



**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
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2018 132

Arrêt du 17 décembre 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Olivier Bleicker, Marc Sugnaux
Greffière-stagiaire : Tania Chenaux

Parties

A. _____, **recourante**, représentée par Me Charles Guerry,
avocat

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (rente d'invalidité)

Recours du 15 mai 2018 contre la décision du 19 avril 2018

considérant en fait

A. A. _____, ressortissante portugaise née en 1989, mariée et mère d'un enfant, a travaillé comme gestionnaire de commerce de détail à 100 % auprès de la société B. _____ Sàrl (du 24 août 2010 au 31 juillet 2013). A la suite de l'apparition de douleurs lombaires, elle a subi une intervention chirurgicale le 18 juin 2012 (spondylodèse percutanée). Le 13 novembre 2012, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Le 21 novembre 2012, elle a indiqué à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : l'office AI) qu'elle était en arrêt de travail à 50 % pour des activités de bureau jusqu'à fin janvier 2013. Les 15 juillet et 20 août 2013, le Dr C. _____, spécialiste en neurochirurgie, a diagnostiqué une discopathie dégénérative douloureuse. Le 18 septembre 2013, A. _____ a subi une arthrodèse lombaire intersomatique par voie antérieure (ALIF, «Anterior Lumbar Interbody Fusion») L4-L5 et L5-S1. Dans un avis du 12 novembre 2013, le Dr C. _____ a relevé que l'évolution post opératoire avait été parfaite jusqu'à fin octobre 2013; l'assurée avait ensuite recommencé à souffrir de douleurs lombaires et de minimes douleurs dans les membres inférieurs. Le 6 mars 2014, le chirurgien a confirmé que l'assurée se plaignait de douleurs lombaires en augmentation, surtout le matin. Puis, le 22 mai 2014, il a noté que l'assurée faisait état de la réapparition de crispations et de douleurs lombaires avec irradiation (diffuse et mal systématisée) dans les membres, accompagnées de fortes crispations de la musculature paravertébrale lombaire.

L'Office AI a soumis l'assurée à une expertise orthopédique. Dans un rapport établi le 11 février 2015, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué – avec répercussion sur la capacité de travail – une probable instabilité discale résiduelle L4-L5 et L5-S1 (sur status post lyse isthmique L5-S1 bilatérale sans spondylolisthésis le 27 mai 2012, status post spondylodèse L5-S1 par voie postérieure le 18 juin 2012 et sur un status post spondylodèse L4-L5 et L5-S1 par voie antérieure le 18 septembre 2013); le médecin a indiqué qu'il n'avait pas pu procéder à des examens radiographiques en raison de la grossesse de l'assurée. Selon l'expert, A. _____ aurait pu reprendre son activité habituelle à 100 % avec une baisse de rendement de 10 % dès le 31 juillet 2013 (sous réserve d'une incapacité de travail totale de travail du 18 septembre au 18 décembre 2013, soit pendant les trois mois qui ont suivi l'arthrodèse lombaire).

Le 28 avril 2015, le Dr C. _____ a exposé les motifs pour lesquels il doutait du sérieux des conclusions de l'expertise. Le 16 mai 2015, le Dr D. _____ a observé que son confrère ne mettait en cause ni les limitations fonctionnelles ni les capacités de travail médico-théoriques retenues; aucun point fondamental de l'expertise n'était par ailleurs critiqué. Le 15 juillet 2015, le Dr E. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a constaté que les critères de qualité attendus d'une expertise médicale étaient remplis et recommandé de suivre les conclusions du Dr D. _____; les critiques du Dr C. _____ ne portaient en effet que sur des points de détail et de terminologie médicale.

Après la naissance de sa fille, l'assurée a indiqué à l'office AI le 24 décembre 2015 que ses douleurs avaient augmenté. Le 27 avril 2016, le Dr F. _____, chiropraticien spécialisé, a confirmé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé (épisodes de blocage) et que sa patiente ne pouvait selon lui plus exercer son activité habituelle de gestionnaire de commerce; elle pouvait

en revanche exercer une activité adaptée (permettant de changer de position toutes les 30 minutes, sans port de charges et avec des pauses fréquentes).

