

FR_GERICHTE 605 2014 253 vom 24. November 2015

FR Kantonsgericht, 2015-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_253

FR: FR_GERICHTE 605 2014 253 du 24 novembre 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2014 253 del 24 novembre 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 à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

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

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet 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 et les références). Cela étant, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294).

E. 3

a) Selon l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré

d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. D'après ce dernier alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Dans le cadre de l'examen d'une nouvelle demande, il s'agira, par conséquent, d'appliquer par analogie les principes relatifs à l'examen de la révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA, lequel prévoit que 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 (al. 1). Ainsi, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou à la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important de ces dernières, propres à influencer le degré d'invalidité, peut donner lieu à révision. Il y a révision 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 (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 126 V 75 consid. 1b ; VSI 2000 p. 314; VSI 1996 p. 192 consid. 2d; ATF 113 V 22 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 b) Lorsque les conditions de la révision de la rente ne sont pas ouvertes, il reste encore, cas échéant, à examiner celles de la reconsidération de la décision d'octroi de la rente (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc), reconsidération notamment prévue par l'art. 52 al. 3 LPGA. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 115 V 314 consid. 4a/cc).

E. 4

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). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin 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 (ATF 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36). 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 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

E. 5

Est en l'espèce litigieux le droit aux prestations de la recourante. Cette dernière allègue être gravement atteinte dans sa santé psychique et soutient que sa capacité de travail est nulle. L'OAI estime pour sa part que la situation dans laquelle se trouve son assurée est exclusivement due à des facteurs extra-médicaux qui n'engagent pas sa responsabilité. Dans la mesure où la recourante s'est vu refuser une première rente en 2010 et a déposé une nouvelle demande l'année suivante, dont le sort est l'enjeu du présent litige, il convient de revenir sur son parcours médical afin de déterminer si et dans quelle mesure son état s'est aggravé. a) au moment du premier refus de prestations (mars 2010) La recourante a déposé une première demande de rente le 4 août 2008. A l'appui de celle-ci, elle indiquait être née en 1974. Etre mariée et avoir trois enfants. N'être au bénéfice d'aucune formation et n'avoir été à l'école que durant quatre ans. Au niveau professionnel, elle ne se disait au bénéfice que d'une seule expérience, qui plus est récente, comme auxiliaire dans une imprimerie (cf. demande AI, dossier OAI, pièce 14; attestation de l'employeur, dossier OAI, pièce 43). Elle déclarait être atteinte d'une dépression.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 Son médecin traitant, le Dr D. _____, témoignait de cet état dépressif et parlait d'une somatisation: « la patiente me consulte le 11.2.2008 en raison de vertiges, céphalées, lipothymie, entraînant une chute, sans conséquence. Lors de la consultation, elle ressent une sensation de fourmillements partant du cuir chevelu et touchant tout le côté droit du corps jusqu'au pied. (...) Au vu de cet état dépressif avec somatisation, on introduit un traitement de Citalopram et du Zolpidem pour le soir » (rapport du 28 avril 2008, dossier OAI, pièce 70). Cet état serait lié aux problèmes professionnels rencontrés alors par son mari : « On relève encore des troubles du sommeil depuis quelques jours, une inappétence, un état dépressif, en raison des problèmes professionnels de son mari » (rapport précité). En dépit d'une prise en charge et d'une première amélioration au plan psychique, la recourante, qui demeurait très angoissée et se plaignait désormais de douleurs généralisées, avait été hospitalisée en milieu psychiatrique au printemps 2008: « Je revois la patiente le 18 et le 25.2.2008. Elle se sent légèrement améliorée du point de vue psychique, tout en restant très angoissée, raison pour laquelle je l'adresse à Mme E. _____, psychologue, travaillant avec le Dr F. _____, psychiatre, qu'elle voit pour la première fois le 5.3.2008. Elle consulte les urgences de l'hôpital cantonal de Fribourg le 30.3.2008, en raison de douleurs de l'omoplate droite, irradiant dans le bras et la jambe droites, traitées par Sirdalud et contre-douleurs. On poursuit les séances de physiothérapie prescrites dès le 25.2.2008. Le 3.4.2008, alors qu'elle recommençait le travail, la patiente doit me reconsulter en urgence en raison d'une crise d'hyperventilation, qui répond bien à un comprimé de Temesta. Au vu de l'aggravation de la symptomatologie psychiatrique, la patiente doit être hospitalisée à l'hôpital psychiatrique » (rapport précité). Un rapport émanant de l'hôpital psychiatrique signalait des « troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive » (rapport du 8 septembre 2008 des Drs G. _____ et H. _____, dossier OAI, pièce 78) et évoquait des angoisses et une inquiétude liées à sa situation personnelle et à son avenir : « Etat dépressif, tristesse, angoisses, ruminations par rapport à sa situation, troubles du sommeil importants, fatigue et présence d'idées noires. (...) Etat psychique bien stabilisé, mais toutefois persistance d'une inquiétude par rapport à son avenir » (rapport précité). Le Dr D. _____ confirmait l'influence d'un contexte extra-médical et mentionnait une recrudescence des douleurs et une aggravation de l'état dépressif, malgré les antidépresseurs : « Suite à des problèmes liés aux difficultés professionnelles de son mari, on constate une augmentation de l'état dépressif associé à une recrudescence des douleurs, persistant malgré l'introduction d'un traitement antidépresseur

