

# FR\_GERICHTE 605 2015 109 vom 14. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2015\\_109](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_109)

FR: FR\_GERICHTE 605 2015 109 du 14 février 2017

IT: FR\_GERICHTE 605 2015 109 del 14 febbraio 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Dûment représentée, la recourante est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que cette dernière soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

### 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. aa) 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

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 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). bb) La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose donc d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement 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 malade 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). Ce n'est toutefois 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**

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). Néanmoins, 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 156, 114 V 310; 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. 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). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (arrêt TF I 10/02 du 26 juillet 2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008), l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration

ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire.

#### **E. 4**

Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations, et tout particulièrement du droit à la rente, est litigieuse la question de savoir si l'on se trouve en l'espèce en présence ou non d'une maladie psychique invalidante. Il s'agit de se référer au dossier médical. a) parcours professionnel et atteinte invoquée A l'appui de sa demande de rente déposée le 1er octobre 2013, la recourante, née en 1984, se plaint d'atteintes ayant globalement trait à sa sphère psychique, mentionnant « troubles de mémoire, tremblement, angoisse, trouble de la concentration, vertiges, dépression, insomnie, mal à la tête, nervosité, oubli des choses » (dossier OAI, pièce 16). Rapporté par l'expert psychiatre mandaté par l'OAI, soit le Dr B. \_\_\_\_\_, le parcours socio- professionnel de cette dernière peut se résumer ainsi, jusqu'à la naissance de sa fille en 2012 « Après la fin de sa scolarité à 18 ans, elle ne suit pas de formation mais travaille pendant environ une année dans la vente d'aliments et de vêtements, sans engagement fixe. En 2003, elle arrive en Suisse et vit d'abord chez sa tante à Genève, jusqu'à son mariage en 2004. Puis elle s'occupe du ménage de son mari, avant de trouver un premier travail en dehors de la maison en Suisse. En 2006, elle commence un travail de vendeuse dans un kiosque à la gare de Fribourg, avec un taux variable en tant qu'auxiliaire dans un kiosque. Reconnue pour la qualité de son travail, son employeur lui propose le poste de responsable d'un autre kiosque, près de la gare de Fribourg en 2007. Contente de cette opportunité, elle signe un contrat fixe et poursuit cette activité à plein temps, jusqu'en avril 2012, alors qu'elle accouche de sa fille » (rapport d'expertise du 5 novembre 2014 p.9, dossier OAI, pièce 169). Après quoi, souffrant notamment de diabète et d'hypertension, son retour au travail ne s'est pas bien passé. Elle a en effet été confrontée à des problèmes de gestion sur son lieu de travail et devait en outre faire face aux difficultés rencontrées par son conjoint, sur le point d'être renvoyé de Suisse: « Responsable de la gestion des comptes, de la commande et de la gestion du personnel du kiosque, elle poursuit ce travail sans difficulté et reprend volontiers son activité professionnelle après 3 mois de congé maternité, à plein temps. A son retour au travail, elle rencontre pourtant des difficultés avec les employés ayant mal géré le kiosque. Comme ses supérieurs n'écoutent pourtant pas ses plaintes, elle doit accepter cette situation insatisfaisante. Souffrant de problèmes de santé, comme un diabète et une hypertension depuis la fin de sa grossesse, elle se sent de

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 plus en plus fragile et dépressive, entre autre à cause de l'expulsion du père de son enfant en juillet 2012 » (rapport d'expertise précité). C'est à partir de là, en automne 2012, qu'elle serait tombée malade et qu'elle a été mise en incapacité de travail. Et, pour cette raison même, elle s'est adressée à l'OAI un an plus tard. b) atteinte au niveau physique Il s'agit tout d'abord de faire remarquer que deux médecins ont mentionné la présence de telles atteintes chez la recourante. Le Dr C. \_\_\_\_\_, généraliste, s'est pour sa part contenté de relater les difficultés rencontrées par elle au cours de sa grossesse en 2012 (évocation d'un HELLP syndrome, cf. rapport du 15 novembre 2013, dossier OAI, pièce 76), sans toutefois évoquer d'incapacité de travail. Il a confirmé plus récemment qu'il n'y avait aucune incapacité de travail à signaler dans son domaine de compétence, que cela soit au niveau des troubles rencontrés pendant la grossesse, ou même « sur le plan strictement rénal et tensionnel » (rapport du 2 février 2015, dossier OAI, pièce 232). Quant à la Dresse D. \_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie, diabétologie et