Le 29 juillet 2016, l'office AI a, en se fondant sur les conclusions du Dr D. _____, indiqué à l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations. A. _____ s'est opposée à ce projet de décision, faisant valoir qu'elle souffrait de blocages qui apparaissaient du bassin jusqu'au bout des pieds (l'obligeant à s'arrêter totalement pendant une à deux heures et à rester allongée) et que les tâches les plus simples lui devenaient énormément difficiles. L'office AI a ensuite recueilli l'avis des docteurs G. _____, spécialiste en médecine interne générale, rhumatologie et médecine physique et réadaptation (du 12 octobre 2016), et H. _____, médecin assistant auprès de I. _____ (du 11 mai 2017). Dans ce dernier avis, le docteur H. _____ a diagnostiqué une spondylarthropathie axiale avec sacro-iliite gauche HLA-B27 négatif (confirmée à l'IRM du 20 janvier 2017) et un status post spondylodèse L5-S1 dans le cadre d'une discopathie lombaire et d'une spondylolisthésis (opérée en juin 2010 et septembre 2013); le médecin a indiqué qu'il avait besoin d'attendre la réponse de l'assurée au traitement biologique (Cosentix) instauré dès le 1^{er} mai 2017 pour se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée. Le 30 mai 2017, le Dr H. _____ a maintenu qu'il serait souhaitable d'attendre la réponse de l'assurée au traitement médicamenteux avant de se prononcer plus en détail sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée.

L'office AI a ensuite soumis l'assurée à une expertise rhumatologique. Dans un rapport établi le 16 février 2018, le Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué – avec répercussion sur la capacité de travail - une fibromyalgie; d'un point de vue rhumatologique, l'assurée pouvait travailler à 100 % dans son activité habituelle, avec une diminution de rendement de 20 % depuis le 18 décembre 2013. Par décision du 19 avril 2018, l'office AI a, en se fondant sur les expertises des docteurs D. _____ et J. _____, rejeté la demande de prestations.

B. Contre cette décision, A. _____, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut à l'annulation de la décision du 19 avril 2018 et au renvoi de la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise psychiatrique.

Dans sa réponse du 3 juillet 2018, l'office AI conclut au rejet du recours.

Le 6 août 2018, l'assurée dépose la prise de position détaillée du Dr K. _____, médecin-chef du service de rhumatologie de I. _____.

Dans ses observations finales du 14 août 2018, l'office AI maintient les conclusions en rejet du recours.

Le 5 septembre 2018, le mandataire de l'assurée produit sa liste de frais et la facture du Dr K. _____ pour la rédaction de l'avis du 6 août 2018 (CHF 1'500.-).

Le 11 juillet 2019, l'institution de prévoyance (PKG Pensionskasse) renonce à prendre position.

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.

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.

2.1. 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.

2.2. 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.

Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

3.1. Invoquant une constatation inexacte des faits pertinents, la recourante reproche tout d'abord à l'office intimé de n'avoir pas ordonné la réalisation d'une expertise psychiatrique. Elle fait

valoir que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique (fibromyalgie) suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu. En s'appuyant sur la prise de position du Dr K. _____ du 6 août 2018, elle soutient que l'expertise du Dr J. _____ est par ailleurs lacunaire et repose sur une analyse biaisée de sa situation médicale. Elle demande dès lors également la réalisation d'une nouvelle expertise rhumatologique.

L'office AI s'oppose à la réalisation de nouvelles expertises, rhumatologique ou psychiatrique. Il fait valoir que la recourante n'a pas consulté un psychiatre et qu'aucun des médecins traitants n'a mentionné le moindre problème psychique ces dernières années. Selon l'office intimé, il n'existe par ailleurs aucun élément en faveur d'une interférence des troubles rhumatologiques avec des troubles psychiques d'une certaine gravité. Au contraire, la recourante n'a jamais consulté un psychiatre, a pu mener une vie de famille harmonieuse en donnant naissance à son premier enfant en 2015 et a maintenu ses loisirs (promenade, piscine) en les adaptant à ses atteintes somatiques. Quant à la prise de position du Dr K. _____, le rôle de l'expert n'était pas de poser un diagnostic mais d'objectiver les limitations fonctionnelles découlant des atteintes à la santé et de fixer la capacité de travail de l'assurée compte tenu de celles-ci.