» (rapport du 22 octobre 2008, dossier OAI, pièce 92). Le Dr F. _____, psychiatre et psychothérapeute, posait le diagnostic de « réaction aiguë à un facteur de stress et trouble de l'adaptation » et relèvait en outre des « syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiques » (rapport du 14 novembre 2008, dossier OAI, pièce 106). Il témoignait de la vulnérabilité de la recourante et retenait pour sa part également l'influence des difficultés financières rencontrées : « Etat dépressif récurrent depuis l'enfance (vulnérabilité structurelle, DD personnalité accentuée). Après la migration en Suisse, la situation était stable jusqu'au retour des problèmes financiers » (rapport précité). En été 2009, les spécialistes du Centre psycho-social allaient dans le même sens, plaçant la situation familiale au cœur du problème et mentionnant une nouvelle hospitalisation au début 2009. La recourante aurait en fait commencé à travailler pour rembourser les dettes de son mari:

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 «La patiente est d'origine portugaise, mariée, le couple vit en Suisse depuis 2003. Ils ont trois enfants, des jumelles de 13 ans et un fils de 6 ans. La patiente travaillait dans une imprimerie à 100% pour rembourser les dettes qu'ils ont contractées. Elle était hospitalisée pour la première en milieu psychiatrique en 2008 et suite à cette hospitalisation, elle était suivie au cabinet du Dr F. _____. Les difficultés du couple et de la famille n'ont pas été résolues, son état psychique ne s'est apparemment pas amélioré ce qui nécessitait une deuxième hospitalisation du 19.01.2009 au 10.03.2009. Depuis le 13.03.2009, la patiente est suivie au Centre psychosocial à Fribourg » (rapport du 29 juillet 2008 des Drs I. _____ et J. _____, dossier OAI, pièce 138). Une expertise psychiatrique fut alors confiée au Dr B. _____ qui rendit son rapport le 14 décembre 2009 (cf. dossier OAI, pièce 178). Il ne décelait aucune atteinte psychiatrique invalidante : « Rien donc dans l'anamnèse ni dans le vécu de l'assurée ne me font penser à une maladie psychiatrique ni à un trouble de la personnalité pendant l'enfance ou l'adolescence. (...) Comme dit précédemment et du point de vue psychiatrique, je n'ai pas pu déceler des signes ou des symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité qui justifie l'incapacité de travail de l'assurée » (expertise B. _____ I p. 14 et 17, dossier OAI, pièces 165 et 162). Il retenait au contraire une réaction aux problèmes socio-professionnels, déjà relevée par ses confrères : « Le mari de l'assurée s'est installé en indépendant et l'entreprise a mal tourné, ce qui a provoqué un conflit de couple important. De plus, l'assurée s'est mise à travailler pour rembourser les dettes de son mari alors qu'elle n'avait pas tellement l'habitude de travailler, elle s'est donc mise à travailler plutôt par obligation, ceci n'étant vraiment pas son choix. (...) La problématique de l'assurée me paraît être plutôt réactionnelle, les signes anxieux et dépressifs légers appartiennent plutôt au trouble de l'adaptation et pas tellement à un trouble dépressif récurrent » (expertise B. _____ I, p. 15 et 16, dossier OAI, pièces 164 et 163). La recourante serait d'ailleurs « énervée car elle ne trouve pas du travail » (expertise B. _____ I, p. 8, dossier OAI, pièce 171). Compte tenu des circonstances, l'expert restait pessimiste : « Le pronostic reste plutôt réservé étant donné la forte possibilité d'une évolution vers un trouble somatoforme » (expertise B. _____ I, p. 17, dossier OAI, pièce 162). D'autant plus que la recourante ne prenait pas bien ses médicaments : « Concernant le dosage plasmatique, soit l'assurée ne prend pas les médicaments, soit elle ne les prend pas selon la prescription du médecin, car le neuroleptique (Seroquel) et l'antidépresseur (Cymbalta) sont au dessous de l'intervalle thérapeutique » (expertise B. _____ I, p. 16, dossier OAI, pièce 163). Et qu'il existait une certaine discordance dans ses plaintes: « Par rapport à la lignée dépressive et au moment de l'entretien, il y a une certaine discordance entre ce qui est dit par l'assurée et ce

