



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01  
www.fr.ch/tc

605 2017 27

605 2017 28

## **Arrêt du 21 août 2018**

### **I<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### Composition

Président: Marc Boivin  
Juges: Marc Sugnaux, Olivier Bleicker  
Greffier-stagiaire: Matthieu Loup

#### Parties

**A.**\_\_\_\_\_, **recourante**, représentée par Me Bruno Kaufmann,  
avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
FRIBOURG, autorité intimée**

#### Objet

Assurance-invalidité - rente d'invalidité

Recours du 17 février 2017 contre la décision du 12 janvier 2017

Requête d'assistance judiciaire assortie au recours

## considérant en fait

A. A.\_\_\_\_\_, née en 1975, originaire de B.\_\_\_\_\_, mariée et mère de deux enfants (nés en 1997 et 1999), a travaillé à temps partiel comme auxiliaire de nettoyages pour la société C.\_\_\_\_\_ Sàrl du 1<sup>er</sup> novembre 2005 au 28 février 2007 (extrait du compte individuel AVS du 12 avril 2013), puis comme caissière dans un kiosque à journaux d'un centre commercial du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 30 septembre 2013 (correspondances de D.\_\_\_\_\_ du 10 avril et du 20 juin 2013).

Le 23 novembre 2012, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a procédé sous rachianesthésie à l'extraction d'un corps étranger métallique (vraisemblablement l'extrémité d'un crochet de tricot ou de dentelle présent depuis 2006) des parties molles de la fesse droite de l'assurée (à la hauteur de l'interligne S2-S3). A la suite de cette intervention ambulatoire, A.\_\_\_\_\_ s'est plainte de lombalgies (avec décharges électriques et agrandissement progressif du territoire douloureux), de paresthésies (ascendantes) de la jambe gauche, de céphalées, de nausées ainsi que notamment de difficultés urodynamiques. Elle a de plus déposé une plainte pénale contre la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin responsable de l'anesthésie lors de l'intervention du 23 novembre 2012 (procédure pénale ggg). Les ultrasons de contrôle (avis du 19 décembre 2012 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, et du 22 mai 2013 de la Dresse I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale), l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire (avis du 11 janvier 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie), l'électroneuromyogramme (avis du 24 mai 2013 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie) et l'ultrason doppler de la jambe gauche (avis du Dr J.\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2013), ainsi que le séjour de l'assurée à L.\_\_\_\_\_ de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents CNA à M.\_\_\_\_\_ (du 8 mai au 5 juin 2013; rapport du 8 juillet 2013) n'ont mis en évidence aucune anomalie objective susceptible d'expliquer ses plaintes. La corticothérapie par voie orale et le traitement antalgique mis en place par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, n'a par ailleurs pas soulagé l'assurée (avis du Dr N.\_\_\_\_\_ du 17 janvier et du 12 février 2013).

A.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de détection précoce de l'assurance-invalidité le 11 mars 2013, puis une demande de prestations le 27 mars 2013. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'office AI) a tout d'abord fait verser à son dossier celui de la CNA. Ce dossier contenait – respectivement l'office AI a recueilli – l'avis des Dr O.\_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès du service d'angiologie de P.\_\_\_\_\_ (du 14 juin 2013), Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale (du 16 juillet 2013), Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant (des 23 août, 5 septembre 2013 et 27 février 2014), Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en urologie (des 22 octobre 2013, 28 mars 2014, 11 mars et 14 octobre 2015), Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie (du 17 septembre 2013 et 28 mars 2014), Dr U.\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de rhumatologie, médecine physique et rééducation de P.\_\_\_\_\_ (des 21 octobre, 8 novembre 2013, 19 mars 2014, 26 février et 20 mars 2015), Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, en allergologie, en immunologie clinique (du 3 mai et du 9 décembre 2013), Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (du 12 décembre 2013 et du 28 janvier 2014), ainsi

que ceux du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre conseil de la CNA (du « 21 août 2014 » [sic]), et du Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin d'arrondissement de la CNA (du 9 décembre 2013).