métabolisme, elle a clairement indiqué que « la raison pour laquelle j'ai suivi la patiente n'est absolument pas du ressort de l'assurance-invalidité » (rapport du 20 novembre 2013, dossier OAI, pièce 78). La piste d'une atteinte invalidante sur le plan de la santé physique peut ainsi d'emblée être écartée. c) atteinte au niveau psychique aa) Selon le Dr B. \_\_\_\_\_, aucune maladie ne peut se déduire des troubles évoqués à l'appui de la demande de prestations. Ainsi, la stabilité affichée par la recourante dans le cadre des relations avec sa famille et ses proches semble exclure la présence d'une « décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques ou de syndrome douloureux somatoforme » : « elle décrit des moments d'angoisse et de tension se manifestant face à des contrariétés ainsi que la confrontation avec ses difficultés sociales, comme l'expulsion de son compagnon et son licenciement, vécus comme des injustices. Souffrant de vertiges et de tremblements lors de ses angoisses, elle les surmonte en s'occupant de sa fille. Elle décrit également une bonne stabilisation de son état, lorsqu'elle peut passer du temps avec une copine ou des membres de sa famille, comme son père, avec qui elle entreprend des excursions lui permettant de se distraire de ses problèmes. Souffrant d'angoisses dans des situations spécifiques, elle les gère sans survenue brutale d'un sentiment de panique, ni de peur secondaire de mourir ou de perdre le contrôle, caractérisant un trouble panique » (rapport d'expertise, p. 15, dossier OAI, pièce 163). Pareillement, aucun état dépressif ne serait à signaler : « Gardant l'espoir d'une amélioration de sa situation, elle décrit d'une manière authentique son engagement pour sa fille et son compagnon, dans le but de réunir la famille, sans attitude manifestement pessimiste face à l'avenir. Dans ce même contexte, elle prend une claire distance d'idées suicidaires récurrentes et nie d'acte auto-agressif depuis 2013. En l'absence d'une diminution de l'appétit chez une expertisée souffrant d'une surcharge pondérale, les éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen ne

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 permettent pas de retenir un épisode dépressif » (rapport d'expertise, p. 15, dossier OAI, pièce 163). Sur ce point, l'expert semble déplorer l'inefficacité de la prise en charge psychothérapeutique, en présence, toujours, de sa petite fille, ce qui donne à penser qu'un tel traitement n'est peut-être pas vraiment adapté au cas de la recourante: « Il n'y a pas non plus de trouble dépressif récurrent en l'absence d'élément objectivable en faveur d'un deuxième épisode dépressif isolé chez une expertisée qui commence son premier traitement psychiatrique seulement en novembre 2012. Par contre, on peut s'interroger sur l'efficacité d'une psychothérapie qui se déroulent toujours en présence de l'enfant de l'expertisée » (rapport d'expertise, p. 16, dossier OAI, pièce 162). Il n'y aurait pas non plus de trouble persistant de l'humeur, les capacités adaptatives demeurant globalement préservées, en dépit même d'un léger et fluctuant ralentissement psychomoteur : « elle ne souffre pas d'un abaissement important et persistant de l'humeur, mais décrit des périodes pendant lesquelles elle se sent relativement bien et par exemple capable de rendre visite à sa tante à Genève ou d'entreprendre des excursions touristiques avec son père. A l'examen, elle fait également preuve de sa réactivité émotionnelle à des événements agréables, en se présentant souriante par moments, par exemple lorsqu'elle parle de sa fille ou du bon contact avec sa famille. Dans ce même contexte, elle exprime d'une manière authentique son engagement pour son enfant et son intérêt, par exemple pour certaines émissions de télévision. Malgré un ralentissement psychomoteur fluctuant, qui reste léger, elle participe activement à un examen d'une durée de plus de trois heures, après avoir organisé spontanément quelqu'un qui s'occupe de sa fille. Dans ce contexte, elle montre ses capacités adaptatives et se sert d'un réseau social qui semble contraster avec sa description de contacts distants en dehors de sa famille et une seule copine proche »

