

# FR\_GERICHTE 605 2013 56 vom 12. Februar 2015

FR Kantonsgericht, 2015-02-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2013\\_56](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_56)

FR: FR\_GERICHTE 605 2013 56 du 12 février 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2013 56 del 12 febbraio 2015

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 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 de ce point de vue. Cela étant, la décision attaquée, tout comme le projet de décision, comporte une contradiction entre ses motifs et son dispositif. En effet, les premiers portent sur l'absence du caractère plausible de l'aggravation alléguée de l'état de santé de l'assurée, critères devant conduire à une non-entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations, alors que le dispositif de "rejet" laisse entendre que l'autorité intimée s'est au contraire saisie de dite nouvelle demande pour la rejeter sur le fond. Cela étant, dans la mesure où, comme on va le voir ci-dessous, la nouvelle demande doit matériellement de toute manière être rejetée et que les parties se sont toutes deux exprimées à ce sujet, il sied d'entrer en matière sur le fond du litige, sans trancher la problématique exposée plus avant.

### E. 2

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de

la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le degré d'invalidité résulte ainsi de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode classique de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; RCC 1985 p. 469). b) 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 (ATFA I 946/05 du 11 mai 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA I 946/05 susmentionné).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 c) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré

s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). Aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 aRAI (cf. art. 87 al. 2 RAI; ATF 130 V 71) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'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, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5.4). 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). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences

sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (Tribunal fédéral, arrêt 9C\_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 3). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au 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).

### **E. 3**

Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est péjoré au point de justifier l'octroi d'une rente. Il s'agit dès lors de comparer ici les faits qui prévalaient au moment du premier refus d'octroi de rente entière, par décision du 18 janvier 2010, avec ceux prévalant au moment de la décision attaquée, le 14 février 2013. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si l'état de santé de la recourante s'est ou non modifié entre ces deux dates. Dans sa nouvelle demande, l'assurée a indiqué une péjoration de son état de santé tant sur le plan somatique que psychique (demandes des 12 décembre 2011 et 8 mars 2012, dossier OAI, pièces 144 et 162). a) Sur le plan somatique, seule le médecin traitant de l'assurée depuis 2010, la Dresse D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, mentionne des diagnostics indépendants. Ceux-ci portent sur l'ensemble du corps (syndrome lombo-vertébral, syndrome cervical, tatalgie, lymphœdème des membres inférieurs et obésité). La doctoresse soutient que les limitations de sa patiente reposent sur un ensemble "complexe et intriqué de problèmes somatiques et de difficultés d'adaptation psychosociale" (rapport du 16 septembre 2011, dossier OAI, pièce 138). Cependant, les troubles somatiques allégués ne ressortent pas des autres rapports médicaux figurant dans le dossier, ni de celui du 4 juin 2012 de la même Dresse D. \_\_\_\_\_ (dossier OAI, pièce 178) ni de ceux des autres médecins (cf. dossier OAI, pièces 140, 141, 147, 171, 188 et

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 194). En outre, si la doctoresse précitée indique que des investigations rhumatologiques ont été réalisées lors d'un séjour à l'Hôpital E. \_\_\_\_\_ du 2 au 9 février 2011 (rapport du 16 septembre 2011, dossier OAI, pièce 138), elle ne donne même pas connaissance des résultats desdites investigations. Pour sa part, dans son rapport du 30 janvier 2012, la Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR, est d'avis que l'aggravation alléguée des troubles somatiques n'est pas convaincante. En effet, elle indique que "le diagnostic et les symptômes sont les mêmes" et invite l'OAI à réaliser une expertise sur le plan psychique, à l'exclusion des troubles somatiques (dossier OAI, pièce 147). Les pièces médicales figurant au dossier démontrent que la recourante faisait déjà état de plaintes somatiques avant 2011. Ainsi, elle se plaignait

