appelé à examiner cette expertise, le Dr F. _____, médecin auprès du SMR, spécialiste en chirurgie, reconnaît, dans un rapport du 7 mars 2018, que l'anamnèse et l'historique sont décrites de manière complète. Cela étant, il considère qu'elle n'est pas utilisable, dans la mesure où elle contient des incohérences sur le plan médical. L'expert ne répond pas, selon lui, aux questions posées sur la capacité de travail de l'assurée. Par ailleurs, les diagnostics ne sont pas suffisamment argumentés. La description des symptômes concernant le trouble dépressif et l'anxiété générale n'est, selon lui, pas convaincante. Il relève en particulier le fait que l'assurée ne présente pas vraiment un retrait social avec une impossibilité de s'affronter aux gens. Sur ces points, le deuxième

expert-psychiatre mandaté partage l'avis du médecin SMR. En effet, le nouvel expert a également relevé des incohérences sur le plan médical. Il discute et conteste de manière convaincante, selon la Cour de céans, certains diagnostics posés par son confrère. Cela est notamment le cas, lorsqu'il constate que l'intéressée ne peut pas souffrir de claustrophobie, celle-ci ayant pu venir seule en train depuis B._____, ce qu'une personne claustrophobe n'aurait pas pu faire (Dossier OAI, p. 257). Il signale aussi que l'assurée ne présente pas les critères cliniques pour retenir une personnalité de type anankastique. Selon lui, elle souffre d'une blessure narcissique car elle ne peut pas travailler, sans que cela ne corresponde à un trouble spécifique de la personnalité. Sur ce point, le Dr G._____, lui-même, n'était pas catégorique. En effet, il avait alors relevé, s'agissant de ce diagnostic, qu'il « repos[ait] exclusivement sur les déclarations autobiographiques de l'assurée et pourra[it] être remis en question si des documents attestant d'un fonctionnement psychique différent d'un tempérament obsessionnel devaient être fournis à l'analyse ». Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'OAI n'a pas pris en considération cette première expertise pour évaluer la capacité de travail de l'assurée.

E. 6.1.4

Il reste encore à examiner si l'expertise bi-disciplinaire, à tout le moins son volet psychiatrique, est probante. Dans un rapport d'expertise bidisciplinaire du 19 octobre 2018, le Dr D._____, médecin-expert SIM, spécialiste en psychiatrie, a rendu des conclusions consensuelles avec le Dr J._____, médecin-expert SIM, spécialiste en rhumatologie. Du point de vue rhumatologique (Dossier OAI, pp. 266 et ss), volet qui n'est pas contesté par la recourante, le Dr J._____ pose un seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, à savoir un syndrome cervicobrachial récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, discopathie C5-C6. Selon lui, les autres atteintes n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail, à savoir « syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, des omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, des gonalgies sans signes méniscaux ou tendineux, un status post-césarienne en 1988 et 1999, un status post-excision d'un kyste du poignet droit en 1992, un status post-hystérectomie en 2010 ». Il constate qu'« il n'y a pas d'amyotrophie, de trouble sensitivomoteur, la personne assurée se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide, elle est capable de rester assise sans opter de position antalgique et ce, durant tout l'entretien. » Selon lui, « le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout l'impotence fonctionnelle que la personne assurée décrit dans sa vie quotidienne ou son activité professionnelle. » Il estime que son appréciation s'apparente à celle de la Dresse K._____ « qui décrit dans ses rapports médicaux la présence d'un syndrome fibromyalgique. »

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique dirigé par le Dr D._____ s'est déroulé le 27 août 2018 et a duré 1 heure et 30 minutes. Après la description du mandat, le psychiatre a procédé à une synthèse du dossier médical transmis par l'OAI et résumé les indications que l'assurée lui a fournies spontanément ainsi que les réponses données aux questions de l'expert. Il fait ensuite état de ses constatations et donne les résultats d'un dosage plasmatique. Il a également sollicité des informations auprès du psychiatre-traitant qu'il a obtenues par courrier du

E. 6.1.5

Il découle de ce qui précède que l'OAI était fondé à retenir, sur la base de dite expertise, que la recourante peut exercer une activité adaptée, par exemple, comme ouvrière dans la production industrielle légère ou les services, telles que le montage à l'établi, le contrôle de produits finis, la conduite de machines semi-automatiques, l'usinage de pièces légères ou le conditionnement léger à plein temps. Il n'est donc pas nécessaire de mandater une nouvelle expertise. Le résultat de la comparaison des revenus à laquelle il a été procédé, aboutissant à aucune perte de gain, n'a pas été contesté par la recourante et peut être avalisé par l'Instance de céans. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expertise bi-disciplinaire n'existant, en particulier. 7. La recourante a requis l'octroi de l'assistance judiciaire totale (608 2019 226) pour la procédure de recours (608 2019 225). 7.1. Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant; qu'aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence ou à celle de sa

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend notamment, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a) et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). 7.2. La recourante est assistée financièrement par le Service social de son district, de sorte que son indigence est manifestement établie. S'agissant de la seconde condition, il convient de relever que le recours n'était pas d'emblée dénué de toute chance de succès, la Cour ayant dû se livrer à l'examen du dossier et en particulier à la confrontation des rapports médicaux. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 226) doit être admise et que Me Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg, est désigné comme défenseur d'office. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, par CHF 800.-, doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils ne seront cependant pas prélevés, celle-ci ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens, en sa qualité de défenseur d'office, sera fixée, compte tenu de la liste de frais produite par ce dernier le 27 avril 2020, en fonction du temps consacré à l'affaire, de la difficulté et de l'importance relatives du litige, ainsi que des opérations nécessaires à la conduite de la présente procédure, à CHF 1'644.05, à raison de 8 heures et 20 minutes à CHF 180.-, soit un montant de CHF 1'499.40, de CHF 27.10 de débours et de CHF 117.55 au titre de la TVA à 7,7 %. Elle sera mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours (608 2019 225) est rejeté. Partant, la décision querellée est confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 226) est admise et Me Benoît Sansonnens, avocat, désigné en tant que défenseur d'office. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. IV. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'499.40, plus CHF 27.10 de débours et CHF 117.55

au titre de la TVA à 7,7 %, soit à un total de CHF 1'644.05, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA). Fribourg, le 22 septembre 2020/mem Le Président : Le Greffier-stagiaire :

E. 11

septembre 2013 que sa patiente était apte au travail mais plus dans l'entreprise qui l'employait jusqu'alors. Ainsi l'assurée s'était inscrite à l'assurance-chômage dès le 1er novembre 2013. C'est donc après une longue période d'inactivité et de chômage et au moment où elle a commencé à rencontrer des difficultés financières qu'elle a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI. Sur ce plan, on rappellera l'obligation d'un assuré de contribuer dans toute la mesure du possible à la diminution du dommage et le principe de la primauté de la réadaptation par soi-même sur l'octroi d'une rente. L'intéressée ne saurait tirer parti d'un certain déconditionnement intervenu; il lui appartenait et appartient encore de tout mettre en œuvre pour maintenir sa capacité de travail et de gain.

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