(rapport d'expertise, p. 15, dossier OAI, pièce 163). Quant aux éventuels déficits de concentration ou d'attention, ils semblent en partie induits par un manque de motivation : « Au cours de l'examen, elle ne souffre pas de diminution importante de la concentration et de l'attention, avant de présenter des difficultés aux tests cognitifs, laissant planer des doutes quant à sa motivation à démontrer ses capacités réelles. Sans diminution de l'énergie avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante lors de l'entretien, elle fait preuve de capacités contrastant avec ses plaintes subjectives » (rapport d'expertise, p. 15, dossier OAI, pièce 163). Ne subsisterait au final qu'un seul trouble anxio-dépressif (probablement favorisé par une structure de personnalité labile et hyper-expressive, aux tendances parfois manipulatrices) mais non susceptible en soi d'engendrer de réelles limitations fonctionnelles : « Ce trouble anxieux et dépressif mixte s'inscrit dans une structure de personnalité marquée par une labilité affective et une tendance à l'hyper-expressivité émotionnelle. Dans ce contexte, elle fait des menaces de suicide et donne une description dramatique de symptômes psychiques contrastant avec les capacités dont témoigne sa vie quotidienne. A l'examen, elle évite complètement d'aborder sa propre menace d'expulsion à cause d'un « mariage blanc », qui constitue pourtant un facteur de stress important dans sa situation actuelle (...). Mettant en avant son rôle de victime d'injustices de la part des autorités, son ancien employeur et ses collègues de travail, elle semble adapter son discours en fonction de son interlocuteur et manifeste un comportement laissant penser à une tendance manipulatrice. Malgré cette structure de personnalité, elle a été capable de s'intégrer avec succès dans la vie professionnelle en Suisse après son émigration et de s'engager dans une relation décrite comme positive pendant des années. Restant en bons termes avec son ex-mari après leur séparation, elle poursuit son objectif de fonder une famille et assume son rôle de mère,

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 tout en s'engageant pour son nouveau partenaire, afin de réunir la famille en Suisse. Menant une vie autonome, elle décrit un cadre psychosocial stable marqué par des relations proches, surtout au plan familial. Par conséquent, son anamnèse ne montre pas des déviations extrêmes sur plusieurs niveaux de fonctionnement, persistant depuis l'adolescence, comme demandées pour le diagnostic d'un trouble de la personnalité (...) » (rapport d'expertise, p. 16, dossier OAI, pièce 162). Ce dernier trouble anxio-dépressif ne sachant s'apparenter à une maladie psychiatrique invalidante, il n'entamerait ainsi aucunement la capacité de travail : « Restant capable d'affronter les exigences de la vie quotidienne, elle surmonte les symptômes légers de son trouble anxieux et dépressif mixte, afin de se consacrer à son rôle de mère et de mener une vie autonome. En conclusion, elle ne souffre pas d'une maladie psychiatrique justifiant une incapacité de travail de longue durée. L'effort à surmonter ses symptômes anxieux et dépressif afin de reprendre une activité professionnelle reste raisonnablement exigible au plan psychique, par exemple à travers l'augmentation progressive du taux de travail jusqu'à 100%, au cours de trois mois » (rapport d'expertise, p. 16, dossier OAI, pièce 162). Et l'expert de conclure ainsi : « En l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, il n'y a pas de limitations durables au plan psychique, mental ou social » (rapport d'expertise, p. 17, dossier OAI, pièce 161). bb) Les médecins traitants et les spécialistes consultés par la recourante ne partagent pas ce point de vue. Selon la Dresse E. \_\_\_\_\_, médecin traitant, la recourante « souffre d'une dépression sévère avec un état d'épuisement progressif marqué actuellement par des troubles de la concentration importants, une fragilité émotionnelle et des sentiments d'impuissance et de désespoir grave. Lors de la dernière consultation, j'ai proposé une nouvelle hospitalisation en psychiatrie, hospitalisation que nous devons rediscuter lors de