Le 22 février 2014, l'assurée s'est blessée à l'épaule et au poignet gauche (avis de la Dresse T.\_\_\_\_\_ du 28 mars 2014). Elle a subi de plus une intervention au col de l'utérus le 14 octobre 2014 (hystérectomie), suivie d'une hospitalisation en raison d'un hémisyndrome brachio-cural sensitivo-moteur gauche complet apparu trois jours plus tard (du 29 octobre au 31 octobre 2014; avis de la Dresse T.\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2014), ainsi qu'un testing sous anesthésie de l'épaule gauche (acromioplastie du 5 mai 2015).

L'office AI a ensuite soumis l'assurée à une expertise pluridisciplinaire auprès de Z.\_\_\_\_\_. Dans un rapport établi le 28 septembre 2016, les Dr AA.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, Dr AB.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Dr AC.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et Dresse AD.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont diagnostiqué – sans répercussion sur la capacité de travail – un hémisyndrome sensitivo-moteur gauche atypique sans substrat somatique objectivable (du 17 octobre 2014), un syndrome douloureux somatoforme persistant (dès fin 2012), un possible trouble dissociatif mixte (dès 2014), des troubles urinaires sur vessie hyposensitive et hypocontractile d'origine indéterminée (dès novembre 2012), des lombalgies chroniques communes avec discrets troubles dégénératifs, un status après thyroïdectomie partielle (dès 2001), une hystérectomie sans annexectomie (en 2014) et un asthme bronchique (dès l'âge de 3-4 ans). Au terme de leur rapport, les médecins ont affirmé qu'il n'y avait jamais eu de justification à une incapacité de travail durable et que la capacité de travail de l'assurée était donc complète, sans baisse de rendement.

Dans un projet de décision du 27 octobre 2016, puis par décision du 12 janvier 2017, l'office AI a rejeté la demande de prestations. Il a, en se fondant sur l'avis de son Service médical régional (SMR; du 3 octobre 2016), considéré que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé ayant des répercussions déterminantes du point de vue de l'assurance-invalidité sur sa capacité de travail.

B. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Bruno Kaufmann, avocat à Fribourg, interjette un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut au renvoi de la cause à l'office AI pour qu'il procède à des investigations complémentaires dans le sens des considérants. Le recours est assorti d'une requête d'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 18 août 2017, l'office AI conclut au rejet du recours.

La Caisse de pension D.\_\_\_\_\_ a renoncé à se déterminer sur le recours.

Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état de leurs arguments, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

C. Par décision séparée de ce jour, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours formé par A.\_\_\_\_\_ contre la décision sur opposition de la CNA du 4 avril 2016 (affaire 605 2016 121).

## 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, le recours est recevable.

2.

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière.

2.1. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent 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 (RFJ 2009 p. 320).

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 alors 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 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.).

3.

Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

3.1. Dans un premier grief, la recourante invoque une violation de la «loi sur la transparence de l'administration». Elle soutient que la Dresse AD.\_\_\_\_\_ est systématiquement mandatée pour réaliser des expertises bidisciplinaires et que son indépendance vis-à-vis des organes de l'assurance-invalidité serait dès lors douteuse. Elle demande dès lors à connaître le nombre d'expertises (mono- et/ou bidisciplinaires) réalisées par cette rhumatologue pour le compte de l'assurance-invalidité pour les années 2012 à 2016 (respectivement dans le cadre de ses activités au profit de Z.\_\_\_\_\_) et s'il s'agit de son activité principale. Elle se réserve le cas échéant la possibilité de demander la récusation de ce médecin.

3.1.1. Les motifs de prévention pour un expert sont identiques à ceux qui valent pour le juge (ATF 137 V 210 consid. 2.1.3; 132 V 93 consid. 7.1). Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 et 30 al. 1 Cst., les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Elle n'impose pas la récusation seulement lorsqu'une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération; les impressions purement individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (cf. ATF 143 IV 69 consid. 3.2; 132 V 93 consid. 7.1 et les arrêts cités).

En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. p. ex. art. 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5; arrêt TF I 20/05 du 30 juin 2006 consid. 2.2). Il en va par exemple d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière, laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de méfiance quant à l'impartialité de ce dernier. L'impartialité subjective – qui est présumée jusqu'à preuve du contraire – assure à chacun que sa cause sera traitée sans acception de personne.

