

# FR\_GERICHTE 605 2017 131 vom 13. März 2018

FR Kantonsgericht, 2018-03-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2017\\_131](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_131)

FR: FR\_GERICHTE 605 2017 131 du 13 mars 2018

IT: FR\_GERICHTE 605 2017 131 del 13 marzo 2018

## 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 réputé 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. 7 al. 1 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c.i.f). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose au contraire 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 de 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 résultant 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 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). Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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 de 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. c) Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de travail 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 spécialiste. 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**

a) 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. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'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 à 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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). b) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; 104 V 135 consid. 2a et 2b). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour cent; ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées). Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA; art. 28a al. 1 LAI). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Pour savoir s'il y a lieu de prendre en considération un changement hypothétique d'activité, les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement ne doivent être prises en considération que lorsqu'il est très vraisemblable qu'elles seraient advenues. Il convient, à cet égard, d'exiger la preuve d'indices concrets que l'assuré aurait obtenu dans les faits un avancement ou une augmentation corrélative de ses revenus, s'il n'était pas devenu invalide. Des indices concrets en faveur de l'évolution de la carrière professionnelle doivent exister, par exemple, lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. De simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas (arrêts TF 9C\_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 et 9C\_523/2008 du 25 mai 2009 consid. 2.2). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. L'assurance-invalidité a pour but d'atténuer les conséquences économiques de l'invalidité et accorde une importance primordiale à la diminution de la capacité de gain (Message du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle de l'assurance-vieillesse et survivants, FF 1958 II 1185).

#### **E. 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 Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 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 déterminante (arrêt TF 9C\_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). c) 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). 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). 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).

## **E. 5**

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 à cet égard de se référer au dossier médical. Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 a) parcours professionnel et atteinte invoquée A l'appui

de sa demande de rente déposée le 11 novembre 2014, la recourante, née en 1964, indique souffrir de dépression. Rapporté par l'expert psychiatre mandaté par l'OAI, soit le Dr C. \_\_\_\_\_, le parcours socio- professionnel de cette dernière peut se résumer ainsi depuis la naissance de sa fille en 1991: "Après la naissance de sa fille, elle donne son congé à l'EMS et trouve un travail d'ouvrière chez B. \_\_\_\_\_ SA à F. \_\_\_\_\_ dans la production de petites pièces métalliques à partir de janvier 1992. Engagée à 100%, elle poursuit cette activité sans interruption majeure pendant environ 1 ½ an, jusqu'en 1993, alors qu'elle souffre d'insomnies et d'une crise avec évanouissement motivant une consultation à l'Hôpital cantonal de Fribourg. Le même jour, elle commence un traitement psychiatrique au CPS de Fribourg et son médecin de famille atteste une incapacité de travail de 100% pendant environ 6 mois. Puis elle reprend son travail à 50%, avant d'augmenter à 100% quelques semaines plus tard. En décembre 1994, elle souffre à nouveau d'insomnies et de crises d'angoisse avec des évanouissements, motivant un arrêt de travail complet attesté par son médecin généraliste. Après un mois, elle reprend son travail à 50% avant d'augmenter à 100% au cours de quelques semaines. Malgré la persistance d'une fatigue, de douleurs, notamment de céphalées, et d'une humeur fluctuante, rendant son travail difficile, elle poursuit son activité comme ouvrière à plein temps, selon elle, contre l'avis de son médecin généraliste. En décembre 2013, elle souffre de douleurs dans le bas du dos à droite, motivant une incapacité de travail complète attestée par son médecin de famille pendant 6 semaines. Pendant l'arrêt maladie, elle part en vacances pour les fêtes de fin d'année au Portugal, selon elle, suite au conseil de son médecin de famille, avant de reprendre son travail à 100% en février 2014. Après le diagnostic d'une tumeur bénigne du rein droit, elle subit une opération en avril 2014, elle reprend son travail à 100% après environ 6 semaines, jusqu'en juin 2014, lorsque son médecin de famille atteste à nouveau une incapacité de travail complète. En août 2014, elle reprend son travail à 50% avec l'attestation d'une incapacité de travail de 50% par son médecin de famille. Depuis, A. \_\_\_\_\_ poursuit son travail d'ouvrière de production de pièces métalliques à 50% avec un engagement à ce taux depuis mars 2015". b) atteinte au niveau physique Dans son rapport médical du 4 août 2014, le Dr G. \_\_\_\_\_, urologue FMH, pose les diagnostics d'état après hémorragie spontanée de l'angiomyolipome rénal droit en décembre 2013 et état après néphrectomie partielle droite pour angiomyolipome de 4,5 cm en avril 2014. Il indique que l'état est asymptomatique hormis léger inconfort au niveau de la cicatrice et que le prochain contrôle avec échographie doit se faire dans un an. Il ressort de ce rapport qu'il n'y a pas d'atteinte invalidante sur le plan de la santé physique. C'est dès lors uniquement dans le domaine de la sphère psychique que la recourante pourrait présenter une telle atteinte. c) atteinte au niveau psychique aa) Selon le Dr C. \_\_\_\_\_, mandaté le 16 août 2016, aucune maladie ne peut se déduire des troubles évoqués à l'appui de la demande de prestations. Son examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée ni de trouble phobique. Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Il relève que l'assurée décrit "une tristesse et une humeur fluctuante s'accompagnant d'une irritabilité, d'une fatigue, d'idées noires et des angoisses". Il constate qu'elle décrit ces symptômes "de manière dramatique" et qu'elle se plaint également "d'une perte de l'intérêt, par exemple pour certaines émissions de télévision. En parallèle, elle dit avoir abandonné des activités, comme le crochet, entre autres à cause d'un manque de force entraînant un besoin augmenté de repos pendant la journée dans le cadre d'insomnies, laissant penser au diagnostic d'un épisode dépressif moyen ou sévère". Il note cependant que "ces plaintes montrent des incohérences, avec des éléments objectivables concernant une expertisée qui fait preuve de sa réactivité