la prochaine consultation » (rapport du 16 octobre 2013, dossier OAI, pièce 64 ; cf. aussi rapport du 9 décembre 2013, dossier OAI, pièce 139). La Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, qui assure le suivi sous ce dernier angle, a fait pour sa part état, tout comme l'expert, de « troubles anxio-dépressifs avec attaques de panique » se signalant par « des symptômes dépressifs; tristesse accrus, angoisses+++, troubles de concentrations jusque à être « bloquée » sur le plan cognitif quand les attaques de panique survient ». Elle considérait que, dans ce cadre, il existait même la possibilité que la recourante attende à ses jours : « Idées suicidaire avec de risque de passage à l'acte important car souvent pour elle la mort semble être la seule solution de ses problèmes » (rapport du 20 décembre 2013, dossier OAI, pièce 144). Contrairement à l'expert, la Dresse F.\_\_\_\_\_, semblait considérer ces troubles comme invalidants, mais proposait tout de même de réévaluer la situation dans les « trois à six mois » (rapport précité). A la demande de la recourante, cette dernière spécialiste a précisé plus tard les raisons qui l'avaient amené à retenir une incapacité de travail, réagissant en cela aux conclusions de l'expert B.\_\_\_\_\_: « je maintiens que le diagnostic d'un trouble anxio-dépressif avec des crises de paniques est une raison suffisante pour justifier une incapacité de travail de longue durée. Il y a des fluctuations de l'état de la patiente selon le contexte psycho-social. Le sentiment de panique n'est pas présent à chaque entretien mais apparaît en situation de stress avec la phobie de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 passage à l'acte suicidaire. La patiente souffre également de tremblements massifs, une perte du contrôle de soi (épisode signalé par téléphone par une équipe des policiers passé au domicile de la patiente, qui n'ont vu aucune autre solution que de m'appeler afin de pouvoir gérer la situation). De ce fait, effectivement lors d'une situation de stress, notamment sur le plan administratif, la patiente perd la compétence de contrôler ses propres émotions. Elle aurait déjà eu des épisodes de ce type en milieu professionnel lorsqu'elle avait repris son activité avant d'être licenciée » (courrier du 3 février 2015, dossier OAI, p. 194). Egalement entendu à titre d'expert, mais mandaté par l'assureur-maladie, le psychiatre G.\_\_\_\_\_ retenait enfin lui aussi la présence de troubles anxio-dépressifs invalidants: « elle présente une symptomatologie anxieuse et dépressive importante avec des éléments de la lignée psychotique en lien avec un deuil. Dans ce contexte, l'assurée présente une incapacité de travail totale » (rapport du 19 décembre 2014, p. 10, dossier OAI, pièce 197). cc) Le Dr B.\_\_\_\_\_ a eu l'occasion de répondre à ces deux derniers psychiatres. Il souligne les contradictions contenues dans leurs avis. La Dresse F.\_\_\_\_\_ aurait ainsi évoqué une gravité de l'atteinte sans rapport avec les faits pourtant retenus par elle-même : « la Dresse F.\_\_\_\_\_ utilise le terme de «une angoisse psychotique» afin d'appuyer ses conclusions d'un état psychique sévère qui ne se retrouve pourtant pas dans son diagnostic. Celui-ci se limite également à un trouble anxieux et dépressif mixte, selon son rapport du 20.12.2013, et elle n'indique pas d'autre diagnostic dans son dernier rapport. La sévérité qu'elle retient contraste avec sa propre description d'une expertisée qui « arrive à fonctionner plus ou moins bien dans le quotidien avec sa fille » (courrier du 26 mars 2015, dossier OAI, pièce 210). Sur la gravité prétendue de l'atteinte, l'expert B.\_\_\_\_\_ était notamment revenu dans son rapport sur une hospitalisation de la recourante à l'Hôpital psychiatrique de Marsens, dont il mentionnait la lettre de sortie. Il avait ainsi fait remarquer, outre la brièveté de l'hospitalisation (2 jours au début du mois de juillet 2013), que l'état de crise alors été observé ne cadrerait pas avec les ressources dont la recourante était capable de faire preuve au quotidien, laissant ainsi entendre qu'aucune incapacité de travail ne pouvait se déduire, à terme, de cet évènement : « Faisant abstraction des plaintes subjectives et incohérentes, il est notamment impossible de constater un