3.2. Conformément à l'art. 61 let. c LPGA, il appartient au juge des assurances sociales d'examiner librement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a).

En procédure administrative, un fait est en principe tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation (preuve stricte). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et la référence). Si le juge est convaincu que certains faits présentent un tel degré de vraisemblance et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il peut renoncer à procéder à des mesures d'instruction (appréciation anticipée des preuves; voir ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

3.3.

3.3.1. A titre préalable, il convient de constater que la recourante se plaint principalement de douleurs présentant un rythme nyctéméral, avec une exacerbation vespérale (avis du Dr H. _____ du 11 mai 2017 ch. 1.4), associées à des raideurs matinales (avis du Dr H. _____ du 11 mai 2017 ch. 1.4 et du Dr J. _____ p. 9) et à des sensations de blocage

plusieurs fois par jour (avis du Dr H. _____ du 11 mai 2017 ch. 1.4). Elle mentionne par ailleurs une perte de force dans les deux jambes (expertise du Dr D. _____, p. 10 et p. 19), la sensation de coups de couteau intermittents dans la région lombaire (expertise du Dr D. _____, p. 19 s.), des douleurs abdominales depuis mai 2014 (expertise du Dr D. _____, p. 19 et du Dr J. _____ p. 14), ainsi que des arthrites et enthésites migrantes (plutôt symétriques, axiales et périphériques atteignant diverses articulations principalement le dos, les genoux, les talons et les mains; avis du Dr H. _____ du 11 mai 2017 ch. 1.4).

En présence de telles douleurs inflammatoires poly-articulaires, le diagnostic différentiel est nécessairement large (polyarthrites rhumatoïdes, polyarthrites paranéoplasiques, polyarthrites septiques, polyarthralgies sans arthrites pouvant mimer le tableau clinique d'une polyarthrite, symptômes cutanés, maladie dermatologique, maladie auto-immune, etc.) et un diagnostic ne peut être établi qu'avec prudence. Typiquement, en présence d'une jeune femme de 30 ans se plaignant de douleurs chroniques et présentant un tableau clinique syndromique, les critères d'une classification internationalement reconnue (mentionnés par le médecin du SMR le 30 août 2017) sont rarement d'une grande utilité pratique. En particulier, la recourante est vraisemblablement trop jeune pour présenter des lésions structurelles articulaires qui justifieraient le diagnostic d'une spondylarthrite avec atteinte périphérique. Le médecin devra par conséquent nécessairement se positionner par rapport aux étiologies les plus courantes, en s'aidant d'un modèle de prédiction. Aussi, on ne saurait suivre le docteur K. _____ lorsqu'il reproche dans sa prise de position du 6 août 2018 à l'expert J. _____ d'avoir effectué une anamnèse ciblée en fonction d'un diagnostic envisagé.

3.3.2. Il reste à examiner si des circonstances bien établies viennent ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions de l'expertise du Dr J. _____ (ATF 142 IV 49 consid. 2.1.3; 136 II 539 consid. 3.2 et les références), comme le soutient la recourante.

3.3.2.1. Il s'agit d'examiner en premier lieu si l'expertise du Dr J. _____ contient les éléments suffisants, ce que conteste le Dr K. _____ (prise de position du 6 août 2018), pour se prononcer en toute connaissance de cause sur l'existence d'une atteinte à la santé au sens de la LAI et de la LPGA. Il s'agit singulièrement de rechercher les éléments fondant les critères de prédiction dits de Leiden (voir SARAUX ET AL., Les critères de classification et/ou de prédiction de la polyarthrite rhumatoïde, Revue du rhumatisme, 2010, p. 14), soit le modèle de prédiction le plus généralement utilisé en présence de douleurs inflammatoires poly-articulaires. Ces critères se fondent sur les éléments suivants: âge, genre, topographie, raideur matinale, nombre d'articulations douloureuses, nombre d'articulations tuméfiées, protéine C réactive (CRP, «C-reactive-protein»), facteur rhumatoïde et anticorps anti-CCP (anticorps anti-peptides citrullinés).

