

FR_GERICHTE 608 2017 231 vom 22. Oktober 2018

FR Kantonsgericht, 2018-10-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_231

FR: FR_GERICHTE 608 2017 231 du 22 octobre 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 231 del 22 ottobre 2018

Regeste

Arrêt de IIe 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. 2.1

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. 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. Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; et de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

E. 2.2

Il découle de la notion d'invalidité que 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). 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 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). L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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). En outre, 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). Enfin, 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 (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

E. 2.3

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGA). En d'autres termes, dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les

circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11

E. 2.4

D'après une jurisprudence constante (arrêt TF 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2 et les références), la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie. La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance. En matière de dépendance à l'alcool (arrêt précité, consid. 5.3 et la référence), la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant. L'existence d'une comorbidité psychiatrique (cf. arrêt précité consid. 5.4) – dont le diagnostic a été posé *lege artis* – ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes

atteintes à la santé (arrêt TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.4 et les références).

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'AI dans le cadre d'une première demande.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11

E. 3.1

Dans son rapport d'expertise du 14 mars 2017 (cf. dos. OAI 140), le Dr C. _____, psychiatrie et psychothérapie, ne retient aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail; sans répercussion sur dite capacité, il mentionne des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25; cf. p. 12 et 14). La capacité de travail est totale (100%), que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, et ce, quant à l'exigibilité, depuis toujours (cf. p. 14, 17 et s.). Seule condition, limitation énoncée: qu'il n'y ait pas d'alcool sur le lieu de travail. Vu que l'expertisée n'a plus travaillé depuis de nombreuses années, il peut être profitable que la reprise du travail soit progressive. Cependant, elle n'a pas besoin de réadaptation professionnelle. Pour son appréciation, l'expert s'est fondé sur l'étude du dossier assécurologique. Avant de discuter le cas et de livrer ses conclusions (cf. p. 12 ss), il a en particulier rappelé le contenu des rapports de la psychiatre traitante, avant de se déterminer expressément quant à chacun des diagnostics posés par celle-ci (cf. p. 3 et 13 s.). Son rapport contient notamment un résumé du dossier (cf. p. 1s.), une anamnèse détaillée (familiale, personnelle et psychosociale; cf. p. 4 s. et 7), ainsi que les plaintes, les données et indications subjectives de l'intéressée (cf. p. 10 s.) et les observations cliniques. Il ne s'est pas contenté de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont ainsi fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. L'expert a en particulier pu livrer ses constatations objectives obtenues lors de deux examens cliniques menés respectivement pendant deux heures et 55 minutes et à l'occasion desquels il a pu examiner personnellement l'assurée et observer son comportement. L'expert-psychiatre a notamment développé la problématique de la consommation d'alcool de l'assurée (cf. notamment p. 13 s.) et expliqué en quoi cela fondait le diagnostic retenu, et pourquoi celui-ci était sans influence sur la capacité de travail. Il a souligné à cet égard que l'alcoolodépendance était primaire. Enfin, c'est de façon claire qu'il a apporté une conclusion à son expertise et répondu aux questions qui lui étaient posées (cf. p. 14 ss).

E. 3.2

Pour la Cour, ce rapport d'expertise est parfaitement convaincant et probant au sens jurisprudentiel rappelé plus haut. L'expert-psychiatre s'est notamment prononcé relativement aux différentes affections rapportées et aux pièces médicales figurant au dossier. Il n'a pas relevé, lors des deux entretiens, d'éléments permettant de retenir une phobie sociale, une agoraphobie, une attaque de panique ou un épisode dépressif, et a expliqué quels aspects et ressources (contacts réguliers et bons avec la famille, un ami, ...) parlaient contre la présence de ceux-ci (cf. p. 13). Il a souligné (p. 13 s.) que les plaintes et angoisses évoquées sur ces plans se produisaient dans le cadre de la consommation d'alcool, qui en était directement à l'origine. La dépendance était primaire, l'utilisation de l'alcool, continue, et elle avait probablement commencé à l'adolescence. Au vu de ces éléments, la capacité de travail était totale (cf. p. 13 s.). L'expert n'a pas contesté que l'assurée souffrît

d'une alcoolodépendance, mais considéré, en l'expliquant de façon convaincante dans son expertise, que cette affection était primaire et non constitutive d'invalidité, le syndrome de dépendance n'étant ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé psychique ou somatique ayant valeur de maladie avec un degré de gravité et d'acuité suffisant, déterminant au sens de l'assurance-invalidité (cf. supra et arrêt TF 9C_23/2018 du 15 février 2018 consid. 5.2 et les références); partant, au sens de l'AI, elle n'avait pas