qui est ressenti par l'expert » (expertise B. _____ I, p. 10, dossier OAI, pièce 169). Estimant qu'elle ne présentait dans ces conditions aucune atteinte invalidante à sa santé au sens de la loi, l'OAI a refusé de lui allouer une rente par décision du 18 mars 2010 (dossier OAI, pièce 193). Elle n'a pas recouru contre cette décision.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 b) au moment du second refus de prestations (octobre 2014) Elle a en revanche déposé une nouvelle demande de rente le 16 novembre 2011 (dossier OAI, pièce 205). Ses plaintes étaient toutefois toujours les mêmes : « dépression, angoisse, douleurs dans tout le corps ». Elle précise du reste que « l'atteinte » dure depuis environ 6 ans. Un rapport de l'hôpital psychiatrique fait état d'un nouveau séjour de la recourante, du 6 octobre au 11 novembre 2011, après qu'elle eut présenté des idées suicidaires : « La patiente nous a été adressée en raison d'un état dépressif avec des idées suicidaires, la situation n'étant plus gérable à domicile. (...) Elle avoue des idées suicidaires: sporadiques, sans projet élaboré ». Elle a pu rentrer à la maison après une prise en charge et un traitement médicamenteux : « Grâce au cadre psycho-pharmaco-thérapeutique mis en place, nous avons pu noter une évolution favorable de son état psychique, avec stabilisation des angoisses et humeur neutre. La patiente a pu bénéficier de congés à la maison qui se sont bien déroulés. Au vu de l'amélioration de son état psychique, la patiente est retournée à domicile le 11.11.2011 » (rapport du 14 novembre 2011, dossier OAI, pièce 217). En décembre 2011, le Dr D. _____ précise que la problématique est essentiellement psychique: « Il s'agit principalement de restrictions psychiques » (rapport du 5 décembre 2011, dossier OAI, pièce 222). La psychiatre qui la suit désormais régulièrement, la Dresse K. _____, retient pour sa part le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen » et d'une « personnalité émotionnellement labile, type borderline, avec des traits histrioniques ». La recourante montrerait toutefois plus des signes d'anxiété que de véritables signes d'une maladie grave, ceci dans un contexte de victimisation et de dramatisation : « orientée sur sa personne, dans le temps et l'espace. Discours non chronologique avec cependant une pensée cohérente. Thymie triste, angoissée. Anxiété présente. Narcissique. Difficulté à gérer son agressivité verbale et sa frustration. La barrière du réel est fragile. Par moment, elle met en avant une "hyper-expressivité" émotionnelle et une dramatisation. Prend un rôle de victime. Pas de présence de symptômes de la lignée psychotique, pensées d'autodestruction, sans projet élaboré de passage à l'acte » (rapport du 22 décembre 2011, dossier OAI, pièce 263). Les problèmes au sein du couple semblaient à nouveau jouer un rôle important, et elle en rencontrerait également même avec ses enfants : « Il existe un conflit conjugal apparemment "larvé" depuis longtemps. Le couple a une dette de CHF 40'000.- suite à la fermeture de leur entreprise privée. Elle est aussi dépassée par ses enfants » (rapport précité). Pour autant, l'espoir d'une amélioration subsistait: « Malgré les difficultés et la fragilité, le pronostic de la patiente est susceptible de s'améliorer », avec un traitement et suivi adéquat : « suivi psychiatrique et traitement médicamenteux (antidépresseur, somnifères, tranquillisants) » (rapport précité). Pour les spécialistes de l'hôpital psychiatrique au sein duquel elle avait donc déjà séjourné à plusieurs reprises, le contexte socio-professionnel, le sien comme celui de son mari, était déterminant : « Les difficultés de couple et financières ne sont pas résolues, raison pour laquelle elle nécessite une prise en charge hospitalière. (...) Sa situation familiale (problèmes avec son mari) et la charge de travail l'épuisent de plus en plus et la patiente ne sait pas comment gérer la