3.1.2. En s'appuyant sur une jurisprudence abondante et bien établie, le Tribunal fédéral a retenu que ni le volume des mandats et des honoraires ni même un rapport de travail n'est de nature à lui seul à créer une dépendance de l'expert par rapport à un assureur social (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3; arrêts TF 8C\_616/2017 du 14 décembre 2017 consid. 6.1, 8C\_354/2016 du 25 octobre 2016 consid. 5.2 et 5.3 et les arrêts cités). Même à supposer que la Dresse AD.\_\_\_\_\_ est régulièrement mandatée par l'assurance-invalidité pour réaliser des expertises dans le cadre de ses activités professionnelles, ce simple fait ne constitue par conséquent pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à un manque d'objectivité ou à une partialité de sa part, quand bien même elle en retirerait l'entier de ses revenus (cf. arrêt TF 9C\_304/2010 du 12 mai 2010 consid. 2.2 et 9C\_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4).

La recourante n'apporte par ailleurs aucun élément (autre que ses impressions purement subjectives) permettant de douter de l'indépendance de ce médecin, qui a au demeurant confirmé avoir disposé d'une totale liberté lors de l'expertise (cf. expertise de Z. \_\_\_\_\_, p. 2). Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête de renseignements présentée par la recourante (notamment sur le nombre de mandats d'expertise confiés à la Dresse AD. \_\_\_\_\_ par l'assurance-invalidité ces dernières années), les informations requises ne constituant pas une preuve pertinente (voir 8C\_467/2014 du 29 mai 2015 consid. 5, publié in SVR 2015 IV n° 34 p. 108). Contrairement à ce que semble croire la recourante, la loi sur le principe de la transparence dans l'administration (LTrans; RS 152.3) ne lui donne à cet égard aucun droit supplémentaire. Il n'existe dès lors aucun motif de récusation contre ce médecin.

3.1.3. L'on ajoutera que l'art. 72<sup>bis</sup> RAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012, prévoit que les expertises pluridisciplinaires sont confiées, par le biais d'une attribution aléatoire des mandats, à des centres d'expertises médicales liés à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par convention afin de garantir des critères et des contrôles de qualité. En 2016, année de l'expertise litigieuse, Z. \_\_\_\_\_ était l'un des 30 centres d'expertises à avoir conclu une telle convention avec l'OFAS en Suisse et l'un des sept centres installés en Suisse romande. Compte tenu de l'importante sous-capacité des centres d'expertises romands, l'attribution des mandats prend énormément de temps. Aussi, après la désignation des experts, l'office AI a expressément octroyé à la recourante un délai de dix jours pour soulever d'éventuels motifs de récusation contre ces derniers (communication du 29 avril 2016) afin de garantir les droits de l'assurée et une saine administration des moyens d'expertise à sa disposition.

En dépit de son courrier du 15 octobre 2015, dans lequel elle se réservait le droit de soulever de tels motifs, la recourante n'a élevé aucun grief (formel ou matériel) contre les médecins désignés, en particulier contre la Dresse AD. \_\_\_\_\_. Dès lors, comme le souligne à juste titre l'office AI dans sa réponse, on ne saurait admettre qu'une personne assurée laisse la procédure suivre son cours sans réagir, dans le seul but de se réserver un motif de récusation pour le cas où les conclusions de l'expertise ne le satisferaient pas. Des manœuvres dilatoires de cette sorte sont inadmissibles.

Le grief de la recourante doit par conséquent être rejeté en raison tant de l'absence d'une cause de récusation (consid. 3.1.2. supra) que de la tardiveté des motifs soulevés (consid. 3.1.3.).

3.2. La recourante s'en prend ensuite aux conclusions des médecins de Z. \_\_\_\_\_ suivies par le SMR. Elle affirme pour l'essentiel que le «diagnostic» posé par ceux-ci ne correspond pas du tout aux exigences posées par le Tribunal fédéral en cas de trouble somatoforme douloureux.

3.2.1. Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux – ou d'une affection psychosomatique assimilée – suppose, en premier lieu, la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'un examen global, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). 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 la personnalité de l'assuré 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 (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend ensuite 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 (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) 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. 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 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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

3.2.2. Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves développée dans le cadre de la jurisprudence relative aux syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (consid. 3.2.1. supra) à l'ensemble des maladies psychiatriques (ATF 143 V 418). Une telle évaluation est cependant superflue lorsqu'une incapacité de travail peut être niée de manière motivée et compréhensible sur la base de rapports médicaux probants émanant de spécialistes, et que d'éventuelles appréciations médicales contradictoires peuvent être écartées faute de qualifications médicales

suffisantes de leurs auteurs ou pour d'autres motifs (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3; 143 V 418 consid. 7.1).

