

# FR\_GERICHTE 608 2018 152 vom 8. Januar 2020

FR Kantonsgericht, 2020-01-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2018\\_152](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_152)

FR: FR\_GERICHTE 608 2018 152 du 8 janvier 2020

IT: FR\_GERICHTE 608 2018 152 del 8 gennaio 2020

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 16

décembre 2002, A.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Les 11 janvier et 27 septembre 2003, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assurée souffrait d'une hépatite C chronique depuis de nombreuses années (avec une augmentation de la perturbation des transaminases) et préconisé un reclassement professionnel dans une activité sans travaux lourds (par exemple dans le secrétariat). Par décision du 17 mars 2004, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : l'office AI) a tout d'abord octroyé à l'assurée une aide au placement puis nié son droit à une rente de l'assurance-invalidité. Il a ensuite pris en charge les frais d'un stage d'entraînement au travail (du 4 avril au 23 mai 2005 et du 5 juillet au 4 octobre 2005), puis – après la naissance de la fille de l'assurée – d'un stage de préparation à une activité professionnelle dans le cadre de l'aide au placement auprès de D.\_\_\_\_\_ SA (du 14 janvier au 13 mai 2008). Au terme de ce dernier stage, la société D.\_\_\_\_\_ SA a engagé l'assurée comme employée d'emballage (du 14 mai 2008 au 30 avril 2010). En janvier 2010, A.\_\_\_\_\_ a demandé l'ouverture d'un délai-cadre d'indemnisation de l'assurance-chômage (du 1er juin 2010 au 31 juillet 2011), puis exercé une activité de prostituée de rue pour financer sa consommation de produits stupéfiants (cocaïne, ecstasy, amphétamines, cannabis, etc.). A.b. Le 12 décembre 2014, A.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations, indiquant être en arrêt de travail complet depuis juin 2011. Les 15 juillet, 8 décembre 2015 et 27 avril 2016, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (depuis l'enfance) compliqué par une dépendance intermittente à des substances multiples, par un status après hépatite C, par un status après traumatismes multiples répétés et par une personnalité émotionnellement instable de type borderline; l'assurée présentait selon le psychiatre une capacité de travail de 10 % de 2004 à 2012, de 0 % de 2012 à juin 2014, de 30 – 50 % de juillet 2014 à octobre 2015 (introduction d'un psychostimulant avec une «aptitude virtuelle au travail de 50 %») et de 0 % dès novembre 2015 (en raison d'un déconditionnement et d'une déception sentimentale avec reprise de la consommation d'alcool; avis du 8 décembre 2015). Selon le médecin, l'assurée pouvait retrouver une capacité de travail de 50-60 %, puis de 80 % après un reconditionnement au travail de six à douze mois (p. ex. dans un travail en logistique). Dans un avis du 14 novembre 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a indiqué que l'assurée avait subi un traumatisme le 25 juin 2015 (fracture trifragmentaire sous-capitale 3,

