

FR_GERICHTE 605 2016 81 vom 22. März 2017

FR Kantonsgericht, 2017-03-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_81

FR: FR_GERICHTE 605 2016 81 du 22 mars 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 81 del 22 marzo 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

E. 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. 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). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (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.). aa) Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. bb) Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent 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). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1).

E. 3

L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art.

E. 6

LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 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 (art. 28 al. 2 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). 4. a) 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 a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). b) 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 (ATF 125 V 351; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011). 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). aa) Il y a 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). bb) Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 352 consid. 2.2.5), une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs de l'assuré qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que des éclaircissements de la part d'un médecin psychiatre n'étaient pas nécessaires lorsqu'il

n'existait aucun indice que l'assuré présentât une problématique psychique invalidante (arrêts TF 9C_699/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2 et 4.3; I 761/01 du 18 octobre 2002, in SVR 2003 IV n° 11 p. 31).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 cc) 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; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées). 5. a) Les pièces médicales suivantes ont été déposées au dossier dans le cadre de la procédure d'instruction :

- La lettre à contenu médical du 5 novembre 2014 du Dr I. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, qui a noté que l'incapacité de travail de sa patiente était liée à un burn out (dossier AI pce p. 76, 101).
- Le rapport médical du 27 novembre 2014 du Dr J. _____, médecin spécialiste FMH en médecine du travail, de H. _____, qui a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Un tableau des facteurs bio psychosociaux identifiés a été joint au rapport (dossier AI pce p. 70 à 75).
- Le rapport d'expertise du 13 janvier 2015 du Dr E. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, mais a toutefois constaté les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile, actuellement stable (Z73.1); troubles de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission (F43.22); et majoration des symptômes psychiques pour des raisons psychologiques. Si l'expert a, dans l'anamnèse professionnelle laconiquement mentionné qu'un licenciement était intervenu en septembre 2004, il s'est étendu sur le sujet des difficultés professionnelles dans la partie « Appréciation et discussion ». L'expert a expressément exclu les conditions G1-G6 du CIM-10, ainsi que tout état dépressif et tout trouble cognitif. Il n'a pas non plus retenu d'anxiété généralisée ou de troubles du sommeil. Il a regretté ne pas avoir obtenu de réponse au questionnaire transmis au médecin traitant de l'assurée, en ce qui concerne la prise en charge psychiatrique. Le Dr E. _____ a finalement conclu que le diagnostic le plus approprié était une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile, actuellement stable, et a dès lors estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité à tout le moins à partir du jour de l'expertise (dossier AI pce p. 92 à 99).
- La réponse (au questionnaire envoyé par le Dr E. _____) du 16 janvier 2015 du Dr G. _____, qui a exposé qu'il suivait l'assurée à raison d'entretiens hebdomadaires et qu'il avait diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), des troubles anxieux généralisés (F41.1) et un état de stress post-traumatique (F43.1). Il a conclu à une incapacité de travail totale de sa patiente (dossier AI pce p. 68 s., 88 s.).
- Le complément d'expertise du 20 janvier 2015 du Dr E. _____, qui a noté que les consultations médicales de l'assurée se tenaient une fois par semaine et a expressément confirmé les conclusions de son expertise (dossier AI pce p. 90).
- La prise de position du 29 janvier 2015 du Dr K. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, médecin conseil de la D. _____, qui a retenu une pleine capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'infirmière scolaire dans un autre environnement professionnel (dossier AI pce p. 87).
- Le rapport médical du 13 mars 2015 du Dr G. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, se déterminant sur le rapport d'expertise psychiatrique produit, a noté que ce rapport exposait l'anamnèse professionnelle de l'assurée de manière lacunaire alors qu'elle est