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 d'influence sur la capacité de travail et de gain. S'il ne nie pas que l'assurée puisse rencontrer certaines difficultés, certains troubles, ce que mentionne le diagnostic qu'il retient, il explique que ceux-ci – ainsi donc que la consommation d'alcool régulière dont ils découlent –, n'ont cependant pas pour lui d'influence déterminante sur la capacité de travail ni ne sont invalidants au sens de la loi. Au reste, il montre qu'une absence de consommation d'alcool les atténue ou évite leur survenance. Par exemple, ainsi qu'elle l'admet elle-même, l'assurée aura un meilleur sommeil, non ou moins peuplé de cauchemars, si elle ne boit pas le soir, comme elle l'a décidé (cf. p. 9 ss). Et si elle semble être dans le déni concernant sa dépendance (cf. p. 14), pour autant, elle n'apparaît ni ignorer totalement les effets négatifs de celle-ci (cauchemars, "perte de mémoire" lorsque l'absorption d'alcool est liée à celle de médicaments, ...; cf. p. 10 ss), ni ne pas être en mesure de chercher à réagir à cet égard (diminution de sa consommation, notamment en soirée; voir moins un ami buvant beaucoup; se lever tout de suite le matin, lorsqu'elle se sent angoissée, pour éviter que cela empire; ...; cf. p. 7 et 9 ss). Outre de préconiser un travail en un lieu où l'alcool n'est pas disponible, recommander une abstinence totale, en soulignant qu'elle est exigible et souhaitable, ce également enfin d'éviter les interactions avec le traitement médicamenteux suivi (cf. p. 14), ne saurait être ainsi remis en question. L'Autorité de céans fait siennes l'appréciation et les conclusions de l'expertise. Le reproche de la recourante selon lequel l'expert aurait émis des suppositions qui n'ont rien à faire dans une expertise, grief non motivé, non expliqué, n'a aucune incidence à cet égard. Si en renvoyant à la page 14 de l'expertise la recourante entend se référer à la remarque selon laquelle en cas de rente, il est fort probable que l'assurée continue à avoir des activités non déclarées, outre que celle-ci a effectivement mentionné certaines périodes de travail au noir, ce point ne change clairement rien quant à la valeur probante de l'expertise. Aucun élément ne justifie dès lors de s'écarter de cette appréciation du cas, en particulier pas même les avis des autres médecins.

E. 3.3

S'agissant de ces derniers, figurent au dossier les documents médicaux suivants.

E. 3.3.1.1

Le rapport du 30 juillet 2014 (dos. OAI p. 55 ss) de la Dresse D. _____, médecine générale, qui pose les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dépendance à l'alcool et de trouble anxieux, atteintes se répercutant sur l'activité sous forme de problème de concentration et de retrait social, ainsi que d'un manque de résistance au stress. Une autre activité est exigible, à terme, 8 h par jour, par exemple dans l'accueil, le service, etc., ce en étant particulièrement attentif au stress. La patiente commence juste à mettre de l'ordre dans sa vie (curatelle, appartement)...; il faut être prudent et y aller progressivement si on veut obtenir un résultat. Il n'y a aucune limitation fonctionnelle somatique à proprement parler, mais les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance sont probablement limitées. La motivation pour la reprise du travail est partielle, l'absentéisme

prévisible, moyen. Au chapitre anamnèse, il est noté une incapacité à affronter les contraintes d'un travail, et un retrait social important. Le pronostic est réservé. La prise en charge psychiatrique récente, une bonne nouvelle. Elle n'a pas retravaillé depuis longtemps; ses dernières tentatives dans le service se sont soldées par un échec, selon elle parce qu'elle n'arrivait pas à gérer le stress, selon d'autres informations, parce qu'elle buvait au travail.