déjà de douleurs diffuses dans tout le corps lors de la visite domiciliaire réalisée le 18 septembre 2009 (dossier OAI, pièce 101), le psychiatre traitant mentionnait des "troubles somatiques" en lien avec la dépression qu'il diagnostiquait en 2009 (dossier OAI, pièces 7 et 55; cf ég. dossier OAI, pièce 62) et les médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_ soulignaient qu'elle se plaignait "[...] bei Eintritt vor allem über ihre Schmerzen, die wechselnd am ganzen Körper auftraten" (dossier OAI, pièce 69). L'expert relevait, pour sa part, que l'assurée émettait des plaintes en relation avec ses troubles somatiques, au premier plan desquels se trouvaient des céphalées et des problèmes de jambe. Il estimait cependant ces plaintes fortement démesurées et peu adéquates au regard des infections qui auraient pu en être originellement la cause (cf. expertise du 11 septembre 2009 p. 5, dossier OAI, pièce 120). Partant, au vu de ce qui précède, le dossier ne permet pas de conclure à une aggravation, avec influence sur la capacité de travail, des troubles somatiques de la recourante. A ce titre, la réalisation d'une expertise portant sur ces aspects ne paraît pas justifiée, tout en soulignant que cet argument avancé par l'autorité intimée doit vraisemblablement être mis en lien plutôt avec le caractère non plausible de l'aggravation de son état de santé. b) Sur le plan psychique, les médecins ne sont pas unanimes sur les troubles dont souffre la recourante. Le premier groupe de médecins est d'avis qu'elle souffre de "troubles de l'humeur" (ICD-10, F30 à F39), le second de "troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes" (ICD-10, F40 à F48). Cependant, outre que certains des rapports émis ne sauraient être déterminants car émanant de non-spécialistes, voire de non-médecins, il n'est pas nécessaire de trancher ces contradictions dès lors que l'influence de ces troubles sur la capacité de travail n'est pas démontrée de manière satisfaisante. aa) Dans le premier groupe, le médecin et la psychologue de la Clinique H. \_\_\_\_\_, dans lequel l'assurée a séjourné en février 2010, diagnostiquent une dépression – sans notamment en préciser les symptômes, la gravité ou les limitations en découlant – et estiment que sa capacité de travail est nulle (rapport du 22 mars 2010, dossier OAI, pièce 141). Le psychiatre traitant de l'assurée, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et en psychiatrie et psychothérapie, formule également le diagnostic de dépression se dégradant depuis 2009. Force est de constater que, dans ses rapports les plus récents, le Dr I. \_\_\_\_\_ ne donne pas de diagnostic, se contentant d'indiquer la présence d'un "état dépressif" ou d'une "hausse nette de l'humeur dépressive" (dossier OAI, pièces 149 et 188). Il convient, à ce titre, de se référer à son rapport médical du 17 juin 2009 dans lequel il diagnostique un "épisode dépressif sévère F32.2" (dossier OAI, pièce 55). Dans son rapport du 24 mars 2010, à l'appui de ses conclusions, le

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 médecin mentionne un score de 16 à l'inventaire de dépression de Beck II en janvier 2010 (dossier OAI, pièce 140). Or, ce score est à la limite de la dépression clinique (cf. site de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec, [www.aipsq.com/medias/files/?264/depression-beck.pdf](http://www.aipsq.com/medias/files/?264/depression-beck.pdf)) et peut, par conséquent, renvoyer au code F32.0 (dépression légère) de l'ICD-10. En outre, à la lecture de l'ICD-10, le nombre des symptômes permet de confirmer que la dépression dont souffre l'assurée est vraisemblablement de degré léger, voire moyen (cf. ICD-10, F32 ss). A ce titre, les affirmations du médecin semblent plutôt mettre en évidence une amélioration de l'état de santé de l'assurée. Dans l'hypothèse de troubles dépressifs légers à moyens, la jurisprudence prescrit que de tels troubles sont des atteintes dont on peut en principe guérir grâce à un traitement (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_437/2012 du 6 novembre 2012 consid. 3.3). En l'espèce, il appert que la recourante était peu compliant en 2009 (cf. expertise du 11

