

## **FR\_GERICHTE 608 2020 225 vom 7. Mai 2021**

FR Kantonsgericht, 2021-05-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2020\\_225](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_225)

FR: FR\_GERICHTE 608 2020 225 du 7 mai 2021

IT: FR\_GERICHTE 608 2020 225 del 7 maggio 2021

### **Regeste**

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

### **Volltext**

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2020 225 Arrêt du 7 mai 2021 IIe Cour des assurances sociales Composition Président : Johannes Frölicher Juges : Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud Greffier-rapporteur : Michel Bays Parties A. \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité – Nouvelle demande, refus de rente Recours du 11 décembre 2020 contre la décision du 5 novembre 2020 Tribunal cantonal TC Page 2 de 13 considérant en fait A. A. \_\_\_\_\_, née en 1964, domiciliée à B. \_\_\_\_\_, travaillait depuis octobre 2004 en tant qu'ouvrière sur machines auprès de C. \_\_\_\_\_ SA. Dès la fin juin 2013, elle a présenté une incapacité de travail et a subi une intervention chirurgicale à l'épaule droite. Son cas a été pris en charge par l'assurance perte de gain maladie de son employeur. En décembre 2013, elle a requis l'octroi de prestations de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), en faisant valoir une usure de l'épaule droite, due à son activité professionnelle (gestes répétitifs et charge quotidienne élevée). Par décision du 24 avril 2014, l'assurance perte de gain maladie a annoncé qu'elle mettrait fin au versement de ses indemnités journalières avec effet au 31 juillet suivant, en retenant que l'assurée était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée. Celle-ci a repris son emploi à 75% en juin 2014, puis à plein temps en juillet 2014, et a bénéficié dans ce cadre d'une analyse ergonomique, prise en charge par l'OAI. Une nouvelle incapacité de travail a été attestée dès la mi- septembre 2014, puis l'assurée a été en mesure de reprendre son emploi au début janvier 2015. Après avoir refusé l'octroi de mesures de réadaptation, en février 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée par décision du 8 janvier 2016. Il a retenu en substance que si la dernière activité n'était plus adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de son atteinte à la santé, une activité légère demeurerait en revanche exigible à plein temps et sans diminution de rendement. B. En dépit de ce qui précède, l'assurée a poursuivi son activité auprès de son employeur habituel. A la suite d'une nouvelle période d'incapacité de travail ayant débuté en septembre 2018, mois au cours duquel elle a subi une intervention chirurgicale (décompression L5-S1), elle a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 28 février 2019. Elle y mentionnait une hernie discale et une suspicion de polyarthrite rhumatoïde. Après avoir requis des rapports de la part de ses médecins traitants, l'OAI a suivi la recommandation du médecin du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR) et a confié au Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, le soin de réaliser une expertise. Dans son rapport du 17 mars 2020, ce dernier a conclu en substance

que l'assurée présentait une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Suite au projet de décision émis par l'OAI le 30 avril 2020, envisageant de refuser l'octroi de prestations, l'assurée a formulé des objections et remis différents rapports de sa rhumatologue traitante, tendant à remettre en cause les conclusions de l'expert D. \_\_\_\_\_, lequel a pris position en septembre 2020. Finalement, par décision du 5 novembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, non sans avoir demandé à l'expert précité de se déterminer à nouveau. C. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 11 décembre 2020. Elle conclut, principalement, à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour qu'elle mette en œuvre une mesure d'instruction complémentaire sur le plan rhumatologique. A l'appui de ses conclusions, elle relève tout d'abord un certain nombre d'inexactitudes dans le rapport d'expertise Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 du Dr D. \_\_\_\_\_, qui démontrent selon elle une certaine prévention de ce dernier à son égard. Elle se réfère ensuite aux rapports remis par sa rhumatologue traitante en mai, juillet et octobre 2020 et considère que ceux-ci bénéficient d'une valeur probante supérieure et doivent par conséquent être privilégiés. Elle ajoute que, dans son rapport complémentaire, cet expert écarte sans réels motifs les arguments de la rhumatologue précitée et n'apprécie pas de voir son avis remis en question, ce qui affaiblit en soi la valeur de ses conclusions. De même estime-t-elle que l'avis du médecin SMR doit être écarté, ne serait-ce que parce que celui-ci ne dispose pas d'une spécialisation en rhumatologie (mais uniquement en anesthésiologie). A tout le moins, elle requiert qu'une nouvelle expertise (possiblement judiciaire) soit réalisée. Le 21 décembre 2020, elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 22 janvier 2021, l'OAI conclut au rejet du recours en renvoyant à la motivation de sa décision et au dossier constitué par ses soins. Aucun autre échange d'écritures n'est intervenu. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, 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 directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 En vertu de l'art. 29 al. 1 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 (concernant la relation entre art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, voir ATF 142 V 547 consid. 3.2). L'art. 29 al. 3 LAI précise que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

