

FR_GERICHTE 605 2019 20 vom 20. Mai 2020

FR Kantonsgericht, 2020-05-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_20

FR: FR_GERICHTE 605 2019 20 du 20 mai 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 20 del 20 maggio 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 14

mai 2014, le Dr F._____, spécialiste en rhumatologie à G._____, a estimé la capacité de travail, du point de vue rhumatismale, à 80% dans l'activité de dame de ménage et à 100% dans une activité adaptée. L'OAI a également procédé à une enquête économique sur le ménage, le 18 novembre 2014. Cela l'a conduit, le 30 avril 2015, à émettre un projet de décision niant un droit à la rente au motif que l'assurée conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et, en se fondant sur les activités du ménage, présentait un degré d'invalidité de 3.38%, ce qui est insuffisant pour l'ouverture du droit à une rente, même partielle. Dans le même document, l'OAI faisant droit à l'affirmation de la recourante selon laquelle, sans l'atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité à plein temps, a effectué une comparaison des revenus d'où il est ressorti que dans une activité adaptée, sa capacité de travail était pleine et entière et ne générait aucune perte de gain. Le 29 mai 2015, la recourante s'est opposée à ce projet. Elle a produit deux attestations médicales de ses médecins traitants, les Drs H._____, médecin généraliste à B._____, en date du 30 juin 2015 et C._____, psychiatre, datée du 23 juin 2015. Les deux médecins font valoir un état de santé incompatible avec toute activité professionnelle. Divers autres certificats médicaux ont été produits. Le 4 avril 2016, le Service Médical Régional Berne, Fribourg, Soleure (ci-après : SMR) a considéré que l'instruction médicale était incomplète. Le 4 octobre 2016, le SMR a recommandé une expertise psychiatrique. C. Le 27 mars 2017, la recourante a été placée sous mesure de curatelle de représentation et de gestion du patrimoine.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 D. Le 1er mai 2018, une première expertise psychiatrique a été réalisée par la Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, selon laquelle la recourante devait être considérée comme étant en incapacité totale de travail. Dans sa prise de position du 13 mai 2018, le SMR a toutefois considéré que les conclusions de cette première expertise psychiatrique reposaient sur des facteurs étrangers à l'AI, pour l'essentiel, et que celle-ci manquait de cohérence, raison pour laquelle il a proposé la réalisation d'une nouvelle expertise. Une nouvelle expertise a donc été confiée au Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle a été réalisée le 30 novembre 2018 et a constaté l'absence « de signe d'affection psychiatrique susceptible d'entraîner des limitations fonctionnelles significatives ». Dès lors, elle a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, tout en retenant que l'ancienne activité de dame de ménage n'était pas indiquée. L'OAI a ainsi rendu, en date du 6 décembre 2018, une décision de refus de la rente d'invalidité, considérant que l'assurée