E. 3.3.1.2

Pour la Cour, est ainsi confirmée l'absence de toute problématique (purement) somatique à prendre en compte dans cette cause. Ce rapport ne comprend en outre pas d'éléments propres

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 à infirmer le contenu de l'expertise psychiatrique. L'on soulignera au contraire l'exigibilité pleine et entière d'une activité adaptée prévue à terme, le fait que le manque de résistance au stress qu'invoque la patiente et que reprend au titre de limitation fonctionnelle son praticien pourrait, rapporte ce dernier, s'inscrire (plutôt) dans une consommation (excessive) d'alcool sur le lieu de travail, et que certaines des difficultés mentionnées, telle l'angoisse de retrouver un appartement, n'apparaissent ni n'ont un effet invalidant, ni n'ont pu ou peuvent être écartées ou atténuées grâce à l'aide de la curatelle et du suivi psychiatrique nouvellement mis en œuvre. En tout état de cause, tant le déni observé par l'expert-psychiatre relativement à la consommation d'alcool que sa position selon laquelle une activité adaptée ne la permettant pas, ne la favorisant pas, est exigible, n'apparaissent nullement infondés au vu du contenu du rapport du médecin généraliste traitant.

E. 3.3.2.1

Les rapports de la Dresse E. _____, psychiatrie et psychothérapie, qui suit la patiente depuis mai 2014. Soit: - Celui du 8 septembre 2014 (dos. OAI 65), dans lequel elle diagnostique une phobie sociale (F40.1), aggravée depuis 2 ans, un épisode dépressif moyen (F32.1), depuis 2 ans, une dépendance à l'alcool, utilisation épisodique (F10.26), depuis 2 ans, et une agoraphobie avec attaques paniques (F40.01), aggravée depuis 2 ans. Les restrictions quant à l'activité de sommelière sont une anxiété importante, des troubles de la concentration, un manque de confiance en soi, et une diminution de l'énergie; cela se manifeste par le fait que la patiente se sent vite dépassée par les situations stressantes, elle panique et n'arrive plus à assumer son travail. Il y a une incapacité de travail totale et une inexigibilité de l'activité exercée jusqu'ici, avec une perte de rendement actuellement proche de 100%, vu l'état psychique (anxiété importante). Il est allégué que depuis juillet 2013, la patiente n'a plus d'activité professionnelle. Savoir si une activité adaptée est exigible reste à évaluer dans le cadre d'un stage d'évaluation AI, mesure de réadaptation professionnelle dont elle doit pouvoir bénéficier dans un premier temps. Elle est vite angoissée, se sent vite déstabilisée par les remarques, a peu confiance en elle. Une reprise d'activité devrait être progressive, en commençant par un pourcentage de 20%, au maximum 2 h par jour. Au vu de ses difficultés psychiques, elle ne pourrait probablement pas travailler à plus de 50% dans le futur. Il faudra éviter le stress. La motivation est partielle, un absentéisme moyen est prévisible. Le fonctionnement intellectuel est normal. C'est peu après son second divorce qu'elle a pris pour la première fois des antidépresseurs et a augmenté la consommation d'alcool qu'elle utilisait comme automédication. Depuis le début de sa prise en charge psychiatrique, elle continue de présenter des symptômes anxio-dépressifs importants, anxiété augmentant avant toutes les sorties de la maison; le jour de rendez-vous, elle a des

nausées, des vomissements; elle présente des comportements d'évitements face aux situations où elle peut être exposée à l'observation d'autrui. La thymie est triste. Une amélioration partielle de son état psychique pourrait être envisageable les prochains mois, ce qui est à réévaluer. Actuellement, elle ne peut pas travailler dans l'économie libre. Les capacités de concentration et d'adaptation, ainsi que la résistance, sont limitées, mais pas la compréhension. Elle est apte à se déplacer mais évite les endroits publics où il y a beaucoup de monde. - Le rapport du 13 juillet 2015, dans lequel la psychiatre traitante mentionne (dos. OAI 105) un état de santé resté stationnaire, sans amélioration. Aucune activité, même adaptée, n'est exigible, car la patiente présente des angoisses très importantes avec un seuil très bas de tolérance au stress, ce qui entraîne des troubles de la concentration, ainsi qu'une péjoration de l'état dépressif. Le fonctionnement intellectuel est normal; au niveau de l'environnement de travail, il faudrait éviter le

