

FR_GERICHTE 605 2014 180 vom 14. Juni 2016

FR Kantonsgericht, 2016-06-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_180

FR: FR_GERICHTE 605 2014 180 du 14 juin 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2014 180 del 14 giugno 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 16

septembre 2011, a signifié à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière de l'assurance-invalidité. B. _____, a toutefois estimé que les problèmes psychologiques de l'assurée étaient exclusivement dus à des facteurs psychosociaux et s'est dès lors opposée au projet de décision de l'OAI. L'office a, dès lors, diligenté une expertise psychiatrique. Fort des conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 10 octobre 2013 du Dr D. _____, l'OAI, par décision du 30 juillet 2014, a refusé l'octroi d'une rente à l'assurée. B. En date du 15 septembre 2014, A. _____, représentée par Me Elias Moussa, avocat à Fribourg, interjette recours de droit administratif à l'encontre de la décision du 30 juillet 2014 auprès du Tribunal cantonal. Elle conclut, avec suite de frais, à l'annulation de la décision litigieuse et, principalement, à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision au sens des considérants, ainsi qu'à l'allocation d'une indemnité de partie de CHF 4'000.- plus TVA ; la recourante demande, par mémoire séparé, à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale. Elle fait en substance valoir que le rapport d'expertise du Dr D. _____ serait entaché de plusieurs incohérences et lacunes et aurait fait l'objet d'une appréciation arbitraire de l'autorité intimée. Elle expose que ses médecins traitants, mieux à même d'évaluer son état de santé, ont confirmé son incapacité de travail et même retenu une dégradation de son état psychique. Elle avance enfin que son soi-disant manque de collaboration est attribuable aux affections dont elle souffre. La recourante dépose nouvellement au dossier la lettre à contenu médical du 5 septembre 2014 du Dr E. _____, psychiatre, qui fait état d'une agoraphobie avec trouble panique, d'un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, ainsi que d'un trouble de la personnalité, et émet un pronostic nettement défavorable. Par décision incidente du 2 octobre 2014, le greffier-rapporteur délégué à l'instruction a admis la demande (605 2014 181) d'assistance judiciaire totale gratuite pour la procédure de recours, dispensé la recourante de l'avance de frais de justice ainsi que désigné le mandataire choisi en qualité de défenseur d'office. Dans ses observations du 15 décembre 2014, l'OAI propose le rejet du recours. Il expose que tous les éléments retenus par les médecins sollicités trouveraient leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial de la recourante. Une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome ferait dès lors défaut. Dans ses contre-observations du 28 janvier 2015, la recourante souligne que des diagnostics précis ont été établis et que les affections retenues influencent de manière autonome sa capacité de travail. Elle confirme au demeurant ses conclusions. L'autorité

intimée, par écriture du 12 février 2015, confirme également sa position et ses conclusions.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 B. _____, par écriture du 15 avril 2014, conclut au rejet du recours et renvoie à la décision ainsi qu'aux diverses écritures de l'autorité intimée. Elle renonce à se déterminer plus avant. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments de ces dernières, développés par elles 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 et dûment représentée, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. b) D'après une jurisprudence constante, 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). 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 (cf. art. 28 LAI). 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 (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel

que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a ; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). 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 médicales 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 (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 ; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2ème