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 métatarsien à gauche, déplacée); il a renvoyé pour le surplus à l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_ pour les atteintes à la santé susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de sa patiente. L'office AI a soumis l'assurée à une expertise psychiatrique. Dans un rapport établi le 21 décembre 2017, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, psychothérapie et œuvrant auprès du centre d'expertises pluridisciplinaires H. \_\_\_\_\_ SA, a diagnostiqué – sans répercussion sur la capacité de travail – un trouble de la personnalité de type émotionnel avec impulsivité (sur un mode de personnalité explosive), une polytoxicomanie (résolutif) et des troubles du comportement alimentaire de type boulimique; après le sevrage mis en place en 2012, la capacité de travail de l'assurée était selon l'expert de 100 % sur un plan médico-théorique. Le 9 mars 2018, l'office AI a indiqué à l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations. Le 19 avril 2018, le Dr E. \_\_\_\_\_ a pris position sur les conclusions de l'expertise, maintenant qu'une incapacité de travail fluctuant selon ses indications devait être reconnue à l'assuré et les services sociaux remboursés pour leurs prestations effectuées dans toute la mesure où l'incapacité de gain avait une origine médicale; il recommandait par ailleurs une réinsertion professionnelle sans intervention de l'assurance-invalidité car elle serait moins disqualifiante, stressante et contraignante pour l'assurée (qui «fera de son mieux pour y arriver malgré le coup bas qu'on vient de porter à elle et à ceux qui l'ont soutenue jusqu'à présent»). Le 27 avril 2018, l'office AI a invité l'assurée à indiquer dans les dix jours si elle désirait que le courrier de son psychiatre soit considéré comme une objection au projet de décision. Puis, sans nouvelle de l'assurée, l'office AI a, par décision du 14 mai 2018, rejeté la demande de prestations. B. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, représentée par Procap, en la personne de Me Marc Zürcher, avocat, interjette recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut principalement à la constatation de ses droits à des prestations de l'assurance-invalidité. Subsidièrement, elle demande le renvoi de la cause à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Le recours est assorti d'une demande d'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure. Le 27 septembre 2018, A. \_\_\_\_\_ a indiqué que le Service social de I. \_\_\_\_\_ avait mis un terme à ses prestations avec effet au 31 août 2018. Dans l'intervalle, elle avait en effet repris une activité lucrative (sans en préciser la nature ou le taux d'occupation). Dans sa réponse du 16 novembre 2018, l'office AI conclut au rejet du recours. Le 7 février 2019, l'assurée maintient ses conclusions, rappelant que l'expert psychiatrique avait en particulier recommandé la mise en œuvre d'un entraînement au travail et, partant, à l'octroi de mesures de réadaptation d'ordre professionnel. L'office AI renonce à déposer des observations finales. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état de leurs arguments, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 en droit 1. Interjeté en temps utile et, après régularisation, dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. 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. 2.2. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent 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 (RFJ 2009 p. 320). 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 alors 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 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.). 2.3. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1); de même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 141 V 281 consid. 3.7.3; 136 V 279 consid. 3.2.1). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5). 3. 3.1. Est litigieux le droit de A. \_\_\_\_\_ à des prestations de l'assurance-invalidité à compter du 1er décembre 2014, soit au plus tôt dès le mois où la nouvelle demande de prestations a été déposée. Il s'agit singulièrement de déterminer si - par analogie avec l'art. 17 LPGA (cf. art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]; ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 343 consid. 3.5.2; 130 V 71 consid. 3.2) - le degré d'invalidité de

l'assurée a subi une modification notable entre la décision attaquée du 14 mai 2018 et la dernière décision reposant sur un examen matériel du 17 mars 2004. 3.2. Il est admis entre les parties que la situation médicale de la recourante a évolué de manière à influencer ses droits depuis le dernier examen matériel de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité (décision du 17 mars 2004). Le 22 septembre 2015, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a en particulier constaté qu'une décompensation de l'état psychique de l'assurée avait eu lieu en décembre 2009 (à ce sujet, voir avis du Dr F. \_\_\_\_\_ du 27 mars 2010, qui atteste d'un arrêt de travail complet dès le 23 décembre 2009), avec notamment une récurrence toxicomanique. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a par ailleurs confirmé que la capacité de travail de la recourante avait été de 0 % à cette époque. Le degré d'invalidité de la recourante doit dès lors être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière complète (cf. ATF 141 V 9 consid. 5 et 6 ; 117 V 198 consid. 4b). 4. 4.1. Invoquant une violation du droit et une constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents, la recourante reproche à l'office intimé d'avoir suivi les conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr G. \_\_\_\_\_. En se fondant sur les différents avis du Dr E. \_\_\_\_\_, en particulier ceux des 27 avril 2016 et 19 avril 2018, la recourante soutient que les conclusions de son psychiatre traitant remettent suffisamment en doute l'expertise pour que celle-ci ne puisse être prise en compte. Elle fait valoir que son parcours de vie est en particulier d'une rudesse telle qu'il ne peut laisser indemne. Dans sa réponse, l'office AI relève que l'expert psychiatre n'a mis en évidence aucune atteinte à la santé au sens de l'art. 4 LAI. Dans la mesure où cette expertise remplissait les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, il se devait de suivre ses conclusions.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 4.2. En ce qui concerne les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, le Tribunal fédéral a modifié récemment sa jurisprudence en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité (arrêt TF 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019, publié aux ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (ATF 145 V 215 consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndrome de dépendance. Il s'agit dorénavant de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué selon les règles de l'art influence dans le cas examiné la capacité de travail (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2). Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des toxicomanies doit ainsi être établi dorénavant dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4; 143 V 409 consid. 4.4). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le