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 stress; la motivation pour reprendre un travail ou un reclassement professionnel est faible, l'absentéisme prévisible, important. Elle ne peut utiliser les transports publics en raison de ses angoisses. Elle sort peu de chez elle, la plupart du temps en étant accompagnée ou pour de courts trajets. Elle évite les grandes surfaces et se sent en sécurité surtout chez elle; elle se sent vite envahie par les problèmes des autres, devient vite angoissée. Presque chaque matin, et surtout les jours où elle a des rendez-vous, elle a des nausées. Elle est triste de voir qu'elle n'est pas comme les autres; elle se sent souvent en infériorité, pas à la hauteur; elle manque de confiance et a des anticipations négatives; elle a peu d'énergie, et souvent des cauchemars. A but anxiolytique, elle peut consommer de l'alcool. Elle n'est pas en mesure de reprendre une activité dans l'économie libre, ni de suivre une réadaptation professionnelle, étant rappelé que face à la perspective d'un stage dans un centre Orif, elle avait décompensé davantage au mois d'octobre 2014. La dose du traitement antidépresseur a été baissée car elle avait développé des effets secondaires; elle prend toujours un anxiolytique également. - Le rapport du 29 septembre 2017 déposé en procédure de recours, soit en dehors du cadre temporel qui circonscrit l'état de fait déterminant pouvant être soumis à l'examen du juge et qui s'étend jusqu'à la date de la décision de l'office AI. En principe, il ne devrait pas être pris en considération ici. Cependant, il fait état des mêmes diagnostics que ceux retenus précédemment et, pour l'essentiel, d'observations et d'appréciations déjà formulées; enfin, il se rapporte à des éléments antérieurs à la décision contestée. Selon la praticienne, l'état psychique de sa patiente s'est fortement péjoré suite à la séparation d'avec son second mari en 2012. Elle s'est sentie complètement déstabilisée. Une nouvelle péjoration due à sa pathologie psychiatrique est intervenue en octobre 2014 et il fallu annuler le stage Orif prévu; elle a en effet complètement décompensé, étant angoissée en permanence, n'arrivant pas à s'imaginer se retrouver avec d'autres personnes qu'elle ne connaissait pas; elle avait peur de ne pas être à la hauteur, n'ayant aucune confiance en elle; même se rendre accompagnée au centre par l'un de ses proches était extrêmement angoissant pour elle. L'incapacité de travail comme serveuse ou dans toute autre activité est de 100%. Le pronostic reste réservé.

E. 3.3.2.2

Pour la Cour, les indications, appréciations et diagnostics de la psychiatre traitante figurant dans ses deux premiers rapports ont été dûment mentionnés et pris en compte par l'expert, qui s'est positionné clairement et de façon complète à leur égard. Et force est de constater que dans son dernier document, la praticienne, qui a eu à disposition l'expertise, répète ses appréciations contraires sans nullement mettre sérieusement en doute la pertinence des

déductions étayées et dûment motivées de l'expert-psychiatre, sans en infirmer les conclusions de façon convaincante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3). Elle substitue simplement sa propre appréciation à celle de l'expert. Elle ne soutient notamment pas que l'expert aurait mal rapporté l'anamnèse ou les plaintes de l'assurée, n'aurait pas connu et/ou pris en compte des éléments particuliers déterminants dans son analyse de la situation; au contraire, elle cite à plusieurs reprises des passages de l'expertise y relatifs – une fois au demeurant de façon erronée (cf. point 6 par. 4; et la phrase figurant sous plaintes et données subjectives, p. 10 de l'expertise). Elle n'explique pas en quoi seraient fausses les constatations objectives de l'expert faites à l'occasion de deux entretiens ainsi que les ressources qu'il a retenues, ni ne remet en cause de façon pertinente et suffisante les motifs pour lesquels il a écarté ses diagnostics et leur incidence, ni ne démontre qu'il aurait retenu à tort un autre diagnostic, sans influence sur la capacité de travail. Elle ne soutient pas que l'analyse (globale) de l'expert de la situation contiendrait des