émotionnelle, une fois son vécu subjectif exprimé". Ainsi, "sans persistance d'un abaissement important de l'humeur, elle décrit de manière authentique son attachement à ses proches, notamment sa petite fille dont elle se montre fière. Elle relativise ses propos concernant une perte de toute envie et de plaisir, par exemple lorsqu'elle décrit son intérêt pour certaines émissions de télévision ou des activités comme des sorties à la piscine, des bains thermaux et au restaurant. Authentique, quand elle exprime son plaisir d'entreprendre des voyages au Portugal ou une croisière à l'occasion de ses 50 ans en mai 2014, elle prend visiblement soin d'elle". Il constate qu'elle est également en mesure de participer activement à un examen de plus de 3 heures, elle accompagne parfois ses propos de gesticulations vives avant de maîtriser quelques tests cognitifs, sans diminution importante de l'attention ou de la concentration. De même, elle assure une partie considérable des tâches ménagères pour un ménage de 5 personnes. Il en conclut qu'elle "interagit de manière adéquate avec son interlocuteur et les éléments objectivables de l'examen ainsi que l'anamnèse ne permettent pas de confirmer le diagnostic d'un épisode dépressif, selon la CIM-10". Il relève que "les plaintes de l'assurée auprès du Dr D. \_\_\_\_\_ concernant des attaques de panique quotidiennes pouvant durer des journées entières, semblent également surprenantes par rapport aux capacités dont elle fait preuve dans sa vie quotidienne. A l'exploration actuelle, elle décrit seulement des moments d'aggravation de ses angoisses s'accompagnant de symptômes neurovégétatifs, comme le sentiment de boule au ventre ou à la gorge, ainsi qu'une constipation. Cependant, il n'y a pas de survenue brutale d'un sentiment de panique avec une peur secondaire de mourir ou de perdre le contrôle l'empêchant de poursuivre ses activités quotidiennes, notamment professionnelles. En faisant abstraction des plaintes dramatiques mais incohérentes de l'assurée, les éléments objectivables de son anamnèse et de l'examen mettent en évidence des symptômes affectifs fluctuants mais insuffisants pour retenir le diagnostic spécifique de la lignée anxieuse ou dépressive, selon la CIM-10. S'accompagnant par intermittence de signes neurovégétatifs, observés par le Dr D. \_\_\_\_\_, ces symptômes affectifs correspondent au diagnostic d'un trouble anxieux et dépressif mixte, déjà retenu par la Dresse E. \_\_\_\_\_ en 2015". Il précise que "ce trouble anxieux et dépressif mixte persiste de manière fluctuante depuis la jeunesse de l'expertisée et se manifeste surtout depuis la naissance de son deuxième enfant en 1991. Ce trouble s'accompagne de symptômes physiques inexpliqués entièrement par un processus physiologique comme des douleurs ubiquitaires n'entraînant pourtant pas de comportement algique persistant à l'examen. Sans mise à contribution d'options thérapeutiques caractérisant un syndrome algique important, l'assurée limite son traitement antalgique à la prise occasionnelle de Dafalgan et d'Algifor tout en présentant un tableau clinique qui reste insuffisant pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant". Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Il indique que "la persistance du trouble anxieux et dépressif mixte de l'assurée ainsi que l'expression dramatique de ses plaintes s'inscrivent dans une structure de personnalité marquée par une labilité et hyper-expressivité émotionnelle à l'origine d'une tendance au théâtralisme" (...) "Les particularités du fonctionnement de l'assurée correspondent à l'accentuation de traits de personnalité histrionique expliquant le caractère incohérent et dramatique d'une partie de ses plaintes. N'ayant pas valeur de maladie, cette accentuation de certains traits de personnalité favorise l'adoption d'un rôle passif d'invalidé face à des difficultés sortant du champ médical, comme un sentiment d'injustice vis-à-vis de son employeur" (...) "Maintenus par une accentuation de traits de personnalité histrionique, ni ce rôle d'invalidé, ni le trouble anxieux et dépressif mixte caractérisé par des symptômes légers ne justifient une incapacité de travail durable au plan

