

## **FR\_GERICHTE 605 2013 12 vom 26. Januar 2015**

FR Kantonsgericht, 2015-01-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2013\\_12](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_12)

FR: FR\_GERICHTE 605 2013 12 du 26 janvier 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2013 12 del 26 gennaio 2015

### **Regeste**

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

### **Volltext**

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](http://www.fr.ch/tc) — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2013 12 Arrêt du 26 janvier 2015 Ie Cour des assurances sociales Composition Présidente: Anne-Sophie Peyraud Juges: Josef Hayoz, Erika Schnyder Greffier-stagiaire: Leonardo Roux Parties A. \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me Sébastien Pedroli, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité Recours du 28 janvier 2013 contre la décision du 12 décembre 2012 Tribunal cantonal TC Page 2 de 10 considérant en fait A. A. \_\_\_\_\_, née en 1966, domiciliée à B. \_\_\_\_\_, d'origine albanaise mais de nationalité suisse, mère de quatre enfants, couturière de formation, a été victime d'un accident de la circulation en 1995, ayant entraîné une entorse au poignet droit. Par la suite, elle a subi divers autres accidents et a développé des douleurs chroniques du poignet ainsi que des lombalgies, accompagnées d'un trouble dépressif récurrent. Une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, présentée le 27 janvier 2005, a été rejetée par décision du 20 septembre 2007 de l'Office AI du canton de Fribourg (ci-après : OAI), passée en force. Depuis cet épisode, l'assurée a repris une activité lucrative dans son dernier emploi, à raison de quatre heures par jour auprès de l'Office du livre (de février 2010 à janvier 2011), dont elle a été licenciée pour absentéisme récurrent. Alléguant une péjoration de son état de santé, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI en date du 24 août 2011. Dans son rapport médical du 20 octobre 2011, le médecin-psychiatre traitant de l'assurée, la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé le diagnostic de « personnalité psychotique, état dépressif récurrent, actuellement sévère, hémisyndrome sensitif gauche régressif suite à un problème cardiaque ». Le 28 octobre 2011, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, atteste que « la situation de cette patiente est stable. Il n'existe pas de déficit neurologique objectif ». Le 1er décembre 2011, le Service médical régional de l'AI pour les cantons de Berne, Fribourg, Soleure (ci-après : SMR), à qui le dossier a été soumis, a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé somatique, mais, s'agissant de l'état de santé psychique, à la nécessité de soumettre l'assurée à une nouvelle expertise psychiatrique. L'expertise psychiatrique a été réalisée le 4 juillet 2012 par le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il ressort du rapport d'expertise que l'assurée présente un état dépressif depuis 1998 déjà, après la naissance de son troisième enfant, et qu'elle a effectué un séjour en 2000 à la Clinique F. \_\_\_\_\_, où le diagnostic de « F 32.11 épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques » a été posé. Malgré l'hospitalisation et le traitement médicamenteux, son état de santé ne s'est pas amélioré et s'est même péjoré,