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème éd., p. 274; cf. aussi ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c ; 120 Ib 229 consid. 2b ; 119 V 344 consid. 3c et la référence citée ; arrêt TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d et la référence citée). e) 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; 130 V 343 consid. 3.5). 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; 126 V 75 consid. 1b). Une décision qui accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. arrêt du TF I 511/03 du 13 septembre 2004 consid. 2, ATF 125 V 417 consid. 2d et les références citées). Dans un tel cas, pour déterminer si un changement important s'est effectivement produit, il convient de comparer l'état de fait au moment de l'octroi ou du début de la rente avec celui existant au moment de la réduction ou la suppression de celle-ci (ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les références citées). 3. Le litige porte sur le taux d'invalidité de la recourante, singulièrement sur sa capacité de travail et son évolution au cours du temps. a) Les pièces médicales suivantes ont été déposées au dossier dans le cadre de la procédure d'instruction : - Le rapport médical du 16 avril 2009 du Dr F._____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, qui a diagnostiqué un état anxio-dépressif et conclu à une incapacité de travail totale depuis le 2 mars 2009 (dossier AI pce 77). - Le rapport médical du 17 avril 2009 du Dr G._____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a diagnostiqué des troubles anxio-dépressifs et estimé que sa patiente était totalement incapable de travailler du 2 au 8 février 2009. Il a précisé qu'une reprise de travail était possible le 16 février 2009 (dossier AI pce 76). - L'attestation médicale du 4 août 2009 du Dr H._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de I._____ qui a considéré que l'assurée était totalement incapable de travailler du 1er au 28 août 2009 (dossier AI pce 80). - Les rapports médicaux des 2 décembre et 20 août 2009 du Dr H._____, qui a retenu un trouble anxieux et dépressif mixte, un trouble hypocondriaque, des difficultés à l'emploi et un burn-

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 out. Le médecin a conclu à une incapacité de travail totale depuis le 18 juin 2009, mais a souligné que l'assurée reconnaissait une amélioration légère et progressive (dossier AI pces 70 à 74 et 78 ss). - Le rapport médical du 6 janvier 2010 du Dr F._____, qui a diagnostiqué un état d'anxiété en 2008 connu pour état dépressif en 2005, ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions (dossier AI pces 89 à 92). - Le rapport médical du 8 janvier 2010 du Dr H._____, qui a retenu un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), un trouble hypocondriaque (F45.2), des difficultés liées à l'emploi (Z56) et un burn out (Z73.0). Il a mentionné divers problèmes somatiques ne trouvant pas de diagnostic précis tels qu'étouffement, manque d'air, gorge sèche, mal de tête, problèmes digestifs, trouble panique, manque de concentration, troubles du sommeil, perte de motivation. Il a précisé que le pronostic était mauvais si la situation familiale ne changeait pas. Le médecin a conclu à une incapacité de travail de 100% depuis le 18 juin 2009 (dossier AI pces 116 ss). - Le rapport d'expertise du 6 mai 2010 – rendu à l'attention de J._____ – du Dr D._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a constaté un trouble panique avec agoraphobie de gravité moyenne à sévère et un état dépressif majeur récurrent de gravité moyenne (23-24 sur l'échelle d'Hamilton dépression) (Axe I), une personnalité traumatique-dépressive décompensée – par quoi le médecin sous-entend la présence d'une structure de la

personnalité pathologique mais dont les aménagements ont permis de fonctionner cahin-caha jusqu'à l'émergence d'un événement brusque conduisant à une amplification des traits de la personnalité prémorbide – (Axe II), ainsi qu'une maltraitance durant l'enfance, un conflit familial, une violence conjugale, des difficultés professionnelles et autres (Axe IV). S'agissant de l'incapacité de travail, le psychiatre a exposé que « l'évaluation est complexe, car il faut tenir compte à la fois de la pathologie anxio-dépressive, du trouble de la personnalité et [de] l'environnement culturel et familial » ; il a finalement conclu à l'existence d'une incapacité de travail totale (dossier AI pces 118 à 139). - Le rapport médical du 12 juillet 2010 de la Dresse K. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a constaté un état anxio-dépressif récurrent existant depuis 2004. La psychiatre a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 6 au 10 octobre 2004, du

E. 20

juin au 8 juillet 2006 et du 6 avril au 17 juin 2009 (dossier AI pces 104 à 107). - Le rapport médical intermédiaire 30 juillet 2010 du Dr L. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de I. _____, qui a diagnostiqué une agoraphobie avec trouble panique et éléments de trouble de stress post-traumatique (F40.01), des difficultés liées à l'acculturation (Z60.3) et des difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61). Il a déclaré sa patiente totalement incapable de travailler du 18 juin 2009 au 30 juillet 2010 (dossier AI pces 140 à 142). - Le rapport médical intermédiaire 23 août 2010 du Dr L. _____, qui a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, actuellement en rémission (F32.2), et une agoraphobie avec trouble panique et éléments de trouble de stress post-traumatique (F40.01) (dossier AI pces 109 à 113). - Les attestations médicales des 9 août 2010, 1er mars et 12 avril 2011 du Dr L. _____, qui a considéré que l'assurée était totalement incapable de travailler respectivement du 30 juillet au