2.2. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. 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 degré d'invalidité résulte ainsi de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode classique de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (ATF 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2a et 2b; RCC 1985 p. 469).

2.3. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). 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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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).

2.4. Pour pouvoir se prononcer sur le droit aux différentes prestations prévues par l'assurance- invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni

son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 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 29 janvier 2008).

2.5. Conformément à l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Ainsi, selon l'al. 2 de cette même disposition, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En effet, selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

3. Est litigieux, en l'espèce, le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, respectivement l'évaluation de sa capacité de travail. Les parties s'opposent principalement sur la question de savoir quel avis médical doit être privilégié: l'OAI se réfère en effet à celui de l'expert en rhumatologie D.\_\_\_\_\_, tandis que la recourante se fonde sur celui de sa rhumatologue traitante, la Dre E.\_\_\_\_\_, qui œuvre au sein de F.\_\_\_\_\_. Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 Il convient de se référer au dossier médical et plus particulièrement aux rapports établis par les deux spécialistes précités. Le 3 septembre 2019 (dossier AI p. 184), la Dre E.\_\_\_\_\_, rhumatologue traitante, retient les diagnostics suivants: rhumatisme inflammatoire chronique, plutôt de type spondylarthropathie, coxarthrose débutante bilatérale, status après décompression L5-S1 en septembre 2018. A la discussion, elle indique avoir "repris le suivi de A.\_\_\_\_\_ investiguée chez nous dans le cadre d'un rhumatisme inflammatoire chronique se présentant sous forme de rachialgies et de douleurs périphériques ainsi qu'enthésitiques clairement inflammatoires, ayant même motivé un arrêt de travail il y a un mois en arrière en raison de nuits qui deviennent tellement compliquées que la patiente ne se sent plus capable d'assumer son travail". Après analyse, elle conclut "aujourd'hui à une spondylarthropathie plutôt qu'à une polyarthrite rhumatoïde", dès lors que le facteur