l'empêchant d'exercer une activité lucrative et la limitant sévèrement dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Néanmoins, l'expert n'a pas mis en évidence un manque de concentration, ni d'altération des fonctions cognitives. Après un examen minutieux de la situation psychique de la patiente, l'expert a conclu que les symptômes somatoformes ne remplissent pas les exigences de la jurisprudence pour constituer une incapacité de travail invalidante « Die oben zitierten Kriterien zur Beurteilung einer Invalidisierung durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sind sämtlich als nicht erfüllt zu betrachten (...) Alle diese Tatsachen erlauben es [à la recourante] daher aus rein psychiatrischer Sicht, ihre körperlichen Beschwerden und ihre Symptomatik inklusiv ihre akzentuierten Persönlichkeitszüge insoweit zu bewältigen und zu kontrollieren, so dass ihr bei ehrlicher Motivation und Willensanstrengung sowie entsprechender Prioritätensetzung jede ihrem Alter und ihrem Ausbildungsstand entsprechende Berufstätigkeit grundsätzlich vollzeitig zuzumuten wäre ». L'expert estime qu'il n'y a pas eu d'aggravation avérée de l'état de santé. Tout au plus admet-il une réduction de 20% au maximum du rendement en raison de la longue période de maladie et du déconditionnement, pour une année au plus. En résumé, l'expert conclut à une entière capacité de travail du seul point de vue psychique, dans les domaines du nettoyage, de travail en usine ou toute autre activité comparable. Des mesures de réadaptation sont envisageables, sous forme de poursuite du traitement psychothérapeutique. Fort de cette Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 expertise, le SMR a, le 14 août 2012, nié toute incapacité de travail invalidante. Dès lors, l'OAI a rejeté la demande de prestations par décision du 12 décembre 2012. B. L'assurée, représentée par Me Sebastien Pedroli, avocat, interjette recours contre cette décision, le 28 janvier 2013, complété par mémoire complémentaire déposé le 22 mai 2013. En substance, elle estime, d'une part, que le critère de comorbidité psychiatrique doit être retenu, contrairement à ce que soutient l'expert, en raison des troubles psychiatriques associés à une maladie primaire, en l'occurrence l'état dépressif récurrent dont elle souffre depuis de nombreuses années. D'autre part, les affections corporelles chroniques, la perte d'intégration sociale et l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires doivent être considérés comme pertinents et être également retenus. Enfin, elle reproche à l'OAI de s'être uniquement fondé sur le rapport d'expertise et de n'avoir pas pris en considération les avis médicaux des médecins qui l'ont suivie depuis de nombreuses années. Partant, elle estime avoir droit à une rente AI, subsidiairement à ce que le Tribunal ordonne une contre-expertise. Par décision du 26 septembre 2013, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale et Me Pedroli a été désigné en qualité de défenseur d'office. Dans ses observations du 20 novembre 2013, l'OAI relève qu'il s'est fondé sur le rapport d'expertise dont le médecin du SMR a confirmé la valeur probante et que l'assurée n'a pas versé au dossier de nouvelles pièces médicales confortant ses dires. L'OAI démontre que l'expertise sur laquelle il a fondé sa décision négative répond en tous points aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral (ci-après : TF) pour être prise en considération. De plus, l'OAI rappelle que ce n'est pas le travail que l'assurée estime être apte à remplir ou ses appréciations subjectives qui sont déterminants pour évaluer l'invalidité mais bien celui qui peut objectivement être exigible de sa part, en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre d'elle. Dans ses contre-observations, la recourante a maintenu ses conclusions. Appelée en cause, G. \_\_\_\_\_-Fondation collective pour la prévoyance professionnelle obligatoire a renoncé à faire valoir son droit d'être entendue par missive du 13 janvier 2014. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs

conclusions respectives, 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. Les dispositions de la 6e révision de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), en vigueur depuis le 1er janvier 2012, ne sont ici pas applicables. 3. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après 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 (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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi- rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. b) 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. L'ancien Tribunal fédéral des assurances a jugé que les principes développés par la jurisprudence sur les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité s'appliquent en principe également sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343). Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas. C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174 et les références citées). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état

psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (Tribunal fédéral, arrêt non publié I 946/05 du 11.05.2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les références citées). Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 S'agissant des troubles somatoformes douloureux, le TF précisé la jurisprudence prévoyant qu'ils peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail (ATF 130 V 352; arrêt du Tribunal administratif fédéral C\_6988/2010 du 1er mars 2012). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 précité, consid. 2.2.2). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie – tels des troubles somatoformes douloureux – est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant. En effet, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb) plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et réf. cit.; ATF 130 V 352 précité consid. 2.2.3 et réf. cit.; cf. également ATF 127 V 298 consid. 4c i. f.). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 précité, consid. 2.2.3 i. f.). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert-psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui – eu égard également aux critères mentionnés au considérant 2.3.2 ci-dessus – lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du

travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. ATF 130 V 352 précité consid. 2.2.4). d) En vertu de l'art. 17 al. 1 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. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5). Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). Dans le cadre d'une nouvelle demande comme lors d'une procédure de révision, le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 71 consid. 3). e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin éventuellement aussi d'autres spécialistes 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 114 V 310, 105 V 156, 115 V 134 consid. 2, 125 V 261 consid. 4). 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; RAMA 1996 no U 256, p. 217 et les références). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (Tribunal fédéral, arrêt non publié B. [I 19/02] du 26.07.2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (Tribunal fédéral, arrêt non publié A. [9C\_201/2007] du 29.01.2008), 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. Lorsqu'au stade

de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé. Ainsi le juge ne s'écartera pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 ss consid. 3b). Enfin, selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, pour respecter le principe de l'égalité des armes, lorsque l'OAI désigne un expert, il doit non seulement en informer l'assuré qui a le droit de le récuser et de former des contre-observations, mais il doit aussi lui fournir la liste des questions qu'il entend lui poser, l'assuré disposant à son tour d'un droit de poser des questions complémentaires (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). En outre, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

4. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la décision de refus du 20 décembre 2007 de manière à lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

a) Du point de vue somatique, selon l'expertise de la Clinique H.\_\_\_\_\_ réalisée le 16 mai 1997, suite à la première demande de prestations de l'AI, « l'assurée a développé des douleurs chroniques du poignet droit à la suite d'une entorse résultant d'un accident de voiture en septembre 1995 et de lombalgies suite à un autre accident de voiture survenu en août 2001 (...) Depuis 1996, elle a par ailleurs développé des cervicalgies et des céphalées (...). Les multiples investigations concernant le syndrome cervico-dorso-lombaire n'ont pas permis de mettre en évidence une étiologie en faveur d'une affection inflammatoire, neurologique ou endocrinienne ». Les médecins ont été frappés par « l'extrême discordance qui existe entre les plaintes de la patiente, en particulier concernant son poignet droit, et la pauvreté des signes cliniques et radiologiques. Il en va de même pour le rachis ». A cette époque, les troubles psychiatriques n'avaient pas non plus été jugés suffisamment significatifs pour justifier une atteinte à la capacité de travail invalidante. A la suite de sa nouvelle demande de prestations, le SMR, dans son rapport du 1er décembre 2011, avait estimé que « le dossier médical ne permet pas de conclure à une aggravation de l'état de santé sur le plan somatique. Les troubles neurologiques mentionnés ne sont pas explicables en l'état par une atteinte organique, ils ne sont pas limitants sur le plan de la capacité de travail (...) ». En revanche, le SMR avait jugé qu'une nouvelle expertise psychiatrique était nécessaire pour déterminer si les troubles