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 situation. On note de la tristesse, une fatigue matinale, des crises de pleurs, un manque de soutien de la part de son conjoint » (rapport du 27 février 2012 des Drs J. _____ et L. _____, dossier OAI, pièce 276). Elle-même semblait alors reconnaître la prééminence de ses soucis financiers: « Elle n'a jamais réfléchi à un projet pour le futur. La dépression et les angoisses prennent le dessus. Elle n'arrive pas à penser à autre chose. De plus, comme elle ne reçoit aucune prestation financière, l'argent est un souci supplémentaire au quotidien » (rapport d'entretien du 30 avril 2012, dossier OAI, pièce 283). Elle avait tout de même un temps retrouvé un emploi comme vendeuse en boucherie (rapport précité). La recourante a été renvoyée devant le Dr B. _____, qui a rendu un nouveau rapport le 10 septembre 2012 (dossier OAI, pièce 319). Il y maintient ses précédentes conclusions, formulées en 2009: « Comme évoqué lors de mon rapport d'expertise de 2009, la problématique de l'assurée est plutôt réactionnelle, les signes anxieux et dépressifs ne sont pas handicapants. Je n'ai pas décelé de signes ou symptômes parlant en faveur d'un véritable trouble dépressif récurrent. De plus, en constatant les activités journalières de l'assurée, nous sommes loin d'une personnalité présentant des symptômes dépressifs à caractère invalidant. Mes conclusions sont donc les mêmes que lors de mon précédent examen psychiatrique de 2009, c'est-à-dire qu'au cours de l'entretien et après étude du dossier médical, je n'ai pas trouvé de maladie psychiatrique ou de trouble de la personnalité pouvant justifier une incapacité de travail chez cette assurée qui, dans une activité adéquate, est capable de travailler à 100% » (expertise B. _____ II, p. 14, dossier OAI, pièce 306). Le contexte est demeuré d'après lui le même, qui a même pu favoriser l'installation d'un trouble somatoforme douloureux: « Rappelons que cette assurée présente un conflit de couple datant de quelques années, qui a été bien documenté lors des hospitalisations à Marsens. En effet, le mari de l'assurée s'est installé en tant qu'indépendant mais son entreprise a fait faillite. L'assurée a commencé à travailler, plus par obligation que par choix et alors qu'elle n'en avait pas l'habitude, afin d'assumer les dettes de son époux. A signaler que les douleurs de l'assurée ont augmenté depuis ce conflit de couple, avec apparition du trouble dissociatif et notamment des douleurs dans toute la partie droite du corps. Ces douleurs se sont généralisées jusqu'à devenir un trouble somatoforme » (expertise B. _____ II, p. 13, dossier OAI, pièce 307). Mais il n'existe aucune invalidité sur le plan psychique, le faible niveau de formation de la recourante entrant en revanche en ligne de compte: « Concernant les critères de gravité de Mayer-Blaser, je constate qu'il y a une comorbidité psychiatrique, dans le sens qu'il existe un trouble anxieux et dépressif plutôt léger avec des symptômes tels que la tension nerveuse, irritabilité et une légère tristesse, plutôt secondaire aux douleurs et n'étant pas handicapants en soi. Puisque les douleurs sont présentes depuis longtemps, nous pouvons parler d'une maladie chronique. Il n'y a pas de cristallisation psychique mais il faut tenir compte que l'assurée a été très peu scolarisée et que ses mécanismes de défense sont ceux d'une personnalité plutôt fruste. Il n'y a pas d'isolement social, elle est bien entourée, notamment par sa famille » (expertise B. _____ II, p. 13, dossier OAI, pièce 307). Peu après l'entretien avec l'expert, la recourante aurait fait une tentative de suicide et serait à nouveau hospitalisée (rapport d'entretien téléphonique du 9 octobre 2012, dossier OAI, pièce 322).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 L'OAI a malgré tout rendu un projet de refus de rente le 10 octobre 2012 (dossier OAI, pièce 328), considérant que l'état de santé de son assurée ne s'était pas modifié. Suite à quoi le Dr D. _____ est intervenu, soulignant la précarité de la situation psychique de sa patiente: « Cette patiente est suivie à ma consultation pour des douleurs poly-articulaires et des blocages lombaires importants ainsi que des migraines