présentait une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement dans une activité légère adaptée. E. Contre cette décision du 6 décembre 2018, A. _____, représentée par Me Benoît Sansonnens, interjette recours auprès du Tribunal cantonal en date du 25 janvier 2019, faisant valoir une violation du droit d'être entendue, dans la mesure où l'OAI n'a pas transmis à la curatrice de la recourante le dossier complet de la cause, en particulier a omis de lui faire parvenir le rapport d'expertise J. _____ sur lequel il s'est basé pour dénier tout droit à la rente. Elle estime qu'à défaut de ce document de base, elle n'était pas en mesure de prendre position sur tous les éléments du dossier. Elle conclut, principalement, cela étant, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle requiert par ailleurs l'assistance judiciaire complète, étant sans revenu et relevant de l'aide sociale. Dans un mémoire complémentaire du 22 mars 2019, elle fait encore valoir que, vu les maigres prestations alimentaires perçues de son mari duquel elle est séparée, elle aurait dû, sans son atteinte à la santé, travailler à 100%. Dès lors, elle estime absurde l'application de la méthode mixte de comparaison des revenus. Ensuite, elle retient les conclusions de la première expertise psychiatrique qui lui étaient favorables et que l'OAI a rejetées, confiant une nouvelle expertise à l'un des experts qui lui sont généralement acquis, lequel a non seulement « taillé en pièces » la première expertise psychiatrique, mais encore les avis médicaux du psychiatre traitant. Elle estime que la deuxième expertise n'est pas neutre et s'apparente davantage à un « réquisitoire du Ministère public ». Elle conclut que, dans la mesure où il existe deux expertises contradictoires et qu'on ne saurait se fier à l'avis du médecin SMR qui n'est pas psychiatre, elle maintenait intégralement ses conclusions. Dans ses observations du 2 mai 2019, l'OAI propose le rejet du recours, rappelant que les conclusions de la première expertise ne peuvent objectivement être retenues comme probantes. Il est d'avis qu'un troisième expert psychiatre ne pourrait que confirmer ou infirmer les résultats de la seconde expertise, vu que la première ne remplit pas les critères de recevabilité du point de vue purement médical, ce qui lui ferait perdre toute pertinence. Pour ce qui est de la méthode retenue

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 pour comparer les revenus, l'OAI affirme s'être basé sur les revenus de femme de ménage réalisés à temps partiel et pour ménagère pour le reste du temps. Le 17 mai 2019, le mandataire de la recourante a fait parvenir à la Cour de céans sa liste de frais. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année, et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances-sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le renvoi 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. 2.1. 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.). 2.2 Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 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).). 3. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 4. 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. 4.1. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes : la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode dite mixte, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 et les références citées). Il n'est pas toujours aisé de connaître avec précision le statut professionnel d'un assuré. La jurisprudence a retenu plusieurs facteurs entrant en considération dans l'un ou l'autre cas. Elle a fixé que, pour déterminer si un assuré travaille à plein temps ou à temps partiel ou s'il n'a pas d'activité lucrative, on peut procéder de manière empirique ou normative. L'approche empirique consiste à examiner ce que l'assuré ferait dans une situation identique, en l'absence de toute atteinte à la santé. Les activités qu'exerçait l'assuré au moment où il a subi l'atteinte à la santé et la durée pendant laquelle il les a exercées sont des indices importants (cf. arrêt TF 9C_559/2009 du 18 décembre 2009 consid. 4). L'approche normative repose sur la question de savoir quelle activité lucrative serait exigible si l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à la santé. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il ne faut pas opter pour l'approche normative, mais tenir compte des activités que la personne aurait ou n'aurait pas, en toute vraisemblance, exercées (arrêts TF 9C_406/2011 du 9 juillet 2012 consid. 5.1 ; 9C_49/2008 du 28 juillet 2008 ; voir aussi Rapport du Conseil fédéral du 1er juillet 2015, en réponse au postulat de Jans Beat (12.3960 «

Assurance-invalidité. Les travailleurs à temps partiel sont désavantagés ») du 28 septembre 2012). Ainsi, une personne vivant du produit de son capital, qui, sans invalidité, n'exerçait aucune activité lucrative, devrait être reconnue comme invalide si on appliquait la méthode normative en ce sens qu'on aurait pu exiger d'elle qu'elle exerce une activité lucrative sans son invalidité alors même qu'elle ne l'aurait sans doute jamais fait.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 4.1.1. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé, la diminution de la capacité de gain se détermine en comparant le revenu qu'ils auraient pu obtenir s'ils n'étaient pas invalides avec celui qu'ils pourraient obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'eux après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310, consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4). Cette comparaison s'effectue, en règle générale, 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. Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174 et les références citées). 4.1.2. Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans ces cas, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]; ATF 131 V 51 consid. 5.1.2). 4.1.3. Enfin, lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité, l'on applique la méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI). 4.1.3.1. Selon cette méthode, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. Cette méthode mixte d'évaluation du taux d'invalidité a été souvent remise en cause, y compris devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CourEDH), laquelle a rendu un jugement le 2 février 2016 (arrêt CourEDH n. 7186/09 Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016). Depuis le 1er janvier 2018, suite à la jurisprudence de la Cour Européenne des droits de l'Homme (arrêt CEDH no. 7186/09 du 2 février 2016), le Conseil fédéral a fixé de nouvelles normes de calcul pour fixer le taux d'invalidité des travailleurs à temps partiel : le nouveau mode de calcul, prévu à l'art. 27bis RAI, repose sur une pondération similaire des deux taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et les travaux habituels. D'après cette disposition, le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais

est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalidé est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15

revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide. Le règlement est aussi modifié en ce qui concerne les activités ménagères prises en compte pour la comparaison des types d'activité. Conformément à la jurisprudence et à la loi, l'accent doit être mis sur les activités qui peuvent être assimilées à une activité lucrative. Le critère de la tierce personne est décisif à cet égard. Il consiste à se demander si l'activité considérée se prête à être assurée par des tiers (personnes ou entreprises) contre rémunération. C'est le cas des activités usuelles dans le ménage, par exemple l'alimentation, l'entretien du logement, les achats et courses diverses, la lessive et l'entretien des vêtements. Dans la mesure où elles ne peuvent pas être assumées par d'autres membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage, ces activités devraient être accomplies, en cas d'atteinte à la santé, par des prestataires externes (femme de ménage, aide ménagère, etc.). 4.1.3.2. Selon l'art. 27 RAI relatif aux travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, on se base sur l'activité actuelle dans le ménage, les soins et l'assistance apportés aux proches. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI; ATF 121 V 366 consid. 1b). Cette enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêt TF 9C_693/2007 du 02 juillet 2008; ATF 128 V 93). 4.1.3.3. La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts TF I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2, I 249/04 du 06 septembre 2004 consid. 5.1.1, I 155/04 du 26 juillet 2004 consid. 3.2, et I 685/02 du 28 février 2003 consid. 3.2).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 4.1.3.4. Une réduction globale forfaitaire de 30% appliquée sur le taux d'empêchement dans les travaux habituels ou la tenue du ménage, qui prendrait en compte l'apport des autres personnes vivant avec l'assuré au sein dudit ménage et censées l'aider et le soulager dans l'exercice de ses tâches, n'est en principe pas admissible, l'assurance-invalidité ne sachant s'exonérer, sur le principe, de sa responsabilité au détriment de l'entourage de ses assurés (cf. arrêts TC FR 608 2017 157 du 22 mars 2018, 608 2017 288 du 3 juillet 2018 [consid. 4.3], 608 2018 45 du