psychiques étaient susceptibles de causer des limitations fonctionnelles. En l'état, il y a toutefois lieu d'admettre qu'il n'y a aucun changement notable de l'état de santé au plan somatique par rapport à 2007, ce que l'assurée ne conteste du reste pas. Partant, il y a lieu d'examiner la situation sur la seule base des atteintes psychiques et de déterminer si celle-ci est désormais de nature à justifier l'octroi d'une rente d'invalidité. Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 b) L'OAI s'est fondé sur l'expertise psychiatrique du 11 juillet 2012 pour refuser tout droit à une rente. A cet égard, au terme d'une analyse très détaillée, l'expert-psychiatre est parvenu à la conclusion que le trouble somatoforme douloureux dont est atteinte la recourante ne remplit pas les critères exigés par la jurisprudence ci-dessus rappelée pour l'octroi d'une prestation. Après avoir souligné que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne suffit pas à lui seul pour l'octroi d'une prestation de l'AI et avoir énuméré les critères qui doivent l'accompagner (page 14 de l'expertise), l'expert s'est attelé à les appliquer au cas d'espèces. Il a commencé par nier la comorbidité psychiatrique sévère : « Stellt man als erstes die Frage nach der schweren psychiatrischen Komorbidität, so ist eine solche klar zu verneinen ». Il expose que, lors de son hospitalisation en 2000, à la clinique psychiatrique F.\_\_\_\_\_, il avait été diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec des symptômes somatiques, mis en relation avec un épuisement physique et une surcharge familiale liée à la prise en charge des enfants en même temps qu'une activité professionnelle. Il se réfère également aux diagnostics des médecins qui avaient examiné l'assurée à cette époque et qui avaient également décrit la même symptomatologie. Il retient qu'il existe, chez la recourante, une fixation douloureuse de nature subjective, cause de ses réticences : « Es bestehen eine ausgeprägte Schmerzfixierung mit Konzentration auf vermeintliche Behinderungen und ein starkes subjektives Schmerzerleben, dabei ist es mittlerweile zu einer Symptomausweitung mit immer neuen Somatisierungen und einer erheblichen Selbstlimitierung gekommen, [la recourante] ist ausgesprochen suggestibel, was ihre Beschwerden betrifft und bestätigt auf Nachfrage immer neue Schmerzen und Beeinträchtigungen ». Partant, il ne peut retenir un diagnostic de dépression d'intensité sévère justifiant une comorbidité. Il réfute également un trouble de la personnalité invalidant de manière convaincante : « [la recourante elle-même] verneint jegliche psychische Auffälligkeiten oder gar Vorbehandlungen vor 1998, also bis zum Alter von 32 Jahren, sie beschreibt sich als sozial durchaus integrierten Menschen mit einer konstanten und durchaus erfolgreichen Berufstätigkeit als Schneiderin, guten Kontakten zu Kolleginnen und vor allem innerhalb ihrer Grossfamilie sowie regelmässigen Reisen in die Heimat. Die Kriterien einer echten Persönlichkeitsstörung sind somit sicher nicht erfüllt ». En revanche, il atteste d'une dramatisation des plaintes, qu'il attribue à des facteurs culturels. S'agissant du diagnostic posé par le médecin-psychiatre traitant, en termes de « personnalité psychotique », l'expert relève qu'il s'agit d'une appréciation imprécise qui ne trouve pas de fondements dans le code psychiatrique ICS-10 et ne permet pas de poser clairement le diagnostic d'un véritable trouble de la personnalité (page 17 de l'expertise). En conclusion, l'expert atteste que « Nochmals sei somit abschliessend betont, dass bei [la recourante] nicht von einer echten, schweren psychiatrischen Komorbidität im Sinne einer zusätzlich bestehenden psychischen Erkrankung von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer auszugehen ist ». Pour ce qui est de la perte de l'intégration sociale, l'expert constate que la recourante habite avec une famille nombreuse à laquelle s'ajoutent ses frères et sœurs; qu'elle se rend fréquemment dans son pays d'origine, garde un contact téléphonique important avec ses proches, ce qui induit des factures de téléphone très élevées, facteurs qui font qu'elle se plaint de sa situation financière. Son manque de socialisation est lié au fait

qu'elle ne peut quitter sa maison par nécessité, non seulement à cause de son état de santé, mais aussi en raison de facteurs culturels inhérents à sa fixation au sujet de sa famille nombreuse. Ce n'est donc pas sa situation de santé qui est la seule cause de son isolement. Si elle le voulait, elle aurait les capacités nécessaires pour parvenir à surmonter ces problèmes : « Die Socialisierung scheint auf die Grossfamilie. Umgekehrt bedingt eine regelmässige Berufstätigkeit automatisch eine bessere Sozialisierung, nicht zuletzt durch den Kontakt zu Kollegen. Es ist somit nicht von einem rein krankheitsbedingten „schweren sozialen Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Rückzug in nahezu allen Bereichen des täglichen Lebens“ auszugehen. Es spielen eindeutig neben eventuellen krankheitsbedingten Faktoren vor allem krankheitsfremde, nämlich psychosoziale und kulturelle Aspekte bei der jetzigen Situation eine entscheidende Rolle (...) Sie Wären vielmehr bei entsprechender Motivation und Kooperation grundsätzlich reversibel und willentlich beeinflussbar! ».