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 au cœur de son problème. Il a estimé que les troubles cognitifs (mémoire et concentration) ont certainement été moins marqués lors de l'examen parce qu'elle a fait un effort pour mobiliser ses capacités dans un entretien dont elle connaît l'enjeu. Il a considéré que l'anxiété généralisée et les troubles du sommeil, réfutés par l'expert, étaient pourtant bien présents eu égard respectivement à la nervosité permanente qui l'anime notamment et aux cauchemars qui persistent. Le psychiatre a au demeurant précisé avoir renvoyé le questionnaire qui lui avait été soumis par l'expert dûment rempli 8 jours après réception. Il s'est ainsi étonné que son avis tout comme celui de H. _____ n'aient pas été pris en considération. Le Dr G. _____ a finalement considéré qu'en tant que limitations fonctionnelles il fallait considérer une fatigabilité intense ainsi que des troubles de la concentration pouvant conduire à une diminution de rendement, des erreurs dans les soins et une plus grande difficulté à s'organiser. En ce qui concerne la capacité de travail, il a estimé qu'elle était de 20% à ce jour, en raison d'une moindre tolérance au stress, d'une diminution de la rapidité et d'une moindre endurance. Le rendement serait à son sens réduit de 50% à tout le moins au regard des troubles cognitifs, des moments d'hébétéude et de la difficulté à organiser la pensée. Il a donc, somme toute, conclu à une capacité de travail résiduelle de 10% dans l'activité habituelle (dossier AI pce p. 61 à 65). - Le complément d'expertise du 17 avril 2015 du Dr E. _____, qui a « [l'assurée] ne présente pas une pathologie psychiatrique. [...] Il faut bien comprendre qu'il s'agit d'une majoration de la symptomatologie, et toutes les responsabilités sont à la charge de [l'assurée] ». - Les rapports médicaux des 20 et 22 juillet 2015 du Dr G. _____, qui a confirmé ses précédents diagnostics ainsi que conclu à une incapacité de travail totale du 13 octobre 2014 au 12 mars 2015 et de 90% du 13 mars au 31 juillet 2015 (dossier AI pces p. 77 à 81 et 159). - La prise de position du 7 août 2015 du Dr L. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a estimé qu'aucune activité lucrative n'était exigible depuis le 13 octobre 2014, mais requis une instruction complémentaire (dossier AI pce p. 84). - Le rapport médical intermédiaire du 25 novembre 2015 du Dr G. _____, qui a fait état d'un état de santé stationnaire (dossier AI pce p. 137 s.). - La prise de position du 19 janvier 2016 du Dr M. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, qui a noté que l'assurée restait polarisée sur le procès pour mobbing en cours, ce qui l'empêche d'envisager une reprise d'activité. Il a ajouté qu'il n'y avait cependant aucune atteinte à la santé durable justifiant une incapacité de travail au sens de l'assurance- invalidité (dossier AI pce p. 143). - Divers certificats d'incapacité de travail émanant des médecins traitants de l'assurée (dossier AI pces p. 10 à 13, 102, 104, 110, 124 à 126, 128 à 130). Avec ses contre-observations du 6 septembre 2016, la recourante a encore déposé en cause le rapport médical du 26 août 2016 du Dr G. _____, qui a essentiellement soutenu que les troubles cognitifs dont souffre sa patiente pouvaient avoir un retentissement sur sa capacité de travail. Enfin, l'autorité intimée, par écriture ampliative du 17 octobre 2016, a produit la prise de position du 14 octobre 2016 du Dr M. _____, du SMR, qui a souligné que le rapport d'expertise psychiatrique avait une pleine valeur probante, que les diagnostics retenus étaient concordants avec les données cliniques rapportées et que les conclusions médico-asséurologiques étaient cohérentes avec les atteintes à la santé objectivées. En ce qui concerne l'appréciation du Dr G. _____, il a précisé que les diagnostics retenus ne reposaient sur aucun élément médical

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 objectifs : à titre d'exemple, il a souligné que le diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1), qui présuppose la survenance à l'origine d'un événement stressant exceptionnel tels une catastrophe naturelle, une guerre,