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 30 septembre 2010, 31 janvier au 30 mars, 30 mars au 30 mai 2011 (dossier AI pces 143, 162 et 174). - La prise de position du 6 juin 2011 de la Dresse M. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, du SMR, qui a conclu à l'existence d'une agoraphobie avec trouble panique, avec éléments de trouble de stress post-traumatique (F40.01) et un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, actuellement en rémission (F32.2). Elle a estimé que l'état de santé de l'assurée était en voie de stabilisation, mais qu'il n'était pas encore possible de la réintégrer dans une activité professionnelle (dossier AI pces 177 à 180). Faisant siennes les conclusions de son SMR, l'autorité intimée, par projet de décision du 16 septembre 2011, a signifié à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière de l'assurance-invalidité. A réception du projet, B. _____, a requis une expertise du Dr N. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie : celui-ci, dans son rapport du 24 novembre 2011, a retenu le diagnostic de trouble dépressif récidivant (F33.4), actuellement en rémission. A la question de savoir s'il existait une maladie psychique autonome, le médecin a répondu par l'affirmative, en précisant toutefois que plusieurs facteurs psychosociaux étaient concernés. Il a en outre souligné que l'assurée était non coopérative, agressive, entêtée et qu'elle ne présentait ni trouble de la personnalité ni angoisse. Il a conclu à une pleine capacité de travail de l'assurée (dossier AI pces 200 à 214). Se fondant sur ledit rapport, la caisse de pension a soutenu que l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail, ses problèmes psychologiques étant dus à des facteurs psychosociaux, et s'est dès lors opposée au projet de décision de l'OAI. Dans sa lettre à contenu médical du 30 décembre 2011 adressée à