invalidantes. Je suis bien conscient que l'AI ne retient pas le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux pour décider d'une prise en charge. Par contre, la situation psychiatrique de cette patiente est précaire. La patiente vient à nouveau d'être hospitalisée pour un état dépressif. L'intensité du traitement médicamenteux montre bien à quel point cette patiente souffre d'angoisses et de troubles dépressifs. Le suivi est assuré par sa psychiatre la Dresse K._____. Je pense qu'une évaluation psychiatrique devrait être envisagée, au vu d'une aggravation de son état psychique, qui empêche cette patiente de travailler depuis plusieurs mois » (rapport du 15 octobre 2012, dossier OAI, pièce 329). Sa psychiatre va alors dans le même sens, évoquant des tentatives de suicide répétées. Elle ne fait néanmoins que constater l'échec de la médecine et l'ampleur prises par les difficultés socio- professionnelles et familiales : « Péjoration de son état dépressif. Son réseau familial est dépassé. Elle est actuellement en instance de divorce. Elle fait des tentatives de suicides à répétition : médicamenteux, elle a tenté à plusieurs reprises de sauter du pont. Actuellement, la patiente présente un état de détresse avec des passages à l'acte à répétition, son appel continu à l'aide a fini par épuiser sa famille et ses amis. Ses hospitalisations à répétition à l'hôpital psychiatrique semblent éphémères et impuissantes de même dans les consultations psychiatriques ambulatoires, en l'occurrence dans mon cabinet. Le syndrome somatique et ses difficultés socioprofessionnelles et familiales prennent de l'ampleur » (rapport du 20 novembre 2011, dossier OAI, pièce 339). A la fin d'un nouveau séjour à l'Hôpital en automne 2012, son état s'était tout de même amélioré : « Actuellement, évolution favorable avec amélioration de la thymie et nette diminution des angoisses et des douleurs, calmées sous antalgiques » (rapport du 4 janvier 2013 des Drs M._____ et N._____, dossier OAI, pièce 354). Quoiqu'il en soit, la recourante a produit une contre-expertise psychiatrique privée du Dr C._____, datée du 4 mars 2013 (dossier OAI, pièce 385). Ce dernier estime que la situation s'est aggravée et que la recourante est désormais atteinte d'un trouble dépressif sévère, associé à des symptômes psychotiques, constatés lors des séjours hospitaliers: « L'évolution récente est défavorable avec une aggravation nette de la symptomatologie dépressive et apparition vraisemblablement dès 2012 de symptômes psychotiques congruents à l'humeur. Cette évolution est constatée lors des derniers séjours hospitaliers, en particulier dans le rapport du 12.11.2012. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère est posé, les symptômes psychotiques (persécutaires) étant discutés à l'observation. Il est probable que le rapport du dernier séjour fin 2012 confirme ce diagnostic, mais il n'était pas encore rédigé au moment de la présente expertise psychiatrique. (...) L'état de santé de l'expertisée s'est aggravé avec apparition de symptômes psychotiques associés au trouble dépressif récurrent ainsi que des passages à l'acte auto-agressifs répétés nécessitant des hospitalisations en milieu psychiatrique et une introduction récente de soins psychiatriques à domicile » (contre-expertise C._____, p. 10 et 13, dossier OAI, pièces 376 et 373). Il n'en remet pas moins en cause les observations faites à l'époque par son confrère, le Dr B._____, qui n'aurait pas su déceler de trouble dépressif associé au trouble de la personnalité:

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 « Ces considérations sont en opposition avec les conclusions de l'expert mandaté par l'OAI Fribourg. Cet expert n'a en effet pas considéré la présence d'un trouble de la personnalité ni d'un trouble dépressif récurrent chez l'expertisée, se limitant pour l'essentiel à la discussion d'un trouble dissociatif ou somatoforme. Or, ce diagnostic ne semble pas probant. Aucun rapport psychiatrique n'indique la présence d'une expression somatoforme du trouble, bien qu'un syndrome somatique lié à la dépression soit mentionné dans le dernier rapport à disposition de l'expert. Il est probable que les

symptômes somatiques exprimés soient liés au trouble dépressif sévère actuellement décompensé, sans que cela ne permette de retenir un diagnostic de trouble somatoforme, dissociatif ou « fibromyalgique » isolé. Ce diagnostic devrait par conséquent être retiré des considérations » (contre-expertise C. _____, p. 11, dossier OAI, pièces 375). Le Dr C. _____ considère que si l'incapacité de travail est aujourd'hui devenue permanente, elle n'en était pas moins présente depuis plus longtemps: « Ce double diagnostic implique une incapacité de travail totale et permanente, il est vraisemblable que le trouble évolue de manière défavorable depuis le début des symptômes psychiatriques attestés, soit le 1.6.2008. Il est possible de retenir une incapacité de travail entière du 1.6.2008 au 30.6.2009 et partielle (50%) entre le 1.7.2009 et le 12.9.2011 avec incapacité totale et vraisemblablement définitive depuis le 13.9.2011» (contre-expertise C. _____, p. 10, dossier OAI, pièces 376). Ainsi, plutôt que d'attester d'une véritable aggravation de l'état de santé, la contre-expertise ne fait au fond que présenter un nouveau diagnostic différentiel. Ce moyen de preuve constitue dès lors moins un grief de révision qu'un grief de recours contre le premier refus de rente prononcé en 2010. Quoi qu'il en soit, le Dr C. _____ ne peut taire le contexte socio-professionnel et laisse clairement entendre que la recourante est en recherche d'une rente qui serait la solution à ses problèmes: « ...l'expertisée ne réalise plus aucune activité lucrative et ne parvient guère à gérer son propre ménage. Les tâches administratives sont par ailleurs aussi en grande partie déléguées à ses filles car elle se dit surchargée par les difficultés économiques de la famille. (...) Dans ses perspectives d'avenir, l'expertisée souhaite être reconnue pour ses souffrances et ainsi pouvoir contribuer à l'économie familiale précaire » (contre-expertise C. _____, p. 5, dossier OAI, pièces 381). A côté de tout cela, l'alarmisme dont il fait preuve paraît en contradiction avec les derniers rapports de l'hôpital psychiatrique. A l'occasion d'un nouveau séjour avant l'été 2013, les spécialistes de l'hôpital ont surtout constaté des manifestations anxio-dépressives: « La patiente décrit une symptomatologie anxio dépressive depuis environ trois semaines, pour laquelle elle accuse un changement de traitement depuis 2-3 mois. (...) Elle décrit une humeur triste, une irritabilité, un sentiment de culpabilité, une anhédonie et une aboulie. Elle rapporte quelques épisodes d'insomnie (difficultés d'endormissement, réveils multiples) avec des ruminations et tendance à la clinophilie le matin. Elle décrit une perte de l'appétit avec perte de poids. (...) Elle rapporte des idées suicidaires avec projet (médicaments) et des angoisses concernant les membres de sa famille (inquiétude quand ils quittent la maison, imagine des scénarii) » (rapport du 6 août 2013 des Drs O. _____ et P. _____, dossier OAI, pièce 395). Encore et toujours, c'est la situation financière qui paraissait être au centre de ses problèmes, voire même le sort de sa demande AI: « La situation financière est source de ruminations, avec