E. 16

juillet 2018 [consid. 6.1.1], 608 2018 192 du 13 mars 2019 [consid. 5.2 et 5.3], 605 2018 314 du 3 avril 2019 [consid. 6] et 608 2018 155 du 1er octobre 2019). 5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin (éventuellement aussi d'autres spécialistes) 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 114 V 310, 105 V 156, 115 V 134 consid. 2, 125 V 261 consid. 4). 5.1. Le juge apprécie librement les preuves. 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 que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 ; RAMA 1996 no U 256, p. 217 et les références). 5.2. S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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 19/02 du 26.07.2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29.01.2008), 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. 5.3. Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé. Ainsi le juge ne s'écartera pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 ss consid. 3b). 5.4. La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise dépend du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Selon la jurisprudence, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 138 V 318; 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 6. Est tout d'abord litigieuse l'appréciation de la capacité de travail, au plan psychiatrique, de la recourante, qui a notamment été victime d'une agression en 2011. Cette dernière estime que c'est la première expertise psychiatrique réalisée, qui va dans le sens de ses médecins, qui doit être suivie, et non la seconde, dont elle conteste vivement les conclusions. 6.1. Droit d'être entendu S'agissant de la question de la violation du droit d'être entendu sur cette question, la Cour considère que ce vice est réparé, dans la mesure où la recourante a, en procédure de recours, pu consulter l'entier du dossier AI et a disposé d'un délai supplémentaire de trente jours pour compléter son recours. 6.2. Rapports psychiatriques et estimation du SMR L'assurée a été suivie, au plan psychiatrique, principalement par le Dr C. _____, depuis 2012. Ce dernier a établi un premier diagnostic, le 23 juillet 2013, comme suit : « F33.11 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique ; F 43.1 Etat de stress post- traumatique ; diagnostiqués depuis novembre 2011 ». Le 25 juin 2015, il a spécifié dans un rapport adressé à l'OAI : « En ce qui concerne l'aspect psychiatrique, [la recourante] a présenté des éléments de stress post-traumatiques (F43.1 selon CIM-10) avec une réactivation de traumatismes antérieurs ainsi qu'un trouble dépressif (F33.11 selon CIM-10). Ces troubles liés à l'agression subie en automne 2011 comprennent des angoisses récurrentes, des conduites d'évitement, troubles du sommeil, sentiment d'impuissance marqué, estime de soi très basse avec sentiment d'inutilité et d'incompétence. Le trouble dépressif récurrent est associé à un trouble douloureux chronique et diffus ». Le 20 juin 2016, il a constaté une aggravation de l'état de santé psychique, avec un « (...) état d'épuisement important, un état de déprime avec des idées noires, des troubles

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 du sommeil, une perte d'appétit (...), de l'anhédonie, perte d'intérêt, une perte de l'estime de soi, du découragement et un sentiment d'impuissance augmentant, diminution de l'aptitude à se concentrer ». Le premier rapport d'expertise psychiatrique du 1er mai 2018, effectué par la Dresse I. _____, pose comme diagnostic un « Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique F33.11 ; Syndrome de stress post-traumatique F43.1 ; Personnalité immature et dépendante F60.7 ». L'experte atteste cependant que le diagnostic de syndrome

post-traumatique est considéré « sans répercussion sur la capacité de travail ». Il ressort du rapport d'expertise du Dr J. _____ du 30 novembre 2018, que le 24 mai 2017, l'assurée s'est rendue à la consultation psychiatrique de K. _____, pour une prise en charge ambulatoire. A cette occasion, il a été posé le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33) en plus de celui de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (45.41) ». Il ressort aussi de dite expertise que, le 27 novembre 2017, la recourante a été prise en charge médicalement par l'Hôpital de Jour à E. _____ de K. _____, qui a retenu les diagnostics suivants : « Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) ; Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité avec des traits émotionnellement labiles et dépendants (F61.0) ». Tous ces différents rapports psychiatriques considèrent, en substance et de manière uniforme, que l'assurée souffre de troubles dépressifs récurrents, épisodes léger à moyen. Seuls le Dr C. _____ et l'experte I. _____ retiennent le syndrome de stress post-traumatique, cette dernière le considérant, au demeurant, sans répercussion sur la capacité de travail. Cela étant, le SMR a considéré, dans sa prise de position du 16 mai 2018, que le rapport d'expertise de la Dresse I. _____ ne présentait pas de cohérence médicale. Il lui a été reproché notamment l'absence d'éléments de nature formelle, ainsi que l'absence de justification des observations. Bien que le médecin SMR ne soit pas psychiatre, l'OAI a décidé de mandater une nouvelle expertise, confiée à un nouveau psychiatre. Il sied de relever que l'assurée, par l'entremise de L. _____, a été avisée de la nomination du nouvel expert, avec la liste des questions posées et des éléments à analyser, ainsi que de son droit de le récuser ou de lui poser des questions, par lettre du 24 août 2018. Elle n'a toutefois pas fait usage de ce droit. Même si l'on peut comprendre qu'il n'est guère aisé pour une assurée de pouvoir récuser un expert, jugé trop proche de l'OAI, ce n'est pas le cas de L. _____ qui dispose de l'expérience et des connaissances suffisantes en matière de procédures d'assurance-invalidité, de sorte qu'il est ainsi malvenu de critiquer, au stade de la procédure de recours, le choix de cet expert.