A ce propos, la répétition lors de l'expertise rhumatologique de la détermination des auto-anticorps, notamment des anti-CCP, et de la CRP (avec un seuil de détection de 5mg/l, conforme au modèle de prédiction de Leiden), était justifiée. Même si les résultats des analyses étaient prévisibles (le docteur K. _____ mentionne la probabilité d'une séroconversion de l'ordre de 1.3 à 8.9 % à 60 mois pour les anti-CCP), il s'agit d'éléments de prédiction importants (voir p. ex. BAS, Utilité des anticorps antiprotéines citrullinées dans le diagnostic et le pronostic de la polyarthrite rhumatoïde, Revue médicale suisse, 2005, p. 674 ss). La répétition de ces examens de laboratoire entre par conséquent dans la marge d'appréciation qu'il convient nécessairement de reconnaître à tout expert médical.

La recherche d'anticorps anti-cytoplasme des neutrophiles (ANCA, «antineutrophil cytoplasmic antibodies») est en revanche plus surprenante, car rien dans le dossier ne paraissait rendre nécessaire la recherche de vasculite (LURATI RUIZ et al., Intérêt des ANCA en clinique, Revue médicale suisse, 2003, p. 830 ss). Le résultat (négatif) de cette analyse n'a cependant joué aucun rôle dans les conclusions de l'expertise. Il n'appartient dès lors pas à la Cour d'élever des suppositions sur les motifs pour lesquels cette analyse a été demandée. On relèvera néanmoins que la littérature médicale mentionne que des arthralgies peuvent être causées par une vascularite systémique associée aux ANCA (PAGNOUX ET AL., Polysynovite récidivante non destructrice chez des patients atteints de vascularite p-ANCA-positives avec anticorps anti-CCP, Revue du rhumatisme, 2010, p. 625 ss) et qu'une telle analyse de laboratoire est dès lors justifiée lors d'un examen médical initial. On ne saurait dès lors retenir, comme le soutient le Dr K. _____, que la recherche de ce marqueur biologique dénoterait que le Dr J. _____ ne possédait pas des connaissances rhumatologiques «à la hauteur» (prise de position du 6 août 2018, p. 2). En tout état de cause, la mise en œuvre des différentes analyses de laboratoire demandées par le Dr J. _____ n'était ainsi pas d'emblée dénuée de toute pertinence.