l'OAI, le Dr L. _____, qui a fait part de son grand étonnement quant à l'argumentation avancée par la caisse de pension et a précisé qu'à son sens : « nous nous trouvons bel et bien dans un paradigme biopsychosocial et que nous savons toute l'importance des facteurs psychosociaux comme déclencheurs de troubles psychiatriques. [...] en admettant que les facteurs psychosociaux soient très nettement améliorés, je ne m'attends nullement à une amélioration rapide de la santé psychique de la patiente, dans la mesure où nous avons bel et bien affaire à un trouble psychiatrique constitué ». Ce médecin a exposé que le rapport du Dr N. _____ ne repose sur aucun test standardisé, que les éléments anamnestiques en faveur d'une importante vulnérabilité psychologique n'ont pas été pris en compte, que l'absence de réseau social n'a pas été considéré, qu'il n'y a aucune indication précise sur une symptomatologie anxieuse et dépressive et que le comportement oppositionnel de la patiente peut être compris comme un style défensif extrêmement pauvre et inadapté (dossier AI pces 220 à 222). Dans sa prise de position du 17 janvier 2012, le Dr O. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, a souligné qu'en tant que non-psychiatre il n'entendait pas se prononcer sur le fond, mais qu'à son sens les critiques formulées par le Dr L. _____ à l'encontre du rapport du Dr N. _____ sont pertinentes. Il a encore précisé que dans certains cas particuliers les répercussions fonctionnelles de facteurs psychosociaux peuvent avoir valeur d'invalidité (dossier AI pce 223). Face à ces contradictions, l'OAI a décidé de diligenter une nouvelle expertise psychiatrique. La documentation médicale suivante a dès lors été produite : - Les lettres des 28 janvier et 13 mars 2013 du Dr P. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a exposé que les examens prévus avaient été rendus impossibles par le manque de collaboration de l'assurée (dossier AI pces 263 ss).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 - Les attestations médicales des 25 mai 2012, 5 février, 7 mai 2013, 6 août 2013 du Dr L. _____, qui a considéré que l'assurée était totalement incapable de travailler respectivement du 30 mars au 30 août 2012, du 30 août 2012 au 30 mars 2013, du 30 mars au 30 juillet 2013, du 30 juillet au 30 octobre 2013 (dossier AI pces 235, 275, 338, 343). - Le rapport d'expertise du 10 octobre 2013 du Dr D. _____, qui a retenu les diagnostics d'épisode dépressif majeur, de gravité tout au plus légère (9-10 sur l'échelle d'Hamilton dépression), d'éventuel trouble panique avec attaques de panique pauci-symptomatiques et agoraphobique, léger (6-8 sur l'échelle d'Hamilton anxiété), et d'une personnalité traumato- névrotique non décompensée. Il a estimé que l'état de santé de l'assurée avait évolué favorablement depuis 2011 en raison d'une amélioration de la situation familiale, que la symptomatologie dépressive était à ce jour sub-clinique, voire en rémission, que le trouble panique avec agoraphobie pouvait être qualifié tout au plus de léger, voire de sub-clinique, que l'anxiété était légère mais guère incapacitante et que les troubles de personnalité ne paraissaient guère décompensés en raison d'un certain équilibre familial. Le médecin a estimé que seule la fatigue était susceptible d'avoir un effet sur la capacité de travail de l'intéressée. Il a enfin exposé « que [...] des éléments qui sortent du champ médical, telles que l'acculturation, l'absence de qualifications professionnelles, l'importance des bénéfices secondaires semblent jouer un rôle prépondérant dans le surinvestissement du statut de malade ». L'expert a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail invalidante depuis le 3 février 2009, mais qu'elle était à nouveau totalement apte à travailler depuis le 1er janvier 2012 au plus tard (dossier AI pces 350 à 368). - La lettre à contenu médical du 22 janvier 2014 du Dr L. _____, qui a retenu une agoraphobie avec trouble panique, un trouble de la personnalité sans précision, en lien avec d'importantes carences affectives et maltraitances, prolongées jusqu'à l'âge adulte (traits

abandonniques dépendants, avec traits paranoïaques), et un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission. Il a conclu à une incapacité de travail complète, sans que des mesures de réadaptation ne soient envisageables au vu de l'intensité des troubles anxieux et de la chronification morbide des comportements relative à ces troubles (dossier AI pces 386 ss). - Le rapport d'expertise complémentaire du 13 mars 2014 du Dr D. _____, qui a relevé que les diagnostics du Dr L. _____ étaient superposables au siens, le désaccord portant essentiellement sur le trouble panique avec attaques de panique rendant l'assurée incapable de rester seule dans un endroit public et de travailler selon son médecin traitant. Le Dr D. _____ a, à cet égard, précisé : « nous avons noté que l'évolution était favorable, au terme d'une analyse extensive et estimé que les limitations étaient plus subjectives qu'objectives. Nous retenons surtout une tendance à la dramatisation chez une assurée facilement victimaire, probablement essentiellement au motif de l'importance des bénéfices secondaires. [...] Il n'y a donc pas d'élément nouveau qui puisse [...] nous faire revenir sur nos diagnostics et nos conclusions. Relevons pour le surplus, que le Dr L. _____ ne dispose pas de l'ensemble du dossier médical et que manifestement notre rapport d'expertise du 10 octobre 2013 ne lui a pas été soumis » (dossier AI pces 397 à 400). Fort de cette prise de position, l'OAI, par décision du 30 juillet 2014, a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 La recourante a enfin, dans le cadre de la présente procédure de recours, produit la lettre à contenu médical du 5 septembre 2014 des Drs E. _____ et Q. _____, médecins spécialistes FMH en psychiatrie, de I. _____, qui ont fait état d'une agoraphobie avec trouble panique, se manifestant chez l'assurée par l'incapacité de sortir seule, des crises d'anxiété massives et des symptômes neurovégétatif (F40.01), d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, qui se manifeste par des idées suicidaires, un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie, entraînant une augmentation de la fatigabilité (F33.11), ainsi que d'un trouble de la personnalité, sans précision, en lien avec d'importantes carences affectives et maltraitances, prolongées jusqu'à l'âge adulte (traits abandonniques dépendants, avec traits paranoïaques) (F60.9). Les médecins ont noté que leur patiente était compliant au traitement antidépresseur et anxiolytique et qu'elle est dans l'incapacité de sortir seule de chez elle ou de demeurer seule dans un endroit public sans un membre de sa famille. Ils ont finalement émis un pronostic nettement défavorable (dossier AI pces 415 ss). b) L'argumentation de l'autorité intimée relative aux facteurs psychosociaux et socioculturels ne convainc pas. En effet, l'appréciation selon laquelle les problèmes psychiques de l'assurée seraient exclusivement ou de manière prépondérante dus à des facteurs psychosociaux est soutenue par la seule caisse de pension et ne peut s'appuyer sur aucun rapport médical. Le Dr D. _____ a simplement noté que de tels facteurs semblaient jouer un rôle prépondérant dans le surinvestissement du statut de malade, ce qui n'exclut en rien une maladie autonome, et qu'il fallait tenir compte à la fois de la pathologie anxio-dépressive, du trouble de la personnalité et de l'environnement culturel et familial, ce signifie précisément que les affections psychiques retenues ont une existence et une influence propres. Le Dr H. _____ s'est limité à lier son pronostic à l'évolution de la situation familiale de la recourante, ce qui ne saurait pour autant signifier qu'il dépend d'elle seule. Au contraire, dans ce contexte, le Dr O. _____, du SMR, a exposé de manière générale que les répercussions fonctionnelles de facteurs psychosociaux pouvaient avoir valeur d'invalidité. Le Dr N. _____ a répondu par l'affirmative à la question de savoir s'il existait, dans le cas présent, une maladie psychique autonome. Le Dr