épisode dépressif sévère chez une expertisée qui continue de faire face aux exigences de la vie quotidienne. Limitant son séjour à l'Hôpital psychiatrique de Marsens à une intervention de crise, elle mène une vie autonome et fait preuve de ses capacités, par exemple de s'occuper de sa fille en bas âge, d'assurer les tâches ménagères et gérer ses finances. La description d'une patiente vigilante, présentant une psychomotricité normale, sans trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire, ayant besoin de faire bouger les choses après seulement deux jours d'hospitalisation, contraste avec l'épisode dépressif sévère retenu à Marsens. Un tel diagnostic entraîne typiquement une incapacité de poursuivre les activités quotidiennes pendant au moins deux semaines et ne peut pas être retenu en même temps qu'un trouble de l'adaptation, selon les directives diagnostiques de la CIM-10. Les démarches thérapeutiques, comme la prescription d'une dose faible du même antidépresseur depuis au moins une année, sans changement de la posologie, ni de dosage médicamenteux lors de l'hospitalisation, contrastent également avec le degré de sévérité retenu par la Dresse E. \_\_\_\_\_ et l'Hôpital de Marsens. La seule description d'idées suicidaires face à la menace d'expulsion, documentée dans la lettre de sortie de Marsens, ne justifie pas le

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 diagnostic d'un épisode dépressif sévère. Au contraire, des symptômes anxieux et dépressif réactionnels restent habituellement modérés et montrent une évolution favorable, comme en témoigne la brève durée de l'hospitalisation » (rapport d'expertise, p. 15-16, dossier OAI, pièce 162-163). La lettre de sortie de l'Hôpital de Marsens ne figure apparemment pas au dossier. Mais l'on peut conclure de la retranscription faite par le Dr B. \_\_\_\_\_ (qui ne saurait au demeurant être qualifiée de partielle) que l'hospitalisation s'était déroulée dans un contexte de désarroi, à la suite du renvoi de Suisse du compagnon de la recourante : « Elle a eu un avocat qui a fait des recours mais la décision d'expulsion est définitive... (...) A la fin de son court séjour, nous relevons une évaluation légèrement favorable... Elle a besoin d'être à l'extérieur pour faire bouger les choses. Elle a décidé qu'elle va se battre pour rester en Suisse, aimerait déposer son dossier au tribunal de Strasbourg... » (rapport d'expertise, p. 14, dossier OAI, pièce 164). Le Dr B. \_\_\_\_\_ estime, dans le même ordre d'idées, que les conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_ procèdent également d'incohérences, celles-ci en partie induites par la personnalité démonstrative de la recourante: « Dans le cas de la recourante, il n'est pourtant pas possible de retenir un trouble spécifique de la lignée anxieuse, comme en témoignent les différents rapports médicaux et comme expliqué dans mon expertise (page 15). Ces incohérences de l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ semblent liées à l'interprétation de la présentation parfois démonstrative de la recourante et de ses plaintes subjectives, également observées lors de mon examen. Dans ce contexte, il est pourtant important de mettre ces éléments en relation avec des informations objectivables, par exemple concernant les capacités de l'expertisée à faire face aux exigences de la vie quotidienne et ses activités sociales. Cependant, l'exploration de ces aspects décisifs pour une évaluation objective de l'état de santé et son évolution manque dans l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ » (courrier du 26 mars 2015, dossier OAI, pièce 210). d) validation des conclusions de l'expertise B. \_\_\_\_\_ Les deux psychiatres cités par la recourante à l'appui de son recours paraissent avant tout relayer ses plaintes, mais sans le recul pris par l'expert mandaté par l'OAI. A ce titre, force est de constater que le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ (18 pages d'une écriture serrée, qui explorent, de façon minutieuse et détaillée, sur plus de 7 pages condensées, non seulement l'histoire médicale de la recourante, mais aussi son histoire personnelle et familiale, s'attachant même à décrire sa vie sociale et ses occupations quotidiennes) est bien plus fouillé que ceux de ses deux confrères psychiatres, et tout particulièrement que celui du