rhumatoïde est à peine positif; un ultrason a par ailleurs démontré des téno-synovites et des synovites périphériques multiples. Elle termine en indiquant qu'un traitement biologique a été instauré. Dans un rapport établi sur la formule officielle du 8 octobre 2019 (dossier AI p. 200), la rhumatologue traitante relève, à l'anamnèse, que "cette patiente a été opérée en septembre de l'année passée d'une cure de hernie discale L5-S1 et, dans ce contexte, elle développe par la suite des douleurs polyarticulaires périphériques diffuses ainsi qu'enthésitiques, de plus en plus invalidantes [...]". Elle ajoute qu'à l'examen clinique, il n'y a "pas de franche synovite mais de nombreuses enthèses clairement douloureuses". Elle confirme les diagnostics posés précédemment et indique qu'un pronostic est difficile à faire, du fait qu'un traitement biologique vient d'être introduit (en raison de l'échec des traitements antalgiques standards). Les limitations sont les suivantes: "La patiente est limitée de par la fatigue, la raideur matinale. Elle est limitée pour le port de charges, les mouvements en porte-à-faux, les mouvements répétitifs, que ce soit du tronc ou des articulations périphériques, la manutention. Elle devrait éviter l'exposition au froid et les mouvements stationnaires prolongés, que ce soit debout ou assis". Elle atteste d'une incapacité totale de travail, depuis le 1er juillet 2019, également dans une activité adaptée, et recommande d'attendre la réponse thérapeutique aux traitements récemment entrepris. En date du 15 novembre 2019 (dossier AI p. 208), le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie œuvrant pour le compte du SMR, admet que l'assurée présente une pathologie ostéoarticulaire complexe et que les éléments médicaux à disposition sont insuffisants pour évaluer la capacité de travail. Il recommande par conséquent qu'une expertise rhumatologique soit effectuée. Le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, remet son rapport d'expertise le 17 mars 2020 (dossier AI p. 227). Après avoir rappelé le contexte médical, il décrit le contenu de son entretien avec l'assurée, laquelle se plaint en substance de douleurs cervicobrachiales, lombovertébrales, poly- et périarticulaires, permanentes et fluctuantes. Au terme de son examen clinique, dans le cadre duquel différents examens radiographiques ont été réalisés, l'expert retient comme unique diagnostic susceptible d'influencer la capacité de travail de l'expertisée, un syndrome cervico-dorso-lombaire récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Au status, l'examen du rachis, de même que celui radiologique, sont rassurants. L'ultrasonographie des différents groupes articulaires réalisée le jour de l'entretien d'expertise donne des résultats dans la norme, sans signe de synovite ou de téno-synovite, ni d'atteinte inflammatoire active. En revanche, l'examen frappe par la présence de la totalité des points d'insertion douloureux (18/18), "faisant évoquer une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur de type fibromyalgique". Dans ce contexte, l'expert estime que les ressources de l'assurée sont bonnes, compte tenu d'une bonne insertion dans un tissu socio-familial, Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 de la capacité à tenir le ménage (en adaptant son rythme), du soutien de l'entourage pour les activités lourdes et de l'absence de difficultés dans l'environnement social. Tout en relevant que la thérapie mise en place jusqu'alors a été réalisée dans les règles de l'art et avec la pleine coopération de l'assurée, l'expert relève néanmoins une certaine discordance entre les plaintes de cette dernière et le résultat de ses examens rhumatologiques: "le socle somatique ne permet donc pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout l'impotence fonctionnelle professionnelle qui en découlerait". De son point de vue, en l'absence de signe d'activité inflammatoire, les diagnostics posés par la rhumatologue traitante ne peuvent être suivis; de même, en l'absence de mention de douleurs insertionnelles, un syndrome fibromyalgique n'est pas pertinent. L'expert conclut dès lors à une capacité de travail de 80% dans l'activité

antérieure, susceptible d'augmenter, et à 100% dans une activité pleinement adaptée aux limitations fonctionnelles. Suite au projet de décision rendu par l'OAI (dossier AI p. 248) dans la foulée de cette expertise, la Dre E. \_\_\_\_\_ a rendu un nouveau rapport, en date du 26 mai 2020 (dossier AI p. 263), dans lequel elle manifeste son désaccord avec les conclusions du Dr D. \_\_\_\_\_. Elle estime que sa patiente présente effectivement une atteinte inflammatoire et se réfère en particulier aux résultats d'une IRM et d'un ultrason et considère que les polyarthralgies et les rachialgies ont un impact majeur sur son sommeil, sur son activité professionnelle mais aussi sur sa vie quotidienne. Selon elle, le diagnostic de spondylarthrite axiale est avant tout un diagnostic clinique, de sorte qu'un ultrason ou une IRM ne sont pas déterminants à eux seuls. Le fait que l'ultrason se soit révélé négatif lors de l'expertise n'est dès lors pas déterminant, ce d'autant que l'assurée était alors sous traitement. De même, le fait qu'elle ne réponde pas aux traitements biologiques n'est pas un argument permettant d'infirmer ce diagnostic. La rhumatologue rejoint l'expert sur la probable présence d'une fibromyalgie, mais rejette l'utilisation par ce dernier des critères de classification ACR 1990, du fait de l'utilisation de points douloureux pouvant correspondre à la spondylarthrite. Dans ce contexte, elle ajoute l'absence d'autres symptômes somatiques associés à la fibromyalgie et estime que ce diagnostic peut accompagner le précédent. En substance, elle retient que "cette patiente souffre de douleurs articulaires diffuses dans le contexte d'un rhumatisme inflammatoire", l'empêchant de poursuivre son activité professionnelle et induisant plusieurs limitations fonctionnelles (positions stationnaires prolongées, port répétitif de charges lourdes, mouvements en porte-à-faux, manutention fine et mouvements articulaires répétés au niveau périphérique). Elle déplore l'absence de certains questionnaires (BASDAI, BASFI), lesquels peuvent donner une indication sur l'activité de la spondylarthrite et son impact fonctionnel. Compte tenu de ce qui précède, la rhumatologue rejette l'existence d'une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle et estime qu'elle est au plus de 20% dans une activité adaptée. Finalement, elle considère que les propositions thérapeutiques formulées par l'expert ne sont pas pertinentes: la physiothérapie est un échec et le recours à des antalgiques ou à des myorelaxants n'est pas efficace en cas de rhumatisme inflammatoire. Relevant la cohérence des plaintes de sa patiente, de même que sa collaboration, elle constate que cette dernière présente un épuisement physique et psychologique progressif et émet donc un pronostic plutôt défavorable. Dans le cadre des objections déposées par l'assurée, un nouveau rapport a été déposé le 27 juillet 2020 par cette rhumatologue traitante (dossier AI p. 301), en réponse à des questions posées par le mandataire de l'assurée. Elle relève tout d'abord que l'état de santé de cette dernière s'est plutôt péjoré "avec une grosse poussée de douleurs cervicales dans le courant du mois de mai de cette année" avec des douleurs irradiant dans les deux bras. L'examen IRM effectué dans ce contexte s'est toutefois révélé "tout à fait rassurant sans éléments en faveur d'une poussée de son Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 rhumatisme inflammatoire", la situation s'étant même un peu améliorée par rapport à 2019 avec un traitement conservateur. Globalement toutefois, aucune amélioration significative n'est à noter, malgré tous les traitements entrepris; en particulier, les divers traitements biologiques sont jugés complètement inefficaces. Elle confirme ainsi les diagnostics suivants: rhumatisme inflammatoire chronique de type spondylarthrite avec atteinte axiale, périphérique et enthésitique; lombalgies chroniques sur status post-opération par décompression et spondylodèse de L5-S1 en 2018; cervicalgies chroniques non spécifiques avec des troubles dégénératifs étagés. Elle confirme dès lors une capacité de travail de 20% au plus dans une activité physiquement légère, à raison d'une ou deux heures par jour.