6.3. Discussion

En l'espèce et comme on le verra ci-après, le second rapport d'expertise psychiatrique (du Dr J. _____), même s'il est considéré comme un réquisitoire par le mandataire de la

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 recourante, est en tous points conforme aux exigences de la jurisprudence et ne saurait être taxé d'arbitraire. S'agissant du rapport d'expertise de la Dresse I. _____, une lecture attentive des considérations permet de conclure à des lacunes au regard des exigences de la jurisprudence ci-dessus rappelée, de sorte que c'est à bon droit que l'OAI a requis l'avis d'un second expert.

6.3.1. S'agissant du rapport de l'expert J. _____ du 30 novembre 2018, il pose les diagnostics suivants : « Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0 selon CIM-10) ; troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25) actuellement révolus ; accentuation des traits de personnalité histrionique (Z73.0) ». Quant à son appréciation des diagnostics des psychiatres qui ont traité la recourante, il les écarte en motivant de manière circonstanciée les raisons de son rejet. En résumé, il écarte le trouble dépressif (« il n'y a manifestement à l'heure actuelle aucun symptôme dépressif ») car il estime que l'assurée est vive, volontaire, prompte à la répartie, possédant des ressources en suffisance et capable de se projeter dans l'avenir avec un certain optimisme. Par ailleurs, il estime que les rapports psychiatriques ne documentent pas suffisamment ces troubles de manière concrète et objective. Il réfute également le diagnostic d'état de stress post-traumatique, car, selon lui, ces symptômes ne se rencontrent que dans des situations très spécifiques, telles des actes de guerre, des viols, tortures et autres analogues ; de plus, ils

n'ont pas été mis en évidence de manière suffisamment alléguée. Quant aux troubles de la personnalité, il les impute davantage à une certaine culture, une enfance malheureuse et fruste plutôt qu'à une pathologie de la personnalité. De plus, il estime que la manière dont l'assurée a pris en charge sa vie, nonobstant les difficultés endurées durant sa jeunesse, démontrent qu'elle est parfaitement capable d'y faire face, de mobiliser pleinement ses ressources pour prendre les décisions lui permettant de mener la vie à laquelle elle aspirait, (séparation d'avec son conjoint, suivi de psychothérapies multiples, chirurgie bariatrique, etc.), contrairement aux attitudes que l'on observe généralement chez les patients souffrant de ce type de troubles. En d'autres termes, il estime qu'« Il existe un manque de cohérence entre l'importance des plaintes exprimées par [la recourante] et la modestie des symptômes objectivement constatés et des limitations fonctionnelles telles qu'elles pourraient s'exprimer dans la manière qu'elle a de conduire sa vie ». Enfin, il constate que « La modestie des signes objectifs de dépression qui ont pu être documentés dans le dossier alors que des plaintes dépressives importantes étaient exprimées est également à retenir comme un manque de cohérence dans la situation de l'assurée, d'autant plus si l'on tient compte de l'efficacité avec laquelle elle a, durant une période où un diagnostic d'épisode dépressif moyen a constamment été retenu, mis en œuvre certaines décisions difficiles à prendre et à concrétiser comme celle de se séparer de son mari ». Aux dires de l'expert J. _____, s'il existe bien des signes d'atteintes à la personnalité, il n'y a aucune affection psychiatrique qui justifie une incapacité de travail dans une activité adaptée. 6.3.2. Il est vrai que, entre les premiers diagnostics psychiatriques, avec suivi ad hoc, qui remontent à l'année 2012, et la dernière expertise psychiatrique datée, elle, de décembre 2018, il