Dr G. \_\_\_\_\_ qui serait pourtant intervenu lui aussi comme un expert (10 pages d'une écriture moins serrée, dont une anamnèse familiale, professionnelle et psychosociale expédiée en une seule page et demi). Sur la différence entre le rôle du médecin traitant et de l'expert, les déclarations de la Dresse F. \_\_\_\_\_ (qui souligne au passage la qualité des motivations de l'expert) sont édifiantes: selon elle, un suivi régulier serait le gage d'une plus grande objectivité : « Les conclusions du médecin sont-elles bien motivées ? Si oui, si non, pourquoi ? Oui, si on examine la situation du point de vue de l'expert qui a vu la patiente qu'à une seule reprise. Néanmoins, par rapport à mon approche en tant que psychiatre traitant et qui voit l'évolution en mode évolutive, non car la patiente arrive lors des entretiens médicaux à mieux exprimer sa souffrance du fait qu'elle se sent en plus confiance. A cet effet, l'évaluation de son état psychique est plus « objectif », vu l'alliance thérapeutique construite » (courrier du 3 février 2015, dossier OAI, pièce 194).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Cette vision des choses n'est assurément pas celle d'une jurisprudence bien établie. Au contraire même, dans le cas d'espèce, les traits de personnalité de la recourante (induisant une tendance à la manipulation, relevée par le Dr B. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise, comme dans son courrier complémentaire) seraient susceptibles de créer une empathie plutôt que la compassion rationnelle que l'on serait en droit d'attendre d'un médecin. La Dresse F. \_\_\_\_\_ en arrive finalement à soutenir la recourante dans sa demande de prestations, tout d'ailleurs comme le Dr G. \_\_\_\_\_: « Le Dr G. \_\_\_\_\_ (...) a également retenu une incapacité de travail pour cette patiente. Il me conseille d'ailleurs par téléphone de faire une demande à l'Office AI » (courrier précité), ce qui témoigne bien d'un engagement au-delà du simple rôle de médecin. Il s'agit de rappeler ici encore que le courrier du 3 février 2015 de la Dresse F. \_\_\_\_\_, plus complet et détaillé que ses précédents rapports, a été rédigé à la demande de la recourante, via sa protection juridique, et peut dès lors expliquer une gradation, avec le temps, de l'estimation de la sévérité du cas, ce que le Dr B. \_\_\_\_\_ avait du reste semblé trouver peu logique. L'on peut dès lors suivre les conclusions de ce dernier. Cela d'autant plus que tous les médecins, y compris même les deux autres psychiatres, mentionnent à l'appui de leurs conclusions des éléments qui influencent la situation de la recourante, mais sortent clairement du champ de la médecine. e) facteurs extra-médicaux aa) le contexte Le contexte précédant la demande de prestation est manifestement marqué par des éléments qui n'ont intrinsèquement pas valeur de maladie. Comme il a été dit d'emblée, la recourante a commencé à rencontrer des problèmes à l'occasion d'un retour au travail après sa grossesse, devant non seulement faire face à des difficultés de gestion sur son lieu de travail mais également à des problèmes juridiques rencontrés par le père de l'enfant au niveau de son droit de séjour, qui auraient conduit à son renvoi de Suisse. Ce sont précisément ces épreuves qui semblent avoir directement provoqué son retrait du monde du travail, mais ils demeureraient toutefois, d'après l'expert B. \_\_\_\_\_, sans effet sur son mode de fonctionnement habituel: « Face à une accumulation de stress psychosocial, comme ses problèmes de santé physique, l'expulsion de son partenaire, sa propre menace d'expulsion et son licenciement en 2013, elle montre un fonctionnement compatible avec une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile et histrionique » (rapport d'expertise, p. 16, dossier OAI, pièce 162). Ces aléas sociaux, les Dresse E. \_\_\_\_\_ les avaient mentionnés en octobre 2013 déjà : « Il s'agit d'une évolution actuellement défavorable, elle se trouve actuellement dans une situation sociale et familiale très difficile, problèmes sur lesquels elle m'a demandé de rester discrète » (rapport du 16 octobre 2013, dossier OAI, pièce 64). Elle laissait à cet égard clairement entendre que la prise en charge avait un