second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il y a lieu d'examiner si elles permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8). 4.2.1. L'examen clinique dirigé par le Dr G. \_\_\_\_\_ s'est déroulé le 11 octobre 2017 et a duré 1 heure et 30 minutes. Le psychiatre a tout d'abord retracé l'enfance de la recourante, marquée par des violences sexuelles, la séparation de ses parents (avec une prise en charge par sa grand- mère paternelle), une consommation de produits stupéfiants de façon soutenue (notamment d'héroïne dès l'âge de 14 ans) et des actes d'automutilation à type de scarification au niveau des avant-bras. Il a ensuite constaté que l'assurée n'évoquait pas de difficulté au niveau de sa vie quotidienne, que ce soit au niveau de la tenue de son ménage, de son autonomie ou de ses capacités fonctionnelles (au niveau moteur et intellectuel); les seules restrictions qu'elle semblait s'être imposées ces dernières années étaient au niveau du cercle de ses relations sociales (de faible importance). La recourante se levait par ailleurs tous les jours pour aider sa fille à se préparer pour aller à l'école et assumait sans difficulté apparente la tenue de la maison (courses, préparation des repas et ménage); au niveau des hobbies, elle était très éclectique (ordinateur, guitare, peinture acrylique, etc.). Elle vivait de l'aide sociale. Au niveau professionnel, l'assurée mettait en avant des difficultés majeures auxquelles elle était confrontée de par son instabilité; lorsqu'elle trouvait un emploi, elle avait tendance à le quitter assez rapidement au bout de quelques mois, de façon impulsive (par exemple lors de l'interruption

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 de son apprentissage); elle avait par conséquent une grande appréhension à reprendre le travail et craignait que, à nouveau, elle ait des réactions impulsives et anxieuses devant certaines situations induites par l'activité professionnelle. Elle évoquait cependant un grand désir de reprendre une activité professionnelle mais à temps partiel afin d'être très présente pour s'occuper de l'éducation de sa fille et afin de pouvoir assumer la continuité des soins hebdomadaires dont elle bénéficiait déjà depuis un certain temps. Le psychiatre a ajouté que la recourante avait poursuivi sa polytoxicomanie extrêmement importante en Suisse jusqu'en 2012, avec, entre autres, consommation de cocaïne (ajoutée à une consommation d'alcool en grande quantité). En 2012, elle avait demandé une hospitalisation en psychiatrie; elle y était restée plusieurs semaines jusqu'à ce que sa désintoxication soit achevée. A ce moment-là, elle avait traversé une période difficile puisqu'elle avait subi une interruption volontaire de grossesse au-delà de la durée légale, pour des raisons médicales, et les suites de l'intervention avaient été dramatiques avec une hémorragie cataclysmique et un coma de plusieurs heures (avec impression d'expérience post mortem). L'assurée était suivie régulièrement par le Dr E. \_\_\_\_\_ depuis de nombreuses années, par une psychothérapeute et en neuro-feedback. Elle ne prenait pas de médication actuellement; sa consommation active se limitait à du tabac et à du cannabidiol (CBD) trois à quatre fois par jour; il n'y avait pas d'altération de la vigilance qui laisserait supposer l'emploi d'une substance toxique ou médicamenteuse. L'assurée avait enfin présenté plus jeune des troubles du comportement alimentaire, notamment à titre de crises de boulimie; ces troubles semblaient avoir quasiment complètement disparu. 4.2.2. Dans la suite de son évaluation, la Cour constate que l'expert psychiatre n'a pas demandé la réalisation d'examen complémentaires, notamment biologiques, et n'a pas requis l'avis des psychiatres qui ont suivi l'assurée lors de son sevrage (et qui ne figurent pas au dossier de