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 y a une très longue période qui s'est écoulée, au cours de laquelle la recourante a présenté des épisodes d'aggravation et d'amélioration de l'état de santé, aussi bien psychique que somatique. Il en est de même entre le projet de décision de l'OAI, daté du 30 avril 2015 et la décision finale, rendue trois ans et demi plus tard, au cours desquels la situation a naturellement évolué. Il est non moins vrai qu'au cours de cette longue période, la recourante a multiplié les thérapies, lesquelles ont tout de même permis une certaine stabilisation de son état de santé. En tous les cas, aucun élément du dossier ne permet d'affirmer que, tout au long de cette période, la recourante aurait présenté soit une nette aggravation des diagnostics retenus, soit d'autres symptômes qui auraient pu justifier d'une atteinte à la santé invalidante. Cela dit, à partir du moment où les symptômes restent du même ordre et de la même nature, leur influence sur la capacité de travail relève de l'appréciation des médecins. Il appartient donc à la Cour de décider si, au vu des différents rapports médicaux et des expertises contradictoires, elle est en mesure de se forger une opinion ou si elle a besoin d'instruction complémentaire. 6.3.3. A ce propos, il y a lieu d'écarter la première expertise de la Dresse I. _____ dans la mesure où, ainsi qu'on l'a démontré ci-dessus, elle ne satisfait pas aux exigences de la jurisprudence en la matière. S'agissant de la seconde expertise du Dr J. _____, la Cour ne saurait suivre l'argumentation de la recourante quant à sa valeur probante. En effet, l'expert a tenu compte de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, qu'il a commentées et dont il a expliqué, de manière circonstanciée, les raisons des divergences d'appréciation. La Cour considère que l'expertise est en tous points conforme à la jurisprudence ci-dessus rappelée, en ce qu'elle émane d'un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert a abouti à des résultats convaincants, lesquels recourent du reste plusieurs des autres constatations médicales versées au dossier, de sorte que la Cour ne saurait les écarter aussi

longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé. Dans ces conditions, le Tribunal cantonal estime superflu d'ordonner une troisième expertise. Mal fondé sur ce premier point, le recours doit être rejeté, la capacité de la recourante pouvant être jugée entière dans une activité adaptée. 7. Il reste à voir quelle est la portée de cette estimation dans le cadre de la détermination du taux d'invalidité. La recourante conteste à cet égard le choix de la méthode mixte utilisée par l'OAI. A ce propos, il y a lieu de relever ce qui suit. 7.1. La recourante a exercé, durant son mariage, une activité de dame de ménage pour laquelle des contributions ont été versées à l'AVS. Cette activité porte sur les années 2008 à 2011, d'après l'extrait de compte individuel AVS émis le 5 juillet 2013.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 Au cours de ces 4 ans, la recourante a réalisé un revenu total de CHF 40'772.-, soit un peu plus de CHF 10'000.-/an en moyenne. On peut considérer qu'elle a travaillé le plus en 2009 et en 2010, pour un revenu se situant autour des CHF 15'000.- (arrondis), alors qu'il a chuté brusquement à CHF 5'000.- (arrondis) en 2011. Il est évident qu'il s'agit là d'un revenu d'appoint. Le salaire horaire brut perçu se situait entre CHF 25.- et CHF 26.-, d'après les attestations versées au dossier. La recourante a du reste estimé que son taux d'activité professionnelle se situait à 60%, le 40% restant étant consacré à la tenue de son ménage, selon ses propres déclarations. 7.2. Compte tenu de cette répartition des activités, l'OAI a, à juste titre, procédé au calcul comparatif selon la méthode mixte. Se fondant sur l'Enquête sur la structure des salaires 2012 (ESS)