psychique. En faisant abstraction des éléments sortant du champ médical et des plaintes incohérentes de l'assurée, l'effort à surmonter ses symptômes affectifs fluctuants afin de reprendre son activité habituelle à plein temps, reste ainsi raisonnablement exigible au plan psychique". Ce spécialiste ne retient ainsi aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il pose les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail: trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), existant depuis 2009 au plus tard et accentuation de traits de personnalité histrionique (Z73.1), existant depuis probablement l'âge de jeune adulte. bb) Les médecins traitants et les spécialistes consultés par la recourante ne partagent pas ce point de vue. Dans son rapport médical du 1er décembre 2014, son médecin traitant, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, indique que cette patiente est connue de longue date pour des troubles anxieux qui se sont fortement aggravés suite à un état anémique important dans le cadre d'une hémorragie sur angioliopome. Elle présente un aspect fatigué, un visage triste, des contractures massives de la ceinture scapulaire avec céphalée tensionnelle. Elle est suivie en parallèle par la Dresse I. \_\_\_\_\_ avec des techniques d'hypnose et elle reçoit de la part du Dr H. \_\_\_\_\_ des tranquillisants et des anti-dépresseurs. Ce médecin précise que la posture de travail et les mouvements répétitifs ont un effet extrêmement néfaste sur son état psychologique et surtout sur des douleurs scapulaires. D'un point de vue médical, l'activité exercée est encore exigible à 50%. Il pense qu'un changement professionnel comme une activité adaptée non monotone et non répétitive permettrait d'augmenter sa capacité de travail quasiment à 100%. Dans son rapport médical du 6 juillet 2015, la Dresse E. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante FMH, pose le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) existant depuis 15 ans au moins. Cette problématique la rend vulnérable au stress. Par moments, elle peut présenter des difficultés d'attention et de concentration ainsi que des difficultés dans la compréhension des consignes. Elle est dans un état important de fatigue, elle est sensible sur le plan affectif et les événements de la vie quotidienne la touchent plus facilement. L'activité exercée est encore exigible à 50%, de préférence le matin. Il y a une diminution de rendement en ce sens qu'actuellement la patiente se sent sous pression et facilement dépassée. Ce médecin précise qu'il faut du temps à sa patiente parce qu'elle est fatiguée et qu'elle doit se rétablir avant toutes choses. C'est pour cela que les suivis psychiatriques et psychothérapeutiques réguliers sont utiles. En effet, un accompagnement psychothérapeutique est vivement recommandé en raison du profil de la patiente, notamment pour les crises de panique avec tendance somatoforme. La patiente parle souvent d'un état de tristesse, d'angoisse et d'un sentiment d'injustice vis-à-vis de son employeur. A la question de savoir si l'on peut exiger de l'assurée une autre activité professionnelle, elle répond qu'il est trop tôt pour penser à une nouvelle activité professionnelle mais que cependant, s'il n'est pas possible de Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 garder son travail actuel à 50% au maximum et de manière définitive, la patiente évoque son intérêt pour un éventuel travail en tant qu'auxiliaire de vie, activité qu'elle pourrait assumer aussi à 50%, cette activité impliquerait une formation dans le domaine. Interrogé dans un premier temps le Dr D. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH et médecin SMR, indique que la seule façon d'éclaircir la situation est de mettre en place un examen psychiatrique au SMR. Dans son rapport psychiatrique du 4 avril 2016, le Dr D. \_\_\_\_\_ relève la présence de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire d'évocation, la présence d'une fragilité émotionnelle, liée à un état anxieux, la présence de trouble du contenu de la pensée, la présence d'idées noires, la présence d'une symptomatologie anxieuse. Il retient que la symptomatologie dépressive, accompagnée de