Enfin, elle distingue les mandats respectifs de l'expert (qui a pour rôle de donner une évaluation ponctuelle sur la base d'un seul examen) et du médecin traitant (qui veut offrir une prise en charge thérapeutique sur le long cours). Le 10 septembre 2020 (dossier AI p. 308), le Dr D. \_\_\_\_\_ a pris position sur les objections de l'assurée ainsi que sur le rapport médical ci-dessus, qui les accompagnait. Après avoir brièvement rappelé ses constatations lors de l'expertise (rachialgies diffuses dans un contexte de discopathie, de status post-spondylodèse L5S1, de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de déclenchement de la douleur ainsi qu'une possible spondylarthropathie, alors sans activité), il présente les différents griefs élevés par la Dre E. \_\_\_\_\_, principalement autour du diagnostic de spondylarthrite. Il constate que "tout son argumentaire se base sur les allégations de l'assurée", sans référence à la description d'un status ou d'un examen clinique pour justifier une péjoration de la symptomatologie, et considère dès lors que cette argumentation est lacunaire. Il estime par ailleurs que le recours à un examen ultrasonographique est tout à fait, voire mieux approprié pour évaluer l'activité inflammatoire que les tests (BASDAI, BASFI) préconisés par la doctoresse précitée. De même, l'expert confirme le bien-fondé du recours à une médication antalgique ou myorelaxante et ajoute que les traitements biologiques prodigués par sa consœur sont associés à des effets secondaires plus importants encore. La référence que cette dernière fait à l'authenticité des plaintes de l'assurée, soit aux douleurs alléguées par celle-ci, est un facteur subjectif et donc non relevant pour attester de la présence d'un diagnostic invalidant. S'agissant de la péjoration décrite dans le rapport du 27 juillet 2020, l'expert constate d'une part qu'elle n'a pas été corroborée par les résultats de l'IRM, ni étayée par des examens cliniques ou paracliniques; il note d'autre part qu'un traitement conservateur, tel que préconisé dans son expertise, a permis d'obtenir une légère amélioration. S'agissant enfin de l'inefficacité des traitements biologiques, l'expert met en question l'opportunité de leur indication dans le cas d'un rhumatisme apparemment inflammatoire, tout en ajoutant que ledit rhumatisme n'est fondé que sur des éléments subjectifs et sans que la rhumatologue ne se soit positionnée sur le syndrome fibromyalgique. L'expert prend ensuite position sur les observations du mandataire de la recourante: tout en déplorant le ton dénigrant adopté par celui-ci, il constate qu'il omet de tenir compte du caractère distinct des mandats de l'expert et du médecin traitant, pouvant aboutir à des divergences de vues, ce qui est précisément le cas ici. Dans ce contexte, il répète que l'argumentation de la rhumatologue traitante est lacunaire. Il confirme par conséquent les conclusions de son expertise. Sur demande du mandataire de l'assurée, la Dre E. \_\_\_\_\_ se détermine à nouveau par courrier du 6 octobre 2020 (dossier AI p. 316). Tout en relevant d'emblée ne pas réellement avoir d'arguments supplémentaires à apporter, elle rappelle que le diagnostic de spondylarthrite axiale est basé sur l'anamnèse et l'examen clinique et relève en outre la présence de "quelques éléments paracliniques soutenant ce diagnostic". Elle note ensuite que les questionnaires BASDAI et BASFI sont les seuls à avoir été validés pour le suivi de ce type de diagnostic; elle conteste en revanche la validité de l'ultrason, lequel vise à évaluer l'atteinte articulaire, alors qu'elle est avant tout axiale et enthésitique chez l'assurée. Par ailleurs, la rhumatologue admet la présence d'un syndrome fibromyalgique, mais relève la difficulté à le distinguer du diagnostic principal. Elle conteste enfin le recours à l'utilisation d'antalgiques majeurs dans ce genre de pathologies, se référant en cela aux recommandations de l'EULAR et de l'ACR. Le 20 octobre 2020 (dossier AI p. 322), le Dr G. \_\_\_\_\_ prend position sur les avis en présence. Désireux de ne pas se focaliser sur la querelle entre les deux spécialistes en rhumatologie, il rappelle que