une torture, un viol, a été faussement posé ici, dans la mesure où un licenciement même conflictuel ne saurait être assimilé à un tel événement. Il a par ailleurs exposé que les limitations fonctionnelles constatées, qui empêcheraient l'assurée de travailler plus de 2 à 3 heures par semaines, reposent sur les seules allégations de l'assurée prétendant souffrir de troubles cognitifs importants, alors que ces derniers n'ont jamais été objectivés et en correspondent pas au fonctionnement quotidien de l'assurée. A son avis, le psychiatre traitant, qui a toujours attesté des mêmes diagnostics et d'un état stationnaire, n'a apporté aucun élément médical susceptible de remettre en question la validité des conclusions du rapport d'expertise psychiatrique. S'agissant de l'avis de H. _____, il a noté que le trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) était par définition un trouble constitué de symptômes mineurs n'atteignant pas le seuil diagnostique ni d'un épisode dépressif ni d'un trouble anxieux et dont la gravité ne nécessite souvent pas de prise en charge médicale. A son sens, ce diagnostic, non invalidant, est très proche de celui de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) retenu par l'expert. b) aa) Dans la présente occurrence, pour refuser à la recourante un droit à des prestations de l'assurance-invalidité, l'autorité intimée s'est essentiellement fondée sur le rapport d'expertise psychiatrique du 13 janvier 2015 du Dr E. _____. La recourante a soutenu que ledit rapport n'était pas probant, dans la mesure où l'expert ne parlerait pas suffisamment bien le français, aurait manqué de professionnalisme durant l'entretien et n'aurait pas pris en considération le questionnaire du Dr G. _____; ce dernier a par ailleurs noté que le rapport en question exposait l'anamnèse professionnelle de l'assurée de manière lacunaire alors qu'elle est au cœur de son problème. Certes, dans l'anamnèse professionnelle, l'expert s'est contenté de noter laconiquement qu'un licenciement était intervenu en septembre 2004. A la lecture de la partie « Appréciation et discussion », l'on relève cependant la mention du parcours professionnel de l'expertisée, y compris des problèmes relationnels et du mobbing qu'elle aurait subi dans sa dernière activité. On ne saurait dès lors, seulement parce que l'expert a choisi de présenter cette problématique de manière plus détaillée dans son appréciation, conclure que son rapport n'est pas probant. Quant au questionnaire du Dr G. _____, il était destiné à fournir à l'expert des renseignements sur la prise en charge psychiatrique exclusivement, élément qui n'a pas d'influence directe sur les diagnostics et l'appréciation de la capacité de travail. En tout état de cause, une fois ces renseignements obtenus, l'expert s'est spontanément déterminé à leur égard dans son complément d'expertise du 20 janvier 2015 et a explicitement confirmé ses précédentes conclusions. Il convient de noter de plus que l'origine du rapport médical, la personne de l'expert, n'est pas déterminante et que c'est le rapport médical en lui-même qui doit être examiné au titre de moyen de preuve. Or, le rapport d'expertise en question a été rédigé dans un français tout à fait convenable, l'expert a personnellement reçu et examiné la recourante, les plaintes exprimées ont été prises en considération, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, l'appréciation médicale retenue est claire et univoque et les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Aussi ledit rapport satisfait-il pleinement aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale, ainsi que l'a exposé le Dr M. _____ du SMR dans sa prise de position du 14 octobre 2016. C'est le lieu de noter qu'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) a seulement été évoqué par le Dr G. _____ dans son rapport médical du 22

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 juillet 2015. Ce diagnostic n'a ensuite été repris ni par l'expert psychiatre sollicité, ni par le Dr G. _____ lui-même. La jurisprudence fédérale relative aux troubles somatoformes douloureux (cf. supra 2b.aa) ne s'applique donc pas

dans la présente espèce. De surcroît, que l'expert ait lors de l'entretien formulé quelques remarques qui n'ont pas plu à la recourante ne suffit pas à conclure à sa prévention, tant s'en faut. En effet, un expert ne passe pour prévenu que lorsqu'il existe des circonstances objectives propres à faire naître un doute sur son impartialité, l'appréciation de ces circonstances ne pouvant pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee; 123 V 176 consid. 3d et la référence citée) Or, dans le rapport d'expertise litigieux, rédigé de façon neutre et objective, rien ne suggère la prévention. bb) Contrairement à l'opinion de la recourante, l'appréciation médicale de son médecin traitant le Dr G. _____ – faite sienne à son sens par la F. _____ – ne saurait être préférée à celle de l'expert. Premièrement, parce que les diagnostics retenus par son médecin traitant ne semblent pas pertinents. Ainsi que cela ressort de la prise de position du 14 octobre 2016 du Dr M. _____, il en va ainsi tant du diagnostic d'état de stress post-traumatique, attendu qu'un licenciement ne saurait en aucun cas être assimilé à un événement stressant exceptionnel tels une catastrophe naturelle ou un viol, que du diagnostic de troubles cognitifs, qui repose sur les seules allégations de l'assurée. Par ailleurs, le syndrome d'épuisement professionnel (burnout) n'est en tant que tel pas constitutif d'une atteinte à la santé invalidante (arrêt TF 8C_302/2011 consid. 2.3). Deuxièmement, parce que les conclusions de l'expert ont expressément été corroborées par le Dr M. _____ du SMR et le Dr K. _____. A noter qu'au moment de sa prise de position du