caractère plus social que véritablement médical : « A ma consultation, l'essentiel du traitement est un soutien, une aide à [la faire] reprendre le contrôle de son existence et à retrouver la force de prendre les décisions concernant sa vie qu'elle doit prendre » (rapport précité). Elle déclarait même (rapport du 9 décembre 2013, dossier OAI, pièce

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 138) que le pronostic allait dépendre de « la résolution de la situation socio-familiale actuelle », tout en soulignant pourtant les « très grandes ressources psychiques » de la recourante. La Dresse F.\_\_\_\_\_ ne dit pas autre chose : « objectivement la patiente peut être complètement dispersée et confuse par moments (désorganisée), avec une tristesse accrue dans les moments où la patiente exprime ses peurs en lien avec des pertes vécues. Notamment la perte de sa grand- mère, la perte de sa stabilité financière et sociale ici en Suisse » (courrier du 3 février 2015, dossier OAI, pièce 194) ; « pronostic favorable à court ou moyen terme selon aussi la situation sociale » (rapport du 20 décembre 2013, dossier OAI, pièce 144). Le Dr G.\_\_\_\_\_ a également relevé ce contexte social extra-médical, constaté dès lors par l'ensemble du corps médical: « Sur le plan professionnel, l'assurée est licenciée. Actuellement, l'assurée se sent désespérée car, sur le plan personnel elle vit éloignée de son compagnon qui lui- même vit éloigné de sa compagne et de sa fille. L'assurée est également déçue de la perte de son emploi et elle est inquiète de son état de santé » (rapport du 19 novembre 2014, p. 8, dossier OAI, pièce 199). bb) autres facteurs n'engageant pas la responsabilité de l'assurance-invalidité En parcourant le dossier, on peut aussi remarquer un déficit de la motivation affichée par la recourante au cours des différents tests devant l'expert B.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise p. 15, dossier OAI, pièce 163). Et, comme il a été dit, une personnalité démonstrative et « un comportement théâtral » (courrier du Dr B.\_\_\_\_\_ du 26 mars 2015, dossier OAI, pièce 210) qui peuvent entraîner la mobilisation de ses médecins, au risque de leur faire perdre leur objectivité. Mais cette structure de personnalité particulière, qui ne l'avait à l'époque pas empêché de travailler, ne suffit pas encore à expliquer la perte de capacité alléguée, on le rappelle, à la suite de déboires socio-professionnels.

## **E. 5**

Il découle de tout ce qui précède qu'un refus de toute prestation apparaît ici juridiquement fondé. Résultant très vraisemblablement de difficultés vécues au quotidien, les troubles dont se dit atteinte la recourante doivent en l'espèce se lire comme des manifestations apparues en réaction à des problématiques sociales mais ne pouvant être assimilées à une atteinte invalidante (médicale) au sens de la loi, d'autant moins que leur intensité a bien été relativisée au terme d'une expertise claire et complète semblant coller à la réalité des faits. Ces troubles ne sauraient ainsi manifestement engager la responsabilité de l'assurance sollicitée, cela d'autant moins qu'aucune incapacité de travail n'est ici établie, qui pourrait expliquer la perte de gain implicitement alléguée. Il s'ensuit que le recours, infondé, doit être rejeté.

## **E. 6**

Le contentieux ressortissant au domaine de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuit, les frais de la procédure sont mis à la charge de la recourante qui succombe, par CHF 800.-, ceux-ci compensés toutefois avec l'avance consentie.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Des frais de CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de frais versée le 28 mai 2015. 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 14 février 2017/mbo Président Greffier-stagiaire

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