l'exigibilité médicale ne repose pas sur un diagnostic, mais bien sur les limitations fonctionnelles objectivables. Selon lui, l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ remplit parfaitement cet objectif, dès lors qu'il "présente une investigation clinique complète de l'appareil locomoteur, fournit des arguments médicaux objectifs et convaincants pour soutenir l'exigibilité". Le dernier courrier de la Dre E. \_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément clinique nouveau et n'ébranle donc pas les conclusions de l'expertise. Non sans avoir rappelé la jurisprudence relative aux rôles respectifs de l'expert et du médecin traitant, ainsi que sur l'évaluation de leurs avis, le médecin SMR en conclut que le dossier est suffisamment instruit pour statuer. 4. Il ressort des avis présentés ci-avant que l'expert en rhumatologie et la rhumatologue traitante divergent principalement sur le choix du diagnostic déterminant, ainsi que sur les effets de celui-ci sur la capacité de travail de l'assurée. 4.1. Amenée à trancher, la Cour concède qu'il est ardu de prendre position dans ce débat opposant deux spécialistes en rhumatologie. Préliminairement, elle rappelle qu'en matière d'assurance-invalidité, ce n'est pas le diagnostic en lui-même qui est déterminant, mais bien ses conséquences sur la capacité de travail. Il convient par conséquent d'examiner la cause en étant particulièrement attentif à cet aspect. Globalement, le rapport d'expertise remis par le Dr D. \_\_\_\_\_ répond parfaitement aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Il a été effectué en pleine connaissance du dossier et sur la base d'examens complets. L'expert a pris en considération les plaintes exprimées par l'assurée et les points litigieux ont été discutés. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions sont dûment motivées. En substance, l'expert considère que l'expertisée ne présente qu'un diagnostic rhumatologique peu important (syndrome cervico-dorso-lombaire récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire); il insiste en revanche sur l'existence d'une composante fibromyalgique, provoquant un abaissement du seuil de déclenchement de la douleur, lequel n'est toutefois pas invalidant compte tenu des ressources à disposition de l'assurée. Ces explications sont concordantes avec le contenu du dossier et permettent donc, a priori, de conférer une pleine valeur probante à ce rapport. 4.2. Il importe ensuite d'examiner si les critiques formulées par la Dre E. \_\_\_\_\_ sont susceptibles d'ébranler les conclusions de l'expert. Celle-ci estime que sa patiente souffre bel et bien d'une atteinte somatique, à savoir une spondylarthrose, laquelle impacte significativement sa capacité de travail; tout en admettant la présence d'une composante fibromyalgique, elle considère que celle-ci ne fait qu'accompagner le diagnostic rhumatologique principal. Afin d'appuyer son argumentation, elle reproche en particulier à l'expert de ne pas avoir correctement examiné/évalué les critères diagnostics de la spondylarthrose et de l'avoir, à tort, écarté. Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 Un examen attentif des différents rapports émanant de F. \_\_\_\_\_ conduit les juges à relativiser les conclusions de la rhumatologue traitante. Dans un rapport rendu le 8 février 2019 (dossier AI p. 166), la Dre H. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique, évoquait son hésitation quant au diagnostic exact: " A. \_\_\_\_\_ présente donc des polyarthralgies d'allure inflammatoire rhizoméliques et périphériques distales depuis septembre 2018. Le diagnostic le plus probable actuellement est une polyarthrite rhumatoïde, mais une spondylarthropathie n'est pas exclue". C'est la raison pour laquelle elle demandait l'obtention d'examens radiologiques (radiographies, IRM, ultrason) pour affiner le diagnostic. Le 3 septembre 2019 (dossier AI p. 184), la Dre E. \_\_\_\_\_, qui a entre-temps repris le suivi de ce dossier, concluait au diagnostic de spondylarthropathie plutôt qu'à celui de polyarthrite rhumatoïde: "En effet, le facteur rhumatoïde est à peine positif et donc clairement non spécifique, les ACPA sont négatifs et le tableau clinique est plutôt compatible avec une spondylarthropathie vu que l'IRM des sacro-iliaques montre tout de même une