symptômes psychotiques, et les attaques de panique ont une répercussion sur les ressources personnelles de l'assurée, toutefois, le 50% d'activité professionnelle à laquelle l'assurée peut faire face s'explique probablement par le fait qu'elle l'exerce depuis plus de 20 ans et qu'il s'agit d'une activité simple, répétitive. Il pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, l'intensité sévère est due à la présence de symptômes psychotiques (F33.3), trouble panique sévère (F41.01). Il propose une modification du traitement anxiolytique et antidépresseur. Il confirme que les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent pour 50% du tableau clinique de l'assurée et que vu la symptomatologie actuelle, une réadaptation dans le sens d'une formation d'auxiliaire de santé ou d'aide-soignante ne semble pas envisageable. Il estime sa capacité de travail à 50% depuis le 2 août 2014. Tous ces rapports ont été rédigés avant que ne soit mandaté le Dr C. \_\_\_\_\_ qui s'est pour sa part prononcé comme expert externe à l'OAI, le service juridique de cette office ayant considéré le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ comme insuffisamment probant (cf. pièce 32 dossier AI). cc) Le Dr C. \_\_\_\_\_ a eu l'occasion de donner son avis sur les rapports médicaux des médecins traitants et spécialistes consultés par l'assurée. Concernant le rapport médical du Dr H. \_\_\_\_\_, le Dr C. \_\_\_\_\_ fait remarquer que celui-ci décrit comme obstacle principal empêchant l'assurée d'exercer une activité professionnelle à plein temps le caractère monotone et répétitif de son travail habituel. Ainsi ce médecin estime que, dans une activité non monotone et non répétitive, la capacité de travail de sa patiente pourrait être de 100%. De même, le Dr C. \_\_\_\_\_ constate avec raison que la Dresse E. \_\_\_\_\_ évoque des difficultés professionnelles qui sortent du champ médical quand elle décrit un sentiment d'injustice de l'assurée vis-à-vis de son employeur. C'est probablement la raison pourquoi, si celle-ci s'est finalement déclarée en accord avec les diagnostics retenus par le Dr C. \_\_\_\_\_, elle n'en a pas moins estimé, pour sa part, que la capacité de travail était diminuée de moitié, reconnaissant, contrairement à l'expert, la portée invalidante de l'état anxio-dépressif (cf. son rapport du 6 avril 2017). Quant à la conclusion du Dr D. \_\_\_\_\_ concernant la capacité de l'assurée à poursuivre son activité habituelle de manière stable à 50%, le Dr C. \_\_\_\_\_ la trouve surprenante étant donné le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère entraînant même des symptômes psychotiques posé par ce médecin. Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 De même, le Dr C. \_\_\_\_\_ relève que le diagnostic d'épisode dépressif sévère entraîne habituellement une incapacité de poursuivre ses activités sociales professionnelles ou ménagères, selon la CIM-10 et un tel épisode est caractérisé par un état de détresse associé soit à une agitation soit à un ralentissement marqué au plan psychomoteur avec souvent des idées de suicide manifestes, nécessitant au moins ponctuellement une hospitalisation, tout en étant incompatible avec une activité en dehors d'un cadre thérapeutique. Or, l'assurée a la capacité de poursuivre son travail à 50%, en parallèle aux tâches ménagères et aux rencontres avec la famille. Le Dr C. \_\_\_\_\_ remarque également que les patients souffrant d'un épisode dépressif majeur subissent typiquement une aggravation de leurs symptômes affectifs en cas d'un changement de la routine. Or, l'assurée exprime au contraire l'effet bénéfique d'activités, comme des voyages au Portugal deux fois par année ainsi que d'une croisière en mai 2014. Pour ce médecin, les démarches thérapeutiques à J. \_\_\_\_\_ (Dresse E. \_\_\_\_\_) (consultations psychiatriques occasionnelles, prescription d'un antidépresseur à une dose moyenne associée à une faible dose d'un antipsychotique) contrastent aussi avec la gravité du diagnostic retenu par le Dr D. \_\_\_\_\_. d) validation des conclusions de l'expertise C. \_\_\_\_\_. 