E. 7

août 2015, le Dr L. _____ n'avait quant à lui manifestement pris connaissance que des seuls rapports du Dr G. _____ et de H. _____ et avait explicitement requis une instruction complémentaire. Il convient, troisièmement, de tenir compte du fait qu'un médecin traitant, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (cf. supra 4b.aa). Au vu du diagnostic retenu par l'expert, on peut également raisonnablement se demander si médecin traitant ne s'est pas laissé influencé par la majoration des symptômes de sa patiente. En outre, le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte retenu par le médecin de H. _____ est, ainsi que l'a relevé le Dr M. _____ dans sa prise de position du 14 octobre 2016, un trouble constitué de symptômes mineurs n'atteignant pas le seuil diagnostique ni d'un épisode dépressif ni d'un trouble anxieux et dont la gravité ne nécessite souvent pas de prise en charge médicale. L'appréciation de l'H. _____ et celle de l'expert n'apparaissent donc pas contradictoires, bien au contraire puisque le diagnostic retenu est très proche de celui de trouble de l'adaptation, réaction mixte et dépressive retenu par l'expert. Le rapport de H. _____ ne contient par ailleurs aucune conclusion quant à la capacité de travail de l'assurée. En tout état de cause, sur le principe, l'assurance-invalidité n'est pas liée par les décisions qui peuvent être prises par les fondations de prévoyance. Dans la présente occurrence, l'autorité intimée ne saurait a fortiori être liée de la F. _____, dans la mesure où cette dernière n'avait pas pris connaissance du rapport d'expertise psychiatrique au moment de rendre sa décision du 27 novembre 2015. Il sied de noter que, bien qu'invitée à se s'exprimer par l'autorité intimée, la F. _____ a renoncé à se déterminer dans le cadre de la présente procédure.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 cc) En définitive, la Cour de céans retient que la recourante ne présente aucune affection avec répercussion sur la capacité de travail, mais seulement une majoration de la symptomatologie psychiatrique, diagnostic relevant exclusivement de facteurs extérieurs à l'assurance-invalidité. En l'occurrence, les preuves

figurant au dossier ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise complémentaire (appréciation anticipée des preuves; cf. supra 4b.cc). dd) Certes l'expert a en fin de rapport précisé que ses conclusions étaient valables à tout le moins à partir du jour de l'expertise. Toutefois, dans la mesure où la demande de prestations a été déposée postérieurement au jour de l'expertise, l'art. 29 al. 1 LAI empêche qu'un droit à la rente ait pu prendre naissance avant ce jour. Par ailleurs, une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement à l'expertise peut être exclue, aucun nouvel élément médical ayant été objectivement constaté. ee) L'autorité intimée était donc en droit de rejeter la demande de prestations AI de la recourante. 6. a) Partant, le recours (605 2016 81) doit être rejeté et la décision querellée confirmée. b) Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens. c) La recourante a déposé une requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2016 82). aa) Selon l'art. 61 let. f 2ème phr., LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3). bb) S'agissant de la première condition, il ressort du dossier que la recourante ne bénéficie à ce jour d'aucun revenu hormis les pensions versées par la F. _____ (CHF 3'292.40 pour 2015); de plus, elle est certes propriétaire d'une habitation (estimée à CHF 506'000.-) mais, dans la mesure où elle est également lourdement endettée (CHF 490'000.-), sa fortune n'apparaît pas aisément mobilisable. Partant, elle ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite le 8 avril 2016 sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille. S'agissant de la seconde des conditions, même si l'issue du litige est claire, on doit néanmoins admettre que le recours ne paraissait pas d'emblée dénué de toute chance de succès. En effet, l'Instance de céans a dû procéder à un examen approfondi notamment de l'expertise psychiatrique produite et de l'appréciation médicale soutenue par le médecin traitant de la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2016 82) doit être admise pour la présente procédure et que Me Patrick Mangold, avocat, est désigné comme défenseur d'office. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire gratuite totale accordée. C'est également à ce titre qu'il sied d'indemniser Me Patrick Mangold, lequel a déposé sa liste de frais en date du 6 septembre 2016. Il se justifie ainsi de fixer l'indemnité à laquelle il peut ici prétendre, à CHF 981.20, soit 8 heures 55 minutes indemnisées au tarif horaire de CHF 110.- comme demandé (justifié ici par le fait que les opérations à réaliser ont été confiées à une avocate-stagiaire), plus CHF 43.20 au titre de débours (les frais d'ouverture de dossier n'étant pas pris en compte), plus CHF

81.95 au titre de la TVA à 8%, soit à un total de CHF 1'106.35. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg pour être directement versée au mandataire de la recourante. la Cour arrête: I. Le recours (605 2016 81) est rejeté. II. Il n'est pas alloué de dépens. III. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2016 82) est admise pour la procédure de recours introduite le 8 avril 2016 (605 2016 81) et Me Patrick Mangold est désigné comme défenseur d'office. IV. L'indemnité directement allouée à ce dernier, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'106.35 (TVA par CHF 81.95) et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. V. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____. Ils ne sont toutefois pas exigés d'elle, vu l'octroi l'assistance judiciaire gratuite totale. VI. 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 22 mars 2017/yho Président Greffière

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