inflammation bilatérale et des signes d'enthésite". On constate d'emblée qu'elle est plutôt réservée quant au diagnostic ("plutôt compatible avec...", "signes..."). Par ailleurs, la présence d'une inflammation à ce moment-là peut tout à fait s'expliquer par le fait que l'assurée ne prenait plus de médication anti-inflammatoire et qu'elle n'avait pas encore débuté son traitement biologique, contrairement à ce qui était le cas lors de l'expertise. Mais un autre point attire tout particulièrement l'attention de la Cour: dans le courant de l'année 2019, la rhumatologue traitante (ainsi que sa consœur la Dre H. \_\_\_\_\_) se référait expressément aux données radiologiques pour évaluer la présence d'une spondylarthrose (ou d'un diagnostic approchant). Dans son rapport du 26 mai 2020, elle confirme tout d'abord la présence d'un rhumatisme inflammatoire de type spondylarthrite en se référant aux résultats d'une IRM des sacro-iliaques "qui démontre une atteinte inflammatoire active ddc et des enthésopathies qui sont difficilement explicables par une atteinte dégénérative". Elle ajoute alors qu'un ultrason plus ancien "avait également confirmé la présence d'une inflammation au niveau des mains avec des ténosynovites périphériques multiples venant compliquer l'atteinte rachidienne". Abordant ensuite l'expertise litigieuse, elle en relativise les conclusions en indiquant que "le diagnostic de spondylarthrite axiale est avant tout un diagnostic clinique basé sur une anamnèse et des signes cliniques plus ou moins spécifiques et que les examens paracliniques, dont l'ultrason ou l'IRM, n'ont ni sensibilité ni spécificité parfaites et ne sont que des moyens qui peuvent éventuellement venir appuyer l'hypothèse de ce diagnostic, mais leur négativité n'exclut rien". Cette posture ambiguë persiste lorsque, dans son rapport du 6 octobre 2020, la Dre E. \_\_\_\_\_ annonce que "l'ultrason n'a aucune validité démontrée pour le suivi clinique des patients souffrant de spondylarthrite", en précisant tout de même qu'il présente un intérêt en cas d'atteinte articulaire (périphérique), ce qui n'est pas le cas de sa patiente (atteinte axiale et enthésitique). Or, c'est sur ce même genre de données que s'est fondé l'expert D. \_\_\_\_\_ qui, en mars 2020, a lui-même fait procéder à une batterie d'examens radiologiques (IRM, ultrason...). De ce fait, la Cour considère que la rhumatologue traitante est malvenue de relativiser le recours aux résultats d'examens radiologiques sur lesquels se fonde l'expert et de mettre l'accent sur d'autres aspects (anamnèse, examen clinique) pour tenter d'en discréditer les conclusions, alors même qu'elle se référait elle-même (ainsi que sa collègue) à de tels éléments quelques mois plus tôt pour appuyer son diagnostic. Il convient surtout de constater que, dans son dernier rapport, dite rhumatologue ne fonde, en substance, ledit diagnostic que sur l'existence "de quelques éléments paracliniques Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 soutenant ce diagnostic avec, à l'IRM, des lésions sur le pied des sacro-iliaques inexpliquées par une atteinte dégénérative et un ultrason fait à l'époque dans notre service démontrant une atteinte inflammatoire périphérique active" soit, une fois encore, une attitude équivoque. Dans le même ordre d'idées, le fait que l'expert n'ait pas soumis l'assurée à certains tests spécifiques (BASDAI et BASFI) ne remet pas en question les conclusions de l'expertise. Dans la mesure où celui-ci a écarté le diagnostic de spondylarthrose sur la base d'explications circonstanciées et convaincantes, on ne saurait lui faire le reproche d'avoir renoncé à y procéder. Ce d'autant moins que, de l'aveu même de la rhumatologue traitante, les questionnaires en question ne constituent, qu'une aide au choix de décisions thérapeutiques (dossier AI p. 316). De l'avis de la Cour, il incombait bien plutôt à cette dernière de les (faire) réaliser, afin d'asseoir le diagnostic dont elle défend envers et contre tout la validité. Globalement, les explications de la rhumatologue manquent de solidité, voire de cohérence, et l'on ne peut s'empêcher de soupçonner que des facteurs subjectifs (plaintes de sa patiente) influencent notablement son jugement. 4.3. Un autre point qui