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 des dettes, un rapport AI qui a été refusé avec une contre-enquête faite (en attente de la réponse » (rapport précité). A son arrivée - elle est internée sur un mode volontaire, comme à chaque fois d'ailleurs -, la situation ne donnait pas à penser que l'on se trouvait en présence de la malade gravement atteinte décrite par le Dr C. _____, sans quoi les médecins ne se seraient probablement pas permis de relever sa propension à se plaindre: « Patiente éveillée. Conscience sans particularités. Activité psychomotrice ralentie. Diminution du dynamisme. Bonne collaboration. Contact visuel diminué. Distance relationnelle normale. Sociabilité normale. Orientée dans les quatre modes. Mémoire normale. Attention diminuée. Concentration normale. Pensée cohérente. Pas de craintes ni d'obsessions. Pas de délires. Pas de troubles des perceptions. Pas de trouble du Moi. Discours avec un ton monocorde, avec sonorité douce. Vitesse, fluidité,

débit sans particularités. Troubles affectifs avec perte d'élan vital, humeur dépressive (tristesse), anxiété psychique éprouvée, irritabilité, propension à se plaindre, pas d'autres symptômes affectifs. Humeur : triste. Idées suicidaires présentes fluctuantes gérables, projet (médicaments), s'engage à faire appel » (rapport précité). Aucun symptôme psychotique n'a d'ailleurs été observé durant tout le séjour (rapport précité). Une adaptation des médicaments a produit de bons effets et la recourante a pu quitter l'hôpital à sa demande, pour rejoindre ses enfants en vacances: « l'évolution est marquée par une légère amélioration décrite par la patiente, qui demande sa sortie (vacances des enfants). Des congés ont été octroyés au cours de ce séjour avec un bon déroulement. Devant l'évolution favorable, l'absence de risque auto ou hétéro-dommageable, la sortie s'est faite » (rapport précité). Sa psychiatre a par la suite implicitement confirmé que la situation n'était pas aussi grave que ne l'avait décrite le Dr C._____. La situation financière était encore et toujours la principale source d'angoisses et sa santé semblait en dépendre directement. Une reprise du travail serait donc bénéfique : « Concernant l'expertise du Dr Q._____ du 4.03.2013, elle n'a plus de symptômes psychotiques tels qu'hallucinations par contre les symptômes somatiques sont toujours présents. Actuellement, son incapacité de travailler est à 100 %. Cependant, je suis optimiste concernant son pronostic. Je pense qu'une fois que la patiente aura pu diminuer la pression et résoudre ses soucis économiques son état d'anxiété exacerbé et ses angoisses vont aussi diminuer. C'est aussi pour cette raison qu'une évaluation en atelier d'observation serait indispensable pour mieux évaluer la capacité d'endurance et souplesse psychique. La patiente est d'accord, nous en avons discuté le 5.08.2013. Rappelons-nous que lorsqu'elle travaillait dans une boucherie, elle allait de mieux en mieux ainsi que son estime de soi » (rapport du 20 août 2013 de la Dresse K._____, dossier OAI, pièce 396). Au début de l'année 2014, la situation semblait se normaliser : « Actuellement, ses idées suicidaires et idées noires se sont estompées, elle ne présente pas des symptômes psychotiques, comme hallucinations ou discours délirant. Toutefois, elle reste très fragile, tendue, angoissée et les ruminations sont constantes » (rapport du 28 janvier 2014 de la Dresse K._____, dossier OAI, pièce 403). Pour autant, le contexte familial demeurait sombre : « Actuellement cette patiente est dans une phase « calme ». Paradoxalement, c'est son milieu familial qui est bouleversé. Sa mère a été agressée, hospitalisée. Ses enfants adolescents ne trouvent pas un endroit pour faire leur