3.2.3. Dans le rapport d'expertise du 28 septembre 2016, les médecins de Z. \_\_\_\_\_ ont conclu à l'absence d'une atteinte significative sur les plans psychiatrique ou somatique et, par conséquent, à une capacité de travail totale de la recourante dans son activité habituelle de caissière.

Cette expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. Elle se fonde sur des examens cliniques complets, menés personnellement par chacun des experts, et des analyses complémentaires de laboratoire (examen sanguin, monitoring médicamenteux et rapport de laboratoire). Les plaintes subjectives ont été exposées de manière détaillée et, contrairement à ce que prétend la recourante, dûment prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions soignées et bien motivées. La motivation concernant les diagnostics retenus, qui reposent sur un système de classification intentionnellement reconnu (CIM-10), et l'évaluation de la capacité de travail font l'objet de considérations approfondies. Cette expertise revêt ainsi une pleine valeur probante au regard des critères usuels posés en la matière par la jurisprudence (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a).

La recourante n'apporte ensuite aucun élément objectif susceptible de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise.

Dans le rapport du 28 septembre 2016, les médecins de Z. \_\_\_\_\_ ont tout d'abord expliqué de manière convaincante que l'assurée présentait – sur le plan rhumatologique – des lombalgies communes banales, sans incidence sur sa capacité de travail. Sur les plans ostéoarticulaire, rachidien et périphérique, le status était en effet parfaitement en ordre (à l'exception d'une douleur à la mobilisation du rachis, mais sans contracture musculaire paravertébrale dorsolombaire et donc sans limitation fonctionnelle) et il n'existait aucun argument en faveur d'un rhumatisme inflammatoire. La mobilité de l'épaule gauche était par ailleurs physiologique (et indolore), le poignet gauche (entorse en février 2014; avis de la Dresse W. \_\_\_\_\_ du 15 avril 2014 [dossier CNA]) était dans la norme et rien ne permettait de confirmer la suspicion d'un syndrome douloureux régional complexe (CRPS) de type II au membre inférieur (mentionné par le Dr U. \_\_\_\_\_; voir p. ex. avis du 21 octobre 2013).

Quant aux discrets signes dégénératifs des sacro-iliaques (respectivement du rachis) décrites à l'imagerie (IRM du rachis lombaire), elles étaient minimes et clairement insuffisantes pour justifier l'intensité des lombalgies rapportées par l'intéressée. Sur le plan neurologique, le Dr AC. \_\_\_\_\_ a ajouté qu'il n'y avait aucun élément en faveur d'une anomalie significative au niveau cérébral et rachidien (en dépit de l'hémisyndrome brachio-cubital sensitivo-moteur gauche du 17 octobre 2014); au contraire, l'examen clinique avait été dominé par une nette discordance entre les plaintes de l'assurée et sa capacité à utiliser spontanément (et tout à fait normalement) ses deux hémicorps.

Aussi, rien ne vient corroborer l'affirmation de la recourante selon laquelle un « nerf aurait été touché » lors de l'intervention chirurgicale du 23 novembre 2012. Pour le surplus, les médecins de Z. \_\_\_\_\_ ont indiqué que l'asthme bronchique de la recourante était bien contrôlé et les auto-sondages vésicaux également bien gérés. Contrairement au Dr S. \_\_\_\_\_ (avis du 22 octobre 2013 et du 14 octobre 2015), ils ont de plus affirmé de manière convaincante que les quatre (voire cinq) auto-sondages quotidiens n'entraînaient en principe pas une baisse de



rendement. Il s'agit au demeurant d'un geste relativement simple et accessible à la recourante sans grande difficulté, à condition de disposer de toilettes suffisamment grandes pour manipuler la sonde dans de bonnes conditions.

Sur le plan psychiatrique, les experts de Z. \_\_\_\_\_ ont confirmé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, puis nié l'incidence de cette affection psychique sur la capacité de travail de la recourante.