retient particulièrement l'attention de la Cour est celui de l'impact de l'atteinte (quelle qu'en soit la qualification exacte) sur la capacité de travail de l'assurée. Dans son rapport de la fin mai 2020, la rhumatologue traitante indique ce qui suit: "A.\_\_\_\_\_ est limitée pour les positions stationnaires prolongées, que ce soit debout, assis ou couché, le port de charges lourdes de manière répétitive, les mouvements porte-à faux flexion—extension-rotation-inclinaison du tronc ainsi que la manutention fine et les mouvements articulaires répétés au niveau périphérique. Avec ces limitations, je ne vois pas comment on peut classer la spondylarthrite dont souffre A.\_\_\_\_\_ dans les diagnostics sans impact sur la capacité de travail". Elle remet de ce fait en cause l'existence d'une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle en usine, en rappelant qu'une réinsertion à 20% avait échoué "en raison de l'impact fonctionnel de sa maladie". Mais elle ajoute encore douter que dite capacité "dépasse 20% dans un travail adapté que ce soit maintenant ou dans le futur, au vu de la pharmaco-résistance de sa maladie jusqu'à présent". Elle confirmera cette appréciation dans son rapport du 27 juillet 2020. Cette analyse ne résiste pas à la critique: si ce point de vue paraît défendable s'agissant de l'activité habituelle de l'assurée, laquelle entre effectivement en contradiction avec les limitations annoncées, il ne l'est manifestement pas dans le cadre d'une activité adaptée. En effet, les limitations fonctionnelles retenues par la rhumatologue, qui coïncident d'ailleurs avec celles de l'expert dans une activité adaptée (dossier AI p. 245), sont somme toute relativement ordinaires et l'on ne voit pas en quoi elles pourraient justifier une réduction aussi drastique de la capacité de travail de la recourante. L'échec des traitements pharmacologiques ne saurait, à lui seul, justifier une telle conclusion. Dans ce contexte, il est piquant de relever que le rapport établi fin juillet 2020 décrit une situation plutôt rassurante: si une grosse poussée des douleurs cervicales, survenue en mai précédent, a justifié une IRM, "cet examen est revenu tout à fait rassurant sans éléments en faveur d'une poussée de son rhumatisme inflammatoire et finalement, avec la mise en place d'un traitement conservateur avec de la physiothérapie à sec et en piscine, la situation au 27.07.2020 s'est légèrement améliorée". La rhumatologue tempère simplement tout élan d'optimisme en ajoutant qu'une amélioration significative ne pouvait pas être retenue par rapport à la situation qui prévalait en 2019. Cela étant, on constate d'une part qu'aucune mention d'une pareille péjoration n'avait été faite dans le rapport Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 établi à la fin mai 2020, soit au moment même où elle était censée se produire. D'autre part, on relève que l'évaluation de l'activité inflammatoire est peu précise, mais que l'on peut globalement retenir que celle-ci n'est pas très forte, à l'instar de ce qu'avait constaté le Dr D.\_\_\_\_\_ en mars 2020. Il importe de rappeler les rôles distincts incombant à l'expert et au médecin traitant, ce que n'ont d'ailleurs pas manqué de mentionner les deux rhumatologues précités, bien conscients que leur vision différente du dossier découlait notamment de leur position vis-à-vis de la recourante. Quand bien même l'expert n'exerce pas un suivi "au long cours" de l'assurée, contrairement à la rhumatologue traitante, il n'en a pas moins procédé à une analyse approfondie du dossier, en se fondant sur l'anamnèse, les déclarations de l'assurée ainsi que son propre examen clinique, incluant une batterie complète d'examens radiologiques. Compte tenu des cautèles relevées plus haut quant à la validité des constatations de la rhumatologue traitante, la Cour acquiert ainsi la conviction que les arguments de la Dre E.\_\_\_\_\_ ne remettent pas en question les conclusions, convaincantes et cohérentes, de l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_. On ne saurait donc reprocher à l'OAI de s'y être référé pour retenir que la recourante ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé et lui refuser toute prestation. 4.4. La Cour se permet encore de préciser que les griefs soulevés par le mandataire de la recourante dans son courrier du 15