L._____, pour sa part, a exposé que les facteurs psychosociaux pouvaient certes déclencher des troubles psychiatriques, mais qu'en l'espèce même une nette amélioration des facteurs psychosociaux n'entraînerait pas automatiquement une amélioration de l'état de santé de l'assurée. Des diagnostics indépendants (cf. AXES I et II pour le Dr D._____ et les diagnostics F pour le Dr L._____) desdits facteurs (cf. AXE IV pour le Dr D._____ et les diagnostics Z pour le Dr L._____) ont d'ailleurs été posés et argumentés par les médecins sollicités : un état dépressif majeur récurrent de gravité moyenne, une personnalité traumato-névrotique décompensée et une agoraphobie avec trouble panique et éléments de trouble de stress post-traumatique ont ainsi été retenus par les médecins sollicités. Par conséquent, si les facteurs psychosociaux et socioculturels peuvent en ce qui concerne l'assurée avoir causés ou déclenchés les affections psychiatriques diagnostiquées, ces dernières doivent à ce jour être considérées comme autonomes (cpr. arrêt TF 9C_907/2008 du 5 mai 2009 consid. 4.2). L'origine d'une affection avérée n'exclut en effet pas la prise en considération de son impact sur l'aptitude à exercer une activité lucrative (arrêt TF 9C_601/2011 du 23 janvier 2012 consid. 4.1). L'autorité intimée n'était donc pas en droit de nier à la recourante tout droit à une

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 rente d'invalidité au motif que les affections psychiatriques dont elle souffre proviendraient de facteurs psychosociaux et socioculturels. 4. Il faut, dès lors, déterminer quelle est la répercussion des affections psychiatriques autonomes diagnostiquées sur la capacité de travail de la recourante. a) Trois rapports d'expertise figurent au dossier AI, à savoir les rapports des 6 mai 2010 et 10 octobre 2013 (complété par le rapport du 13 mars 2014) du Dr D._____ et le rapport du