A cet égard, les experts sont clairs quant à l'absence de limitations fonctionnelles, mentionnant au contraire une tendance de la recourante à solliciter une aide et une sollicitude accrue de la part de son mari en raison d'une symptomatologie dépressive qu'elle attribue à ses douleurs chroniques (sur ce point, voir ég. avis du psychiatre conseil de la CNA du 21 août 2014, p. 5 s.), ainsi qu'une nette discordance lors de l'examen neurologique entre l'importance des plaintes et les constatations objectives. Il n'existe par ailleurs selon les experts ni comorbidité psychiatrique grave (éventuellement un trouble dissociatif mixte depuis 2014; voir avis du Dr U. \_\_\_\_\_ du 26 février 2015) ni trait ou trouble de la personnalité pathologique. Au contraire, l'assurée dispose d'un bon contact relationnel, est calme, bien entourée par ses amis et sa famille et ne présente – contrairement aux constatations du Dr R. \_\_\_\_\_ – aucun signe des lignées dépressive ou anxieuse.

Qui plus est, sous l'angle de la cohérence, elle est restée active (voire «tonique» selon le psychiatre conseil de la CNA): elle prépare les repas, range l'appartement familial, fait du repassage, délègue les tâches ménagères lourdes et les courses importantes à son mari, partage ses tâches administratives avec son époux, s'occupe des animaux domestiques, conduit une voiture automatique sur des trajets qui n'excèdent par une demi-heure, pratique la peinture, la pyrographie, etc. Il n'y a dès lors aucun élément en faveur d'une incapacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique, comme l'avait déjà relevé le médecin conseil de la CNA (avis du 21 août 2014, p. 6). Les arguments de la recourante reposent d'ailleurs sur sa propre appréciation de la situation et non sur des moyens de preuve concrets.

En dépit du degré de gravité minimal inhérent à un trouble somatoforme douloureux, des différentes interventions chirurgicales subies par la recourante ces dernières années, qui ont entraîné de courtes incapacités de travail et qui s'expliquent essentiellement par la surcharge psychique qui a exercé une influence majeure sur le tableau algique, et de l'hémisindrome brachio-cubital sensitivo-moteur gauche notamment, c'est par conséquent à raison que l'office intimé a retenu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle.

3.2.4. Contrairement à ce que soutient la recourante, on ajoutera encore que rien n'indique que les médecins de Z. \_\_\_\_\_ n'auraient pas tenu compte de l'ensemble de l'avis de ses médecins traitants, obtenu son consentement avant de procéder aux différents examens cliniques (respectivement analyses de laboratoire) ou qu'ils ne lui auraient pas expliqué le but de ces différentes investigations médicales (lequel ressortait par ailleurs déjà de la procédure en cours qu'elle a elle-même initiée).

Les médecins ont de plus proposé à la recourante d'informer ses médecins traitants qu'ils étaient disposés à les rencontrer s'ils le désiraient (convocation du 17 mai 2016). Elle ne saurait dès lors reprocher aux experts de n'avoir pas discuté de leurs conclusions avec ces derniers, notamment son psychiatre traitant, alors qu'elle-même (respectivement ses médecins traitants) n'a pas jugé cette mesure utile jusqu'à la remise de l'expertise.

4.

Cela étant, l'audition des médecins traitants de la recourante ou la réalisation de tests psychologiques complémentaires apparaissent inutiles et la requête formulée en ce sens par la recourante doit être rejetée. Il n'y a pas lieu non plus de requérir le dossier de la procédure pénale ouverte par l'assurée à la suite de l'intervention ambulatoire du 23 novembre 2012.

5.

Au vu des éléments qui précèdent, l'on doit retenir que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail sur les plans physique et psychique.

Mal fondé, le recours (605 2017 27) doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

Dans la mesure où le recours était d'emblée dénué de chance de succès - au vu, notamment, des seules et succinctes contestations de principe formulées dans le cadre du recours, non seulement sans la moindre tentative d'explication, mais probablement également à des fins dilatoires - la requête d'assistance judiciaire (605 2017 28) doit être rejetée.

Succombant, la recourante, au demeurant copropriétaire, avec son époux, d'une maison estimée à plus de CHF 400'000.-, supportera les frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

## la Cour arrête:

- I. Le recours (605 2017 27) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire (605 2017 28) est rejetée.
- III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.
- V. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

*Fribourg, le 21 août 2018 /obl*

Le Président :

Le Greffier-stagiaire :