septembre 2009 p. 3.1 et 3.2, dossier OAI, pièce 120). Elle admet, dans le cadre de la présente procédure, ne plus prendre régulièrement de médicament, soit-disant sur conseil de la Dresse D. \_\_\_\_\_, sans que cela ne soit jamais confirmé par cette dernière (cf. rapport d'entretien téléphonique du 19 avril 2012 et courrier du 2 mai 2012, dossier OAI, pièces 165 et 169). Par ailleurs, dans ses rapports du 24 mars 2010 et du 5 octobre 2012 (ce dernier rapport étant signé par la psychothérapeute déléguée), le Dr I. \_\_\_\_\_ précise que sa patiente a des pensées suicidaires, des troubles du sommeil, des problèmes de concentration, des angoisses et une réduction de la résistance au stress. Il ajoute encore qu'elle ressent une grande fatigue et une importante oppression (dossier OAI, pièces 140 et 188). Toutefois, à l'exception des idées suicidaires, l'ensemble des symptômes précités étaient déjà présent en 2009. Par exemple, l'expert mentionnait déjà une certaine obésité, des sensations de brûlures, des maux de tête qui apparaissaient en cas de bruit ou de stress et l'empêchait de lire ou de regarder la télévision, une "malsensation", des douleurs et des lourdeurs aux jambes, un sentiment de fatigue et de faiblesse, des difficultés à s'endormir et s'éveiller ainsi que des réveils fréquents durant la nuit (cf. expertise, dossier OAI, pièce 120). Pour sa part, le même médecin citait notamment des vertiges, des maux de tête persistants, des douleurs aux jambes, une fatigue chronique importante, un trouble de la concentration, une désorientation et un trouble panique (rapports des 11 février et 17 juin 2009, dossier OAI, pièces 7 et 55). A ce titre, une aggravation psychique n'est pas rendue vraisemblable du seul fait qu'une idéation suicidaire – qui n'a par ailleurs donné lieu à aucune hospitalisation depuis février 2010 – n'avait pas été retenue auparavant, d'autant plus que le rapport ne donne pas, au niveau des plaintes de l'assurée, plus de précisions ou d'exemples à cet égard et qu'il contient pas un nouveau diagnostic modifié en conséquence. Par conséquent, les troubles psychiques de type dépressif constatés dans les rapports médicaux qui précèdent ne permettent pas de justifier une diminution de la capacité de travail propre à donner naissance à un droit aux prestations de l'assurance-invalidité. bb) Dans le second groupe de médecins, le médecin traitant de l'assurée, la Dresse D. \_\_\_\_\_, affirme initialement que sa patiente souffre d'un léger retard mental (F.70), d'un trouble de l'adaptation (F43.2) et de troubles douloureux chroniques avec facteurs somatiques et psychiques (F45.41). En raison de ces problèmes, la doctoresse considère cette dernière comme totalement incapable de travailler, tout en mettant l'accent sur ses faibles capacités cognitives (rapport du 16 septembre 2011, dossier OAI, pièce 138). Dans un rapport ultérieur, elle indique ne pas pouvoir se prononcer sur l'existence d'une aggravation en raison d'un état de santé fluctuant. Elle remet en doute les diagnostics posés par l'expert et le psychiatre traitant de l'assurée et indique ainsi que cette dernière ne présente pas d'atteinte de la lignée dépressive et que son attitude corporelle et son mode de penser ne correspondent pas à ceux d'une personne souffrant

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 d'un trouble somatoforme. Elle rejoint le diagnostic posé par l'expert de personnalité histrionique (F60.4) et ajoute celui d'hypochondrie (F45.2). Sur le plan de la capacité de travail, elle estime implicitement sa patiente incapable de reprendre son activité (rapport du 4 juin 2012, dossier OAI, pièce 178). Le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du SMR, rejoint les conclusions de la Dresse D. \_\_\_\_\_ sur le plan diagnostic. Il indique en effet que "die Hausärztin stellt die Diagnose einer Hypochondrie, womit sie höchstwahrscheinlich sehr recht hat; der Psychiater nennt dies (political correctness) Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung". Cependant, contrairement à la précitée, il estime la capacité de travail de la recourante entière (rapports des 7 avril 2012 et 14 janvier 2013, dossier OAI, pièces 171 et 194). En