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 apprentissage depuis 2 ans. Leur situation financière est chaotique. La patiente est démunie pour les soutenir. La Justice de Paix ne les a toujours pas convoqués, comme prévu » (rapport précité). Réentendu, le Dr B._____ a réitéré ses conclusions, n'acceptant que la seule idée d'une incapacité de travail lors de la dernière hospitalisation : « Compte tenu de ce qui précède et selon les documents que vous avez mis à ma disposition, nous pouvons admettre une incapacité de travail pendant l'hospitalisation de l'assurée. Sinon, les arguments avancés par mes collègues ne sont pas à même de modifier les conclusions de mon rapport d'expertise que je vous ai adressé en septembre 2012 et dont les conclusions sont semblables à celles de décembre 2009 » (rapport du 12 mai 2014, dossier OAI, pièce 419). Et c'est ainsi que l'OAI a rendu une nouvelle décision de refus de rente le 20 octobre 2014, maintenant sa position vis-à-vis de la recourante (cf. dossier OAI, pièce 445). Dans la mesure où le contexte social est demeuré exactement le même et qu'il est manifestement toujours en lien direct avec les angoisses et les inquiétudes de la recourante, qui sont pour leur part à l'origine de ses nombreuses demandes d'hospitalisation, force est d'emblée de considérer qu'aucune réelle aggravation de l'état de santé de la recourante ne peut être retenue. Le Dr C._____ ne fait au fond que critiquer

le diagnostic retenu par l'expert B. _____ en 2009 et remettre en cause le premier refus de rente. Contre-expert privé, l'on peut partir du principe qu'il s'exprime dans le sens de sa patiente et relaie ses plaintes les plus alarmantes, comme le fait du reste la mandataire. Le contexte dans lequel évolue la recourante n'est pas assimilable à une atteinte à la santé au sens de la loi. Il ne dépend en l'espèce que de facteurs extra-médicaux dont la responsabilité n'incombe pas à l'OAI. c) facteurs extra-médicaux Il est inutile de revenir sur les difficultés du couple et les angoisses liées à leur situation financière, qui ont été signalées d'emblée, à l'appui même de la première demande de rente en 2008 et dans plus ou moins tous les rapports médicaux qui ont par la suite été versés au dossier. L'on se contentera de relever d'autres facteurs extra-médicaux qui influencent le tableau. aa) Tout d'abord, la recourante semble attendre un dédommagement financier pour ses souffrances, le Dr C. _____ l'a du reste écrit en ces termes mêmes. Force est de constater que le paroxysme des crises suit directement l'évolution du traitement de sa demande AI, comme l'ont laissé entendre les psychiatres à l'hôpital. Une première tentative de suicide avait du reste été annoncée en automne 2012, soit peu après que la recourante ait revu l'expert pour la seconde fois, suite à quoi l'OAI avait rendu un contre-projet de refus de rente. bb) Elle n'est au bénéfice d'aucune formation professionnelle, n'aurait suivi l'école que pendant quatre ans et paraît dès lors peu armée pour faire face et réagir aux difficultés auxquelles elle se trouve confrontée, ce qui en soit peut aussi expliquer ses angoisses.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 N'ayant pratiquement jamais travaillé, elle serait de plus contrainte à trouver un emploi pour participer au remboursement des dettes nées de la faillite de son époux et il n'est dès lors pas étonnant du tout qu'elle ne soit guère motivée par cette idée. cc) Enfin, la recourante n'est pas cohérente dans le suivi de sa médication. L'expert l'avait relevé en 2009. Les spécialistes de l'hôpital psychiatrique plus tard également : « la patiente consomme de plus en plus de réserves de Temesta alors que ce traitement a été stoppé par sa psychiatre. (...) Elle reste focalisée sur les médicaments avec beaucoup d'attentes et de fréquentes demandes de changer de médication » (rapport du 6 août 2013, dossier OAI, pièce 395). Même sa psychiatre le dit : « Il est très difficile de gérer le traitement car elle demande constamment de le changer. Vu mon refus, le changement a été effectué à l'hôpital psychiatrique, et ceci n'est pas la première fois » (rapport du 20 août 2013 de la Dresse K. _____, dossier OAI, pièce 397). Tout cela donne à penser que ses plaintes ne reposent sur aucun substrat médical, mais bien sur des éléments sociaux à l'endroit desquels la médication est sans prise. On a d'ailleurs pu s'en apercevoir en 2008 déjà, avec l'inefficacité des antidépresseurs, censés pourtant traiter une dépression (cf. rapport du 22 octobre 2008 du Dr D. _____, dossier OAI, pièce 92).