E. 24

novembre 2011 du Dr N._____. Ces rapports ont été rédigés par des médecins spécialisés en psychiatrie. Ils se fondent sur des examens complets et approfondis, dont des tests psychométriques reconnus, et ont été établis en pleine connaissance du dossier, après que les experts aient personnellement reçu et examiné la recourante. Les experts sollicités ont pris également en considération les plaintes exprimées et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude spécialement fouillée. L'appréciation médicale retenue est claire et univoque et les conclusions des experts sont dûment motivées. En particulier et contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a aucune contradiction interne dans le rapport d'expertise du 10 octobre 2013 du Dr D._____ : l'expert a constaté une amélioration de la situation clinique de l'assurée sans que ladite amélioration ait un événement précis pour origine, il a constaté que le contexte familial au sens large pouvait influencer sur son état de santé et il a retenu que l'assurée était collaborante et honnête tout en reconnaissant un surinvestissement inconscient dans le statut de malade. Aussi lesdits rapports satisfont-ils entièrement aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Il sied, par voie de conséquence, de leur accorder une pleine valeur probante. Ceci étant, il ressort des rapports d'expertise susmentionnés que la recourante présentait une incapacité de travail totale depuis le 2-3 février 2009 (cf. également le rapport médical du 17 avril 2009 du Dr G._____). Le Dr D._____ avait d'ailleurs, en 2010, considéré que l'état dépressif majeur récurrent diagnostiqué était de gravité moyenne avec un score de 23-24 sur l'échelle d'Hamilton (à la limite de la gravité sévère). b) En 2013, par contre, l'expert a retenu que l'épisode dépressif majeur était de gravité tout au plus légère avec un score de 9-10 sur l'échelle d'Hamilton. Le Dr D._____ a également explicitement retenu que la symptomatologie dépressive était devenue

sub-clinique, voire en rémission, que le trouble panique avec agoraphobie pouvait être qualifié tout au plus de léger, voire de sub-clinique et que l'anxiété était légère mais guère incapacitante. En se fondant sur des tests psychométriques et ses constatations personnelles lors des examens effectués, le spécialiste a dès lors estimé que l'état de santé psychique de la recourante s'était progressivement amélioré depuis 2010. Le Dr D. _____ a précisé que les diagnostics retenus par les différents spécialistes sollicités étaient superposables pour l'essentiel, le désaccord portant essentiellement sur l'évaluation de l'impact du trouble panique sur la capacité de travail de la recourante ; à cet égard, sans remettre la sincérité de la recourante en question, il a exposé qu'à son sens les limitations étaient plus subjectives qu'objectives, que l'intéressée avait une tendance à la dramatisation et que le fait de ne pas rester à l'extérieur longtemps tenait à la fatigabilité et non à l'angoisse. L'expert a finalement conclu qu'elle disposait depuis le 1er janvier 2012 d'une pleine capacité de travail. Cette appréciation est d'ailleurs corroborée par les autres documents médicaux figurant au dossier. En 2010, le Dr L. _____, puis en 2011, la Dresse M. _____, du SMR, et le Dr N. _____ ont successivement constaté la rémission de l'épisode dépressif. La Dresse M. _____ a, en