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 contradictions, ni ne dit, au-delà de la question du diagnostic, en quoi les conclusions de l'expert quant à l'influence de tous les éléments exposés sur la capacité de travail seraient infondées. Surtout, la psychiatre traitante ne renverse clairement pas l'appréciation de l'expert de l'alcoolodépendance de l'assurée excluant en outre la présence même de toute autre atteinte psychique, avec ou sans influence sur la capacité de travail. Les difficultés qu'elle mentionne n'ont pas été ignorées par l'expert; elle leur donne simplement une importance et une incidence autres que celles auxquelles a conclu celui-ci après avoir, notamment, apprécié les plaintes de l'assurée à la lumière de ses propres constatations cliniques. L'expert a nié à bon escient tout effet incapacitant, invalidant, déterminant au sens de la législation pertinente. L'on relèvera d'ailleurs que ces difficultés dont aurait souffert l'assurée depuis son adolescence selon la psychiatre traitante ne l'ont pas empêchée de déployer nombre d'années une activité professionnelle, souvent à plein temps, ni de développer une vie sociale et familiale. Même après la séparation de son second mari en 2012, qu'elle a indiqué avoir vécue de façon très déstabilisatrice, vu les circonstances de sa survenance, elle n'a pas eu de suivi psychiatrique pendant plusieurs années, a été en mesure de travailler à plusieurs reprises, qui plus est en un lieu publique (une foire), a conservé de bonnes et régulières relations avec sa famille, des amis, ... Sans même devoir apprécier l'incidence qu'aurait une abstinence de l'alcool sur l'existence des difficultés que l'assurée indique rencontrer, l'on peut, au vu de l'ensemble du dossier, retenir, respectivement, qu'elles n'ont pas l'importance et l'incidence que retient la psychiatre traitante, et que l'assurée dispose de ressources propres à les surmonter. Ainsi, par exemple, a-t-elle pu, malgré les péjorations importantes de son état qui seraient intervenues après la séparation d'avec le second mari notamment, s'habituer à un nouvel environnement domiciliaire, y développer des contacts avec le voisinage et des habitudes par rapport aux magasins, la poste, etc. Elle a travaillé plusieurs fois et en un lieu public, la dernière fois en 2016 (cf. expertise, p. 6); elle est partie en vacances avec un ami, sort quotidiennement son chien, ... L'on relèvera aussi qu'elle se présente à l'heure à ses rendez-vous, a également une organisation satisfaisante pour s'occuper de son appartement, dans lequel vit son fils aussi, ainsi que, deux jours par semaine, de son père, se faisant véhiculer chez lui, s'assurant de sa prise de médicaments, faisant ses repas, etc. L'existence de ressources et d'aptitudes ressortent au reste également du rapport de l'enquête ménagère (dos. OAI 116; par exemple p. 2), voire aussi du rapport de visite Orif (dos. OAI 77). Des difficultés occasionnelles, des baisses circonstanciées de moral, par exemple à l'évocation de ses divorces ou du fait d'une consommation d'alcool, en particulier si jointe à la prise de

médicaments, ne sauraient avoir une valeur invalidante non plus. L'appui fourni par la curatelle ainsi que la thérapie psychiatrique de soutien effectuée environ une fois par mois prennent tout leur sens à l'égard de ces problèmes et apparaissent suffisants. En revanche, leur existence ne modifie en rien ce que retenu par l'expert-psychiatre, à savoir que, sur le plan de la seule assurance-invalidité, la capacité de travail est pleine et entière, et ce depuis toujours, appréciation à laquelle la Cour attache plus de poids qu'à celle de la Dresse E._____, étant rappelé que, selon la jurisprudence, un médecin traitant, est généralement enclin en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, en cas de doute, à prendre parti pour lui (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Dès lors que la Cour est en état de trancher le présent litige, il n'y a pas lieu de renvoyer le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11

E. 4

Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, et le recours, rejeté. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, devront être mis à la charge de la recourante, qui succombe et qui n'aura pas droit à des dépens. Celle-ci a cependant requis l'AJP. Compte tenu du dossier et notamment du fait qu'elle bénéficie de l'aide sociale, cette demande sera admise et les frais de justice précités ne seront pas prélevés. la Cour arrête: I. Le recours (608 2017 231) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire partielle gratuite (608 2017 278) est admise. III. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante, mais ne seront pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire partielle gratuite octroyée. 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 22 octobre 2018/djo Le Président: Le Greffier-rapporteur:

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