E. 6

Un refus de prestations est manifestement justifié en l'espèce. Comme la première demande de rente, refusée, la seconde demande fait état de manifestations anxieuses étroitement liées à la situation de précarité dans laquelle se trouve la recourante, avec un mari endetté et des soucis liés à son avenir ou à celui de ses enfants, soucis décrits comme des ruminations par l'ensemble des spécialistes. Il n'y a donc aucune modification des circonstances sachant constituer un motif de révision. Cette situation de précarité, qui produit certes des symptômes anxieux, ne peut en outre s'apparenter à une atteinte à la santé vis-à-vis de laquelle la responsabilité de la recourante serait engagée. Elle est au contraire même favorisée par d'autres facteurs extra-médicaux, comme l'absence de formation ou d'un suivi sérieux de la médication qu'on lui propose en réponse à ses plaintes et attentes.

L'amplification récente de toute cette problématique ne peut donc être assimilée à une aggravation de son état de santé. La contre-expertise privée produite par la recourante ne fait pour sa part que remettre en cause cette vision des faits, pourtant bien établie et documentée, et voudrait proposer un nouveau postulat, à savoir que c'est une maladie psychiatrique désormais totalement invalidante qui est à l'origine de tous les problèmes qu'elle rencontre et que cette invalidité est permanente. La recourante n'est pourtant âgée que d'à peine quarante ans et l'on ne saurait accepter avec lui de renoncer pour elle.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 Sans compter que même sa psychiatre considère qu'elle allait beaucoup mieux lorsqu'elle avait retrouvé du travail. Ceci prouve plusieurs choses. Tout d'abord, que c'est une solution financière et non médicale qui est ici attendue et vivement espérée. D'autre part, que l'éloignement de la recourante de son milieu familial, et donc du contexte qui « l'accable » (cf. rapport du 20 août 2013 de la Dresse K. _____, dossier OAI, pièce 396), serait également bénéfique. A ce titre enfin, qu'il n'est absolument pas établi que les problèmes rencontrés par la recourante limitent effectivement, comme elle le croit, sa capacité de travail. Elle a bien été en mesure de travailler entre ses deux demandes de rente et c'est suite au licenciement, dont on ne sait rien, qu'elle aurait déposé une nouvelle demande de rente: « Rappelons que sa première demande de prestations, rejetée d'ailleurs par l'OAI-FR, était pratiquement identique à la seconde. L'assurée a travaillé durant presque deux ans dans une boucherie avant d'être licenciée et de réitérer une deuxième demande de prestations » (expertise B. _____ II, p. 14, dossier OAI, pièce 306). L'on peut tout au plus admettre chez elle une incapacité de travail lors des prises en charge hospitalières. La recourante signale à cet égard qu'elle a fait plusieurs « tentatives » de suicide. La Cour prend cela très au sérieux. Les descriptions de ces « tentatives » évoquent heureusement plutôt des idées, restées à l'état de projets. Ces « tentatives » semblent dépendre de l'évolution du traitement de sa demande vis-à-vis de l'AI. Or, un refus de prestations ne saurait en soi provoquer une atteinte invalidante à la santé ni et surtout, cela va de soi, justifier que l'on puisse mettre fin à ses jours. La question n'est en effet pas de savoir si la recourante est ou non en état de détresse, cela apparaît très clairement, mais de savoir si cet état de détresse, auquel on ne saurait d'ailleurs rester insensible, est causé par une atteinte médicale objectivable susceptible de lui occasionner une incapacité de travail durable et, partant, une perte de gain, dont aurait à répondre l'assurance- invalidité. Ce qui n'est pas le cas ici, la détresse devant être considérée comme exclusivement sociale. D'autres solutions sont donc à trouver, avec les services sociaux ou peut-être aussi avec le concours des autorités de tutelle, comme l'annonce du reste la psychiatre dans son dernier rapport. Quoi qu'il en soit, le recours déposé contre la décision de rejet de sa nouvelle demande de rente est mal fondé d'un point de vue juridique.

E. 7

Il s'agit enfin de statuer sur les frais et dépens.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 La recourante a demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire totale. Dans la mesure où la cause était ici manifestement d'emblée dénuée de toute chance, l'on ne peut accéder à sa demande. Le contexte social à l'origine de ses problèmes et de ses plaintes est en effet resté exactement le même et il apparaissait ainsi d'emblée, à la lecture même de la nouvelle demande de prestations, qu'il n'y aurait aucun motif à révision, ni même à reconsidération, du refus prononcé en 2010. Cela est apparu si clairement à la lecture de son dossier que la Cour a décidé de trancher la question directement par arrêt de fond, sans nécessairement procéder à un second échange des

écritures, faisant usage du principe de la maxime d'office. Malgré tout, et dans la mesure où sa profonde détresse est alimentée par ses problèmes financiers, la Cour renonce exceptionnellement à mettre les frais de justice à sa charge. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire est rejetée. III. Il n'est exceptionnellement pas perçu de frais de justice. 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 24 novembre 2015 /mbo
Présidente Greffier-rapporteur

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