3.3.2.2. Contrairement à ce que soutient le Dr J. _____, la présence de marqueurs biologiques spécifiques (CRP, anti-CCP, etc.), respectivement la citrullination des protéines synoviales, n'apparaît ensuite pas comme un élément spécifique d'une polyarthrite rhumatoïde. Il s'agit uniquement d'un critère de prédiction parmi d'autres et qui tend de surcroît à perdre de l'importance (voir critères de prédiction ACR/EULAR 2010 ; ALETAHA ET AL., 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative, Arthritis & Rheumatology, 2010, p. 2569 ss). Or, comme le fait valoir le Dr K. _____, l'expert a donné dans ses conclusions une importance disproportionnée à «l'absence d'éléments objectifs au laboratoire et aux examens radiologiques» (expertise, p. 14). Outre que les examens radiologiques négatifs n'ont que peu d'intérêt, au regard du jeune âge de l'assurée (moins de 30 ans au moment de l'évaluation clinique), l'expert ne saurait être suivi lorsqu'il retient que «l'absence de résultats des traitements biologiques et des AINS, l'absence d'élévation de la CRP sauf lors d'épisodes infectieux banals, l'absence d'antigène HLA-B27, l'absence de tuméfaction articulaire ni d'épanchement objectivable, l'anamnèse personnelle et familiale négative pour le psoriasis» rendaient l'hypothèse diagnostique d'une spondylarthropathie peu probable. Ces constatations sont en effet insuffisantes pour exclure un diagnostic de polyarthrite (p. ex. une spondylarthropathie avec atteintes périphériques) et devaient nécessairement être assorties d'une discussion détaillée des (autres) éléments prédictifs en faveur (ou en défaveur) d'une polyarthrite, soit la topographie (atteintes aux mains et aux pieds, atteinte symétrique, atteinte des extrémités supérieures et inférieures), la raideur matinale, le nombre d'articulations douloureuses, le nombre d'articulations tuméfiées et les facteurs rhumatoïdes. En d'autres termes, dans la mesure où le docteur K. _____ (respectivement les médecins de son service à I. _____) a constamment mentionné une maladie polyarthrite séronégative, les critères biologiques (négatifs) constatés par l'expert ne permettaient nullement d'exclure une polyarthrite inflammatoire. On ne saisit dès lors pas à la lecture de l'expertise les motifs pour lesquels le Dr J. _____ a opté pour une polyarthralgie sans arthrite pouvant mimer le tableau clinique d'une polyarthrite (soit une fibromyalgie) car des douleurs de l'ensemble des éléments anatomiques de la moitié supérieure du bassin et l'absence de réponse à tous les antalgiques et AINS ne suffisent manifestement pas à exclure une spondylarthropathie. Quant aux points de fibromyalgie positifs, observés par le Dr J. _____, le Dr K. _____ indique de manière convaincante que la différenciation entre ceux-ci et des points d'enthésites est difficile; soulignant

que l'expert n'avait même pas envisagé (respectivement évoqué) la possibilité qu'il puisse s'agir d'enthésites dans le cadre d'une spondylarthropathie (prise de position du 6 août 2018, p. 2 et la note de bas de page n° 5). Il n'appartient dès lors pas à la Cour de se substituer à l'avis d'un expert pour déterminer si les éléments observés par le Dr J. _____ sont des points de fibromyalgie ou d'enthésites (atteinte inflammatoire d'une enthèse).

3.3.2.3. Contrairement à ce que voudrait le Dr J. _____, on ne saurait enfin s'affranchir d'une étiquette diagnostique au motif que l'expert s'est déclaré en mesure de déterminer une capacité de travail sur le plan rhumatologique «indépendamment du diagnostic qui sera finalement retenu par [les] médecins traitants». En effet, la fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, d'un point de vue juridique d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4). Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, la reconnaissance d'une invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'un trouble somatoforme douloureux (ou d'autres troubles assimilés) suppose par conséquent au préalable qu'un diagnostic psychiatrique relevant de ce champ pathologique ait été posé selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2). Aussi, quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, la jurisprudence exige le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie pour établir de manière objective si la personne concernée présente un état douloureux qui n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Le fait que les douleurs sont «stables et n'ont pas empêché le déroulement de l'expertise, bien que [l'assurée] n'ait pris aucun antalgique ni AINS le jour de l'expertise» ne suffit dès lors nullement en l'absence de la prise de position motivée d'un psychiatre à retenir une capacité de travail entière, avec une baisse de rendement de 20 %. Cette affirmation repose en effet essentiellement sur la présomption, abandonnée par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5), qu'un trouble somatoforme douloureux (ou à un autre trouble assimilé) n'entraînerait en règle générale par de répercussion sur la capacité de travail. En d'autres termes, le caractère (ou non) invalidant d'une fibromyalgie (assimilée d'un point de vue juridique à un trouble somatoforme douloureux) doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs définis par la jurisprudence, au sein desquels figurent en particulier les limitations fonctionnelles et les ressources (ATF 143 V 409 consid. 4.4.), et suppose la mise en œuvre au préalable d'une expertise psychiatrique.