L'expert parle d'une certaine chronicité et d'une stabilisation du status quo « intrapsychique » pour lequel les facteurs étrangers à la maladie jouent un rôle important, en particulier la forte fixation que fait l'assurée sur sa nombreuse famille. Il attire l'attention sur le traitement que suit l'assurée, à son avis très léger et insuffisant pour venir à bout de ses problèmes psychiques. Selon lui, l'assurée se complaît dans sa situation familiale, ce qui, ajouté aux problèmes liés à la migration, péjorent ses chances d'intégration dans le marché du travail. Elle est persuadée de n'être pas capable de travailler et qu'elle devrait bénéficier d'une rente. Néanmoins, selon l'expert, les critères devant permettre de justifier une invalidité résultant du syndrome somatoforme douloureux ne sont pas donnés : ils n'émanent pas d'une comorbidité psychique sévère, accompagnant un état de santé somatique grave. Par ailleurs, les mesures thérapeutiques n'ont pas été pleinement épuisées. L'idée de la maladie que se fait l'assurée est principalement influencée par des facteurs socio-culturels et sa volonté d'obtenir une rente : « Die oben zitierten Kriterien zur Beurteilung einer Invalidisierung durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sind sämtlich als nicht erfüllt zu betrachten : wie oben ausführlich dargelegt, ist nicht von einer schweren psychiatrischen Komorbidität auszugehen, eine schwere körperliche Begleiterkrankung besteht laut Feststellungen der diversen involvierten Ärzte der somatischen Fachgebiete sowie des rheumatologischen Gutachtens von 2006 ebenfalls nicht; auch sind die therapeutischen Möglichkeiten nicht vollständig ausgeschöpft; das Krankheitsbild wird entscheidend und ganz überwiegend beeinflusst von sozialen und kulturellen Faktoren sowie einem erheblichen Rentenbegehren (...) ». c) La Cour constate ainsi que le rapport d'expertise remplit pleinement les exigences de la jurisprudence ci-dessus rappelée; il a exposé clairement et objectivement les faits et a tenu compte des plaintes de la patiente; il ne contient aucune conclusion contradictoire et a analysé de manière convaincante les éléments pertinents, de sorte qu'il n'y a aucun motif justifiant que l'on s'en écarte, au contraire de l'avis du médecin-psychiatre traitant qui a émis un diagnostic sommaire et insuffisamment étayé pour pouvoir en tirer des conclusions à satisfaction de droit. Par ailleurs, la recourante n'a pas non plus produit de pièces permettant de conclure à une péjoration telle de son état de santé qu'elle aurait des répercussions sur sa capacité de travail, se bornant à relever que la comorbidité psychiatrique doit être retenue et qu'elle souffre d'une dépression s'étendant sur plusieurs années sans possible rémission. Or, comme l'a analysé l'expert, cette situation n'est pas liée à des facteurs de santé physiques ou psychiques, mais bien à une complaisance de la recourante envers sa maladie et à son manque de volonté de la surmonter, en se focalisant sur l'obtention d'une rente de l'assurance-invalidité. Il a en outre mis en avant de nombreux

facteurs étrangers à l'invalidité dont l'assurance n'a pas à répondre et qui sont responsables, également, de son éloignement du monde du travail. La Cour fait ainsi siennes les conclusions émises par l'expert selon lesquelles la recourante aurait des ressources pour s'intégrer dans le marché du travail, dans une activité légère et peu exigeante, mais que, par manque de motivation et de collaboration, elle se refuse à le faire. Il n'appartient donc pas à l'assurance-invalidité d'assumer ce choix de l'assurée. Partant, c'est à bon droit que l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise pour nier une quelconque aggravation de l'état de santé de l'assurée par rapport à la décision de 2007 avec influence sur sa capacité de travail et pour lui dénier le droit à une prestation. Pour ces mêmes raisons, il ne se justifie pas d'ordonner une nouvelle expertise de l'assurée. Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 5. Sur le vu de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice sont fixés à 800 francs et mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. Son mandataire, désigné en tant que défenseur d'office, a droit une indemnité à ce titre, sur la base de sa liste de frais produite le 22 janvier 2015, comptabilisant 14,25 heures, qu'il sied d'indemniser au tarif horaire de l'assistance judiciaire de 180 francs/heure, pour un montant de 2'565 francs, plus 28 fr. 40 de photocopies indemnisées à raison de 0,40 ct/pièce, plus 104 fr. 50 de débours autres, soit une somme de 2'697 fr. 90, à laquelle s'ajoute encore la TVA, par 215 fr. 85, pour un montant total de 2'913 fr. 75, mis intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice sont fixés à 800 francs et mis à la charge de la recourante. Ils ne sont toutefois pas prélevés dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. III. Il est alloué à Me Sébastien Pedroli, en sa qualité de défenseur d'office, une indemnité à ce titre de 2'565 francs, plus 132 fr. 90 de débours, soit une somme de 2'697 fr. 90, à laquelle s'ajoute encore la TVA, par 215 fr. 85, pour un montant total de 2'913 fr. 75, mis intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Communication. 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 26 janvier 2015/ESC Présidente Greffier-stagiaire

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