TA1_tirage_skill_level, total salaires, niveau 1, activité non qualifiée, il a fixé le revenu à CHF 30'864.60, pour une activité à 60%, sans atteinte à la santé. Ce montant correspond au salaire brut de CHF 26.-/heure perçu par la recourante selon les fiches de salaire produites. Avec l'atteinte à la santé, l'activité de dame de ménage n'est plus exigible, mais une activité adaptée, par exemple, dans la production industrielle légère, est possible. Pour ce type d'activité, toujours à 60%, se basant sur l'ESS 2012 (TA1_tirage_skill_level, total salaires, niveau 1), on arrive à un revenu annuel indexé de CHF 51'801.10, à 100% ou CHF 31'080.65 (et non comme indiqué par erreur par l'OAI à CHF 30'864.60), à 60%. Il s'ensuit qu'il n'y a aucune perte de gain. 7.3. Pour ce qui est de la partie ménagère, sur la base du rapport d'enquête ménagère du

E. 18

novembre 2014, le taux d'invalidité dans la tenue du ménage s'est élevé à 8.45% à 100%, soit 3.38% à 40%. Là encore, le degré d'invalidité retenu est insuffisant pour donner droit à une rente. 7.4. Après sa séparation, la recourante a été mise au bénéfice d'une pension alimentaire de CHF 1'200.-, ce qui, de toute évidence, est insuffisant pour assurer sa subsistance, et qui, selon elle, l'aurait contrainte à exercer une activité lucrative à plein temps. L'OAI a accepté alors de considérer son calcul sur la base de la méthode ordinaire de comparaison des revenus à partir de ce moment-là. Il en résulte, ainsi que nous l'avons vu ci-dessus sous chiffre 7.2, que le revenu d'une activité lucrative non qualifiée (dans le ménage, par exemple) s'élève à CHF 30'864.60, à 60% ou CHF 51'441.- (et non à CHF 51'801.10 comme indiqué par erreur par l'OAI) à 100%. Dans une activité légère et adaptée, le revenu à 100% réalisable s'élève à CHF 51'801.10. La recourante ne subit ainsi aucune perte de gain. Mal fondé, le recours doit être rejeté sur ce second point également.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 8. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours (605 2019 20) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Les frais de justice, ici exceptionnellement réduits à CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante mais ne seront pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée ci-après, sous réserve de

retour à meilleure fortune. 9. La recourante a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire partielle (605 2019 21). 9.1. Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal 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); 9.2. S'agissant des chances de succès du recours déposé, il convient de constater que, dans le cas d'espèce, vu les rapports médicaux nombreux et contradictoires, la multiplicité des atteintes à la santé, l'exceptionnelle durée de la procédure, le recours ne paraissait pas d'emblée dénué de toute chances de succès, quand bien même celles-ci étaient très minces, comme il l'a été démontré ci-dessus. S'agissant de la seconde condition d'indigence, force est de constater qu'elle ne fait aucun doute vu que la recourante émarge du service social et que ses ressources sont nettement insuffisantes. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale sera donc admise et Me Benoît Sansonnens, avocat, sera désigné comme défenseur d'office. 9.3. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens, en sa qualité de défenseur d'office, sera fixée, compte tenu de la liste de frais produite par ce dernier le 17 mai 2019, à CHF 3'400.00, à CHF 375.00, de débours et frais administratifs, plus CHF 290.70 au titre de la TVA à 7.7%, soit au total CHF 4'065.70. Elle sera mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2019 21) est admise et Me Benoît Sansonnens désigné en tant que défenseur d'office. III. L'indemnité de partie allouée à Me Benoît Sansonnens, en sa qualité de défenseur d'office, sera fixée, compte tenu de la liste de frais produite par ce dernier le 17 mai 2019, à CHF 3'400.00, à CHF 375.00, de débours et frais administratifs, plus CHF 290.70 au titre de la TVA à 7.7%, soit au total CHF 4'065.70. Elle sera mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante mais ne seront pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. V. 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 20 mai 2020/esc Le Président : Le Greffier :