octobre 2020 (dossier AI p. 318), reprochant en substance à l'expert d'avoir répondu de manière inadéquate dans son courrier du 10 septembre 2020, tant sur le fond (manque de professionnalisme) que sur la forme (invectives à l'encontre de la rhumatologue traitante), doivent être écartés. Ces constatations n'engagent en effet que leur auteur, lequel se garde bien d'indiquer concrètement en quoi, par exemple, l'expert aurait manqué de respect à sa consœur. A la lecture des échanges entre ces deux médecins, la Cour relève au contraire qu'en dépit de leur vision différente du dossier, ceux-ci ont exposé de manière ferme, mais courtoise leurs arguments respectifs. Les reproches formulés par le mandataire de la recourante sont donc dénués d'intérêt et ne remettent nullement en question la valeur de l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_. Il appert au contraire que c'est bien plutôt ledit mandataire qui a principalement provoqué et alimenté dite polémique, par le biais de ses courriers.

4.5. Par surabondance, on peut ajouter que, même en émettant l'hypothèse que l'évaluation de la capacité de travail dans l'activité habituelle serait trop sévère, aucun élément ne permettrait en revanche de remettre sérieusement en cause une telle capacité de travail dans une activité adaptée, respectant certaines limitations fonctionnelles (cf. supra consid. 4.3). Dans ce cas, il conviendrait alors de se référer aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), afin de permettre de se fonder sur un large panel d'activités peu qualifiées, adaptées à la situation de la recourante et à ses limitations fonctionnelles. Le salaire statistique sur lequel il convient de se fonder est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2016, à savoir CHF 4'363.- par mois. Au regard de l'éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on peut admettre qu'un certain nombre d'entre elles sont légères, qu'elles permettent des changements de position et n'impliquent pas de mouvements contre-indiqués, et sont donc adaptées aux problèmes de santé de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2018 (41.7 heures), ce montant doit être portée à CHF 4'548.45, ce soit un salaire annuel de CHF 54'581.40. Après Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2016 à 2018 (+0.4% en 2017 et +0.5% en 2018, pour les femmes), on obtient un revenu annuel de CHF 55'073.70. En effet, en tenant compte d'un revenu valide de l'ordre de CHF 71'000.-, soit le plus haut salaire obtenu (en 2016) durant les 5 dernières années d'activité (dossier AI p. 155), il en résulte un degré d'invalidité de 22.43%, arrondis à 22%, largement insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

5. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le 21 décembre 2020. Pour les mêmes motifs, l'assurée n'a pas droit à des dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. 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 7 mai 2021/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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