soit, la distinction entre trouble somatoforme et hypochondrie n'est pas relevante dans le cas d'espèce dès lors que, d'un point de vue juridique, la capacité de travail s'apprécie selon les mêmes critères (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2). Or, le diagnostic de trouble de l'adaptation (F43.2) n'est plus cité par la docteure dans un second temps. Il ne peut dès lors être considéré comme une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de l'assurée. Pour sa part, celui de personnalité histrionique (F60.4) est également relevé par l'expert en 2009 mais n'est pris en compte que comme un "trait de personnalité accru" (cf. expertise pts. 4 et 5, dossier OAI, pièce 120). Dès lors, les rapports de la Dresse D.\_\_\_\_\_, généraliste, ne sont pas suffisamment motivés pour établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'un trouble de la personnalité devant désormais être assimilé à une véritable atteinte à la santé psychique (indépendante) influençant la capacité de travail. Quant aux troubles dépressifs légers ou moyens diagnostiqués par le premier groupe de médecins, ils ne sauraient être reconnus comme constitutifs d'une comorbidité psychiatrique autonome dans la mesure où ils sont considérés en principe comme des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1; cf. é.g. rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 7 avril 2012, dossier OAI, pièce 171). S'agissant des autres critères permettant d'admettre exceptionnellement une incapacité de travail, les médecins ne font pas part d'une évolution particulière depuis 2009. Par exemple, ils ne font pas valoir que la recourante aurait perdu toute intégration sociale, cette dernière entretenant, en tout cas, encore des relations avec les membres de sa famille (cf. rapport du 16 septembre 2011, dossier OAI, pièce 138). Au vu de l'absence de compliance constatée en 2009 et de l'abandon du traitement dès 2012, il ne peut être retenu que les traitements réalisés dans les règles de l'art aient été un échec. Sur le plan du profit primaire tiré de la maladie (état psychique cristallisé), les médecins n'indiquent pas de changement par rapport à la situation constatée en 2009, notamment s'agissant de l'influence des conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux. Finalement, s'agissant du caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, il convient de relever que la seule présence de symptômes ne permet pas encore d'admettre l'existence d'une telle maladie. Il apparaît, par conséquent, que le trouble somatoforme douloureux – ou l'hypochondrie – ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail de la recourante puisse être raisonnablement exigée d'elle.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11

#### **E. 4**

Dans le cadre de son recours, l'assurée se plaint encore d'une contradiction entre le rapport du SMR du 30 janvier 2012 et ceux du 7 avril 2012 et du 14 janvier 2013. Ce reproche n'est pas fondé. Dans son rapport du 30 janvier 2012, la Dresse F.\_\_\_\_\_ invite l'OAI à diligenter une expertise psychiatrique car les rapports médicaux présentés n'ont, à son sens, pas une entière valeur probante (dossier OAI, pièce 148). Il convient de relever qu'il n'appartenait pas à la Dresse F.\_\_\_\_\_ de se prononcer sur les troubles psychiques, dès lors qu'elle n'est pas spécialiste en la matière, mais de se prononcer sur les troubles somatiques. C'est ce qu'elle a respecté en invitant l'OAI à demander l'avis d'un spécialiste. Or, pour sa part, le Dr J.\_\_\_\_\_ est justement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et donc apte à se prononcer sur les troubles psychiques allégués. Partant, son avis ne

contredit pas celui de la Dresse F. \_\_\_\_\_ lorsque, dans les rapports ultérieurs, il dénie la nécessité d'une expertise et statue sur la problématique de la capacité de travail de l'assurée du point de vue psychique (rapport des 7 avril 2012 et 14 janvier 2013, dossier OAI, pièces 171 et 194). Finalement, il convient de souligner que le médecin du SMR indique que, sur le fond, le rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ se contente de poser un diagnostic sans en vérifier les symptômes sur la seule base des affirmations du patient. Selon le médecin, "es handelt sich einzig um subjektive Klagen, die hier [...] als Befund übernommen werden". Des critiques sont également faites à l'encontre du rapport de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 4 juin 2012, le médecin constatant que le léger retard mental n'avait pas empêché la recourante de gagner sa vie jusqu'alors, "somit ist es nicht nachvollziehbar, warum es nun der Fall sein sollte". Pour sa part, le médecin considère que le diagnostic d'hypochondrie n'est pas invalidant en l'absence de comorbidité psychiatrique, la dépression n'étant qu'un symptôme (rapport des 7 avril 2012 et 14 janvier 2013, dossier OAI, pièces 171 et 194). A la lecture de ces rapports, le médecin estime, dès lors, implicitement que la présence d'une aggravation n'a pas été rendue vraisemblable à tout le moins, voire même plausible. A ce titre, des mesures d'instruction complémentaires n'étaient, en effet, pas nécessaires et c'est, par conséquent, avec raison, que l'autorité intimée n'a pas diligencé une nouvelle expertise.

#### **E. 5**

Il s'ensuit que l'autorité intimée disposait de suffisamment d'éléments pour statuer même sur le fond du litige et que c'est avec raison que l'assurée n'a pas droit à des prestations de l'AI, à défaut d'aggravation de son état de santé avec incidence sur sa capacité de travail. Mal fondé, le recours doit dès lors être rejeté sur le fond et la décision attaquée confirmée. L'assurée, qui succombe, doit supporter les frais de justice, ici fixés à 800 francs. Vu le sort de la cause, il n'est pas alloué de dépens à la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours de A. \_\_\_\_\_ est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais du même montant. III. Aucune indemnité de partie n'est allouée. 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 12 février 2015/pte Présidente Greffier

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