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 le Dr C.\_\_\_\_\_. A ce titre, force est de constater que le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ (23 pages d'une écriture serrée, qui explorent, de façon minutieuse et détaillée, sur 10 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 fouillée que ceux de ses deux confrères psychiatres, et tout particulièrement que celui du Dr D.\_\_\_\_\_ (14 pages d'une écriture moins serrée dont une anamnèse familiale, professionnelle et psychosociale expédiée en 2 pages). Dans son rapport d'expertise, le Dr C.\_\_\_\_\_ explique également de façon détaillée et convaincante pourquoi il ne pouvait pas retenir les diagnostics (s'agissant du rapport du Dr D.\_\_\_\_\_) ou la capacité résiduelle de travail retenue (s'agissant du rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ et des rapports médicaux de la Dresse E.\_\_\_\_\_). La Cour de céans se ralliera à ses explications claires et convaincantes. De plus, comme relevé par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son expertise, le Dr H.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 1er décembre 2014, décrit comme obstacle principal empêchant l'assurée d'exercer une activité professionnelle à plein temps le caractère monotone et répétitif de son travail habituel, mais on ne peut encore déduire de ce constat qu'elle présente une réelle invalidité au sens de la loi. De même, la Dresse E.\_\_\_\_\_ évoque des difficultés professionnelles sortant du champ médical en décrivant un sentiment d'injustice de l'assurée vis-à-vis de son employeur, le 6 juillet 2015. En outre, il faut tenir compte du fait que ce médecin est la psychiatre traitante de l'assurée et qu'ainsi son avis peut et doit même être relativisé en raison de la relation de confiance qui la lie à sa patiente. La prise en compte de ces difficultés socio-professionnelle pourrait au demeurant avoir conduit la Dresse E.\_\_\_\_\_ à considérer comme incapacitant l'état "anxio-dépressif" qui sort toutefois, selon l'expert C.\_\_\_\_\_, de la catégorie des atteintes psychiatriques invalidantes. Tribunal cantonal TC Page 12 de 12

## **E. 6**

Il découle de tout ce qui précède qu'un refus de toute prestation apparaît ici juridiquement fondé et que l'on peut ainsi considérer que cette assurée est capable d'exercer son activité d'ouvrière au service de l'entreprise B.\_\_\_\_\_ SA, à 100%, et sans diminution de rendement. Les troubles présentés par elle et dont on ne saurait nier qu'elle lui procure une forme de souffrance, ne constituent pas pour autant une atteinte invalidante au sens de la loi, selon toute vraisemblance, ici prépondérante. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

## **E. 7**

Les frais de justice, fixés à CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante qui succombe et compensés avec l'avance de frais du même montant. Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.- sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_ et compensés avec l'avance du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. 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 13 mars 2018/mfa Président  
Greffière-rapporteure

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