On ajoutera que les conclusions du Dr K. _____, qui reposent pour l'essentiel sur la manière dont la recourante ressent et assume ses douleurs, ne suffisent pas non plus pour se prononcer utilement sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Les conclusions du médecin devraient également nécessairement être complétées par les conclusions motivées d'un psychiatre.

3.4. Ensuite des considérations qui précèdent, il n'existe en l'espèce pas suffisamment d'éléments au dossier pour permettre à la Cour de déterminer si la recourante présente une atteinte psychiatrique (trouble somatoforme douloureux / fibromyalgie) ou rhumatismale non radiologique (spondylarthropathie) et les effets de cette atteinte à la santé sur sa capacité de travail. Contrairement à ce que propose le Dr K. _____, il n'appartient en outre pas à la Cour de céans de s'essayer à confirmer le diagnostic de spondylarthropathie avec atteintes périphériques au moyen d'un questionnaire en ligne créé par une association de médecins spécialisés en rhumatologie («The Assessment of SpondyloArthritis international Society»). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé (avec répercussion sur la capacité de travail) suppose

qu'un médecin pose un diagnostic, en s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu. Or l'office intimé a insuffisamment investigué les atteintes à la santé présentées par le requérant. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI pour qu'il mette en œuvre une expertise multidisciplinaire (médecine interne générale, rhumatisme et psychiatrique ; Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI], ch. 2077), cette solution apparaissant comme la plus opportune (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1). Dans cette mesure, la valeur probante de l'expertise du Dr D. _____ peut rester ouverte, la cause n'étant en l'état pas suffisamment instruite sur un plan médical.

4.

Au vu des éléments qui précèdent, le recours doit être admis, la décision du 19 avril 2018 annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle mette en œuvre les mesures d'instruction qui s'imposent sur le plan médical de concert avec le médecin de son SMR (CPAI, ch. 2075), puis rende une nouvelle décision.

5.

5.1. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI), les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais, du même montant, sera restituée à la requérante après l'entrée en force du présent arrêt.

5.2. Le renvoi de la cause vaut gain de cause s'agissant de l'octroi des dépens (cf. ATF 133 V 450 consid. 13; 132 V 215 consid. 6.1). Partant, la requérante a droit à une indemnité pour ses frais et dépens, conformément à l'art. 61 let. g LPGA.

Le mandataire a produit une note de frais exposant chacune des opérations effectuées (du 1^{er} mai au 5 septembre 2018) et précisant le temps requis. La note de frais totalise CHF 2'497.30 (CHF 2208.35 d'honoraires pour 530 minutes au tarif de CHF 250.-/heure, CHF 110.40 de débours et CHF 178.55 de TVA) et apparaît adaptée à la difficulté du cas (art. 146ss du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1] et art. 8ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif/JA; RSF 150.12]). Elle sera dès lors mise à la charge de l'office intimé.

La requérante demande de plus la prise en charge par l'office intimé de la note d'honoraire (du 31 août 2018) du Dr K. _____, soit CHF 1500.-. La prise de position détaillée du médecin du 6 août 2018 s'est révélée utile à la résolution du litige puisqu'elle participe au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. Il se justifie par conséquent d'admettre la conclusion de la requérante tendant à la prise en charge par l'office AI de la note d'honoraire établie par le médecin, ces frais faisant partie des dépens (ATF 115 V 62 consid. 5c; arrêt 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.3). Il appartiendra cependant à l'office AI de vérifier que le montant réclamé (CHF 1500.-) est justifié par la tarification médicale applicable.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision du 19 avril 2018 est annulée et la cause est renvoyée à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. L'avance de frais de CHF 800.-, effectuée le 30 mai 2018, sera restituée à la recourante après l'entrée en force du présent arrêt.

III. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'497.30 (dont CHF 178.55 au titre de la TVA) et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg versera également en mains du mandataire de la recourante les frais du rapport établi le 6 août 2018 par le Dr K. _____ après vérification de la conformité du montant réclamé (CHF 1500.-) au regard de la tarification médicale applicable.

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 17 décembre 2019/obl

Le Président :

La Greffière-stagiaire :