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 2011, estimé que l'état de santé de l'assurée était seulement en voie de stabilisation et qu'il n'était pas encore possible de la réintégrer dans une activité professionnelle. L'évolution favorable s'est ensuite concrétisée fin 2011, le Dr N. _____ n'ayant attesté ni d'un trouble de la personnalité ni d'angoisse et ayant conclu à une pleine capacité de travail de la recourante. Contrairement à l'opinion de la recourante, il n'y a dans le cas d'espèce pas lieu de donner préséance aux conclusions des médecins traitants : leurs rapports sont par trop succincts et ne sont pas fondés sur des examens suffisamment approfondis ainsi que sur l'entier du dossier de l'assurée, contrairement aux rapports d'expertise susmentionnés ; il convient, en outre, de tenir compte du fait que les médecins traitants, dans leur appréciation médicale, sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient (cf. supra 2d). Dans la présente occurrence, les preuves figurant au dossier, constituées essentiellement de pièces médicales, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait était établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise complémentaire, ainsi que l'a sollicité à titre subsidiaire la recourante. La jurisprudence admet un tel procédé (cf. supra 2d). 5. En définitive, la Cour de céans fait sienne l'appréciation des experts sollicités et retient que la recourante était totalement incapable de travailler dans toute activité depuis le 2 février 2009, ce qui lui donne droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. Son état de santé s'est ensuite notablement amélioré au sens de l'art. 17 LPGA, de sorte qu'elle n'a plus présenté d'atteinte à la santé invalidante à compter du 1er janvier 2012. La recourante n'ayant présenté sa demande de prestations qu'en date du 9 novembre 2009, elle ne peut prétendre à une rente qu'à compter du 1er mai 2010, le droit à la rente ne pouvant prendre naissance au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date de la demande selon l'art. 29 al. 1 LAI. La rente entière doit en revanche être supprimée avec effet au 31 mars 2012 (trois mois à compter du 1er janvier 2012), en application de l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201). 6. a) Partant, la recourante a droit à une rente entière du 1er mai 2010 au 31 mars 2012, tout droit à une rente de l'assurance-invalidité lui étant nié à compter du 1er avril 2012. Il s'ensuit l'admission partielle du recours. b) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être répartis à raison de CHF 600.- à la charge de la recourante, soit les trois quarts, et de CHF 200.- à la charge

de l'autorité intimée, soit un quart. La part des frais à la charge de la recourante n'est toutefois pas perçue, celle-ci étant mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale. Ayant eu par là partiellement gain de cause, la recourante a droit à des dépens (réduits). Conformément aux art. 137 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et au tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12) et dans la mesure où la recourante n'a obtenu qu'une rente entière d'invalidité pour une durée déterminée (23 mois) en lieu et place de la rente entière demandée depuis 2009 pour une durée indéterminée, il sied de lui

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 reconnaître une indemnité pour ses dépens de CHF 1'323.05 – à savoir 5 heures 41 minutes (le quart du temps consacré avant le 1er juillet 2015 selon la liste de frais produite le 10 mai 2016 par Me Moussa) à CHF 230.-, plus 4 minutes (le quart du temps consacré après le 1er juillet 2015 selon la liste de frais produite le 10 mai 2016 par Me Moussa) à CHF 250.- (CHF 250.- de l'heure pour les opérations effectuées après le 1er juillet 2015) –, plus CHF 21.25 au titre de débours (le quart des débours), plus CHF 107.55 au titre de la TVA à 8%. Cette indemnité totale de CHF 1'451.85 est intégralement à la charge de l'autorité intimée et est directement versée au mandataire de la recourante. Pour le reste, conformément aux art. 145 ss CPJA et au Tarif/JA, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle Me Moussa, en sa qualité de défenseur d'office, a droit à CHF 2'123.55 (les trois quarts du montant de CHF 2'831.40 requis), plus CHF 63.75 au titre de débours, plus CHF 175.- au titre de la TVA à 8%. Cette indemnité totale de CHF 2'362.30 est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg et est directement versée au mandataire de la recourante. la Cour arrête: I. Le recours est admis partiellement. Partant, A. _____ a droit à une rente entière du 1er mai 2010 au 31 mars 2012, tout droit à une rente de l'assurance-invalidité lui étant nié à compter du 1er avril 2012. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg par CHF 200.- et à la charge de A. _____ par CHF 600.-. A. _____ étant mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale, la part des frais à sa charge n'est pas perçue. III. L'indemnité de dépens allouée à Me Elias Moussa est fixée à CHF 1'323.05, plus un montant de CHF 21.25 au titre de débours, plus CHF 107.55 au titre de la TVA à 8%, soit un total de CHF 1'451.85. Elle est intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et est directement versée à Me Elias Moussa. IV. L'indemnité allouée à Me Elias Moussa, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 2'123.55, plus un montant de CHF 63.75 au titre de débours, plus CHF 175.- au titre de la TVA à 8%, soit à un total de CHF 2'362.30. Elle est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg et est directement versée à Me Elias Moussa. V. Communication.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 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 14 juin 2016/yo Président Greffier

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