l'assurance-invalidité); il semble donc avoir tenu pour certain qu'il y avait eu «une grande hospitalisation en 2012» et que celle-ci avait «signé la fin de la polyintoxication par drogues et alcool» de la recourante. Cet élément n'est cependant nullement corroboré par le dossier. Après le retrait de la garde de sa fille en 2012, qui a été perçu comme un «électrochoc» (correspondance du Dr E. \_\_\_\_\_ du 15 juillet 2015), la recourante s'est adressée au Dr F. \_\_\_\_\_ le 24 octobre 2012 et lui a demandé de l'aide pour entamer des démarches en vue de se sevrer (avis du Dr F. \_\_\_\_\_ du 25 octobre 2012), puis a tenté un sevrage en 2013 (et non pas en 2012, comme retenu dans l'expertise). Selon le Dr E. \_\_\_\_\_, le sevrage de la cocaïne (du 14 au 22 février 2013) a été interrompu prématurément car la recourante avait introduit et partagé des produits stupéfiants dans l'institution (correspondance du Dr E. \_\_\_\_\_ du 15 juillet 2015). Il n'y a pas trace au dossier d'une seconde hospitalisation en vue d'un sevrage en 2013. Le Dr E. \_\_\_\_\_ a ensuite indiqué que la situation était demeurée «ingérable» auprès du Centre de traitement des addictions (CTA) K. \_\_\_\_\_ (traitement ambulatoire) car – même en étant sobre et abstinente (le psychiatre ne précise pas s'il fait référence à la situation d'avant ou d'après 2009) – l'assurée ne parvenait pas à conserver un emploi, n'avait pas de relation sentimentale stable et gérait mal son impulsivité, sa violence verbale et sa pensée digressive (manquant par exemple les rendez-vous des personnes chez qui elle demandait de l'aide). Les médecins qui suivaient la recourante auprès du CTA faisaient par ailleurs état, selon le Dr E. \_\_\_\_\_, notamment d'un trouble de dépendance aux substances multiples avec consommation active de speed, d'alcool et de cannabis (cf. correspondance du Dr E. \_\_\_\_\_ du 15 juillet 2015, p. 2). Le psychiatre a encore ajouté que sa patiente «rechutait sans cesse» jusqu'en 2014 (correspondance du 19 avril 2018). Au vu des éléments qui précèdent, il paraît improbable que la recourante a cessé toute

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 consommation de substances psychoactives en 2012 ou au moment déterminant du droit à des prestations de l'assurance-invalidité (décembre 2014). On ne saurait dès lors suivre le Dr G. \_\_\_\_\_ lorsqu'il retient qu'il n'existait plus de syndrome de dépendance («polytoxicomanie résolutif»). 4.2.3. Puis, en juillet 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_ a décidé de prescrire à l'assurée du chlorhydrate de méthylphénidate (MPH), c'est-à-dire un psychostimulant de la famille des phénylpipéridines contre les troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité (TDA-H) et vivement contre-indiqué en cas d'abus d'alcool et de drogue. Le psychiatre traitant a d'ailleurs relevé que les psychostimulants prescrits étaient «officiellement contre-indiqués chez les toxicomanes, les anxieux et les personnes présentant des lésions hépatiques, toutes chose présentes chez l'assurée» (correspondance du 15 juillet 2015). Il a cependant justifié cette prescription par le fait qu'il pensait qu'un trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDA-H) «pouvait être un facteur déterminant dans la toxicomanie, l'insuffisance de la contraception et les morts qui s'en sont suivis». En d'autres termes, le psychiatre a prescrit du MPH contre un trouble du déficit de l'attention, sans que l'on comprenne véritablement ce qui justifiait ce diagnostic (il mentionne avant tout les difficultés scolaires de l'assurée malgré sa bonne intelligence, mais omet qu'elle avait débuté la consommation d'héroïne dès l'âge de 14 ans), puis constaté que cette prescription avait eu un effet bénéfique sur la consommation de substances psychoactives. S'agissant de ce trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité, le Dr G. \_\_\_\_\_ a constaté lors de l'expertise que la scolarité obligatoire de la recourante avait été émaillée d'un certain nombre de difficultés; des difficultés d'apprentissage avec probablement une période de dyslexie et, plus particulièrement, des difficultés à l'écrit ainsi que des problèmes comportementaux avec une certaine instabilité

et la description d'un syndrome hyperactif difficile à re-détailler après toutes ces années. Il n'a ensuite plus fait allusion à ce trouble et ne l'a pas retenu. A la lecture de l'expertise, on ignore dès lors pour quels motifs l'expert retient que «la thérapie suivie jusqu'à présent semble tout à fait conduite dans les règles de l'art», puisqu'elle reposait sur un diagnostic (TDA-H) qu'il n'a pas repris, ni discuté. Or il n'existe pas d'antagonistes médicamenteux de la cocaïne (contrairement par exemple aux opiacés ou au tabac) et la question est controversée s'agissant des amphétamines. En tant que le Dr E. \_\_\_\_\_ met en avant les particularités de la situation de la recourante, en raison d'un TDA-H, la pertinence de ce point de vue sort du cadre de l'examen d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il appartient en effet au Service du médecin cantonal de se prononcer sur la légalité d'un traitement de substitution, à supposer que les prescriptions de MPH n'étaient pas justifiées par un diagnostic de TDA-H, et pas à l'expert de l'assurance-invalidité. On ne saurait dès lors reprocher au Dr G. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir tranché un tel débat d'experts (voir p. ex. DÜRSTELER ET AL., Clinical potential of methylphenidate in the treatment of cocaine addiction: a review of the current evidence, Revue Substance Abuse and Rehabilitation, 17 juin 2015). La Cour constate que le Dr E. \_\_\_\_\_ a en revanche progressivement augmenté les prescriptions de MPH jusqu'à 24 mg une fois par jour au réveil, plus 18 mg par administration orale, trois fois par jour (annexe 2 de l'expertise psychiatrique). La recourante a dès lors vraisemblablement présenté un phénomène de tolérance (nécessitant d'augmenter les doses de MPH jusqu'à dépasser le maximum de 72 mg recommandé par le compendium des médicaments) et semble avoir rechuté durant l'année 2015. Cet élément accrédite le fait qu'elle présentait toujours un syndrome de dépendance en 2014-2015 (consid. 4.2.2 supra).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Sur ce point, le Dr E. \_\_\_\_\_ affirme que l'incapacité de travail totale qui prévalait jusqu'en juillet 2014 avait par ailleurs cédé à une «phase de convalescence» qui n'était pas encore terminée (correspondance du 15 juillet 2015); par nature, cette capacité de travail n'était selon le psychiatre pas stable durant cette phase (car l'assurée devait encore redécouvrir ses nouvelles aptitudes à faire face à la vie, à ses blessures psychiques, etc.) et il recommandait la mise en place d'un reconditionnement au travail (en veillant à ne pas surcharger l'assurée dès lors qu'elle voulait aussi améliorer sa fonction maternelle) avec pour objectif un taux d'occupation de 50 % après six mois et de 80 % par la suite (dans le meilleur des cas). Puis, le 15 décembre 2015, le psychiatre traitant a confirmé que l'assurée avait besoin d'un reconditionnement (avec de probables phases de découragements occasionnant des crises et des absences) et indiqué qu'elle avait été déstabilisée par une récente rupture/déception sentimentale (avec reprise d'une consommation d'alcool et banalisation de sa situation). Le 19 avril 2018, le Dr E. \_\_\_\_\_ a encore ajouté que le MPH avait été grandement utile dans l'arrêt de l'abus de toute substance, alcool et cannabis y compris. Faute de toute discussion à ce sujet dans l'expertise, la Cour ne dispose pas d'avis médicaux susceptibles de lui permettre de se prononcer concrètement sur les affirmations du psychiatre traitant sur la capacité de travail de la recourante pendant la durée de «phase de convalescence»; on ignore en particulier si la prescription de ce traitement, conjuguée à un probable syndrome de dépendance et à un trouble de la personnalité (consid. 4.2.4 ci-après), était susceptible d'entraîner une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne (art. 28 al. 1 let. b LAI). On ignore également les motifs de l'interruption de la prescription de MPH au printemps 2017 (expertise psychiatrique, annexe 2) et la manière dont l'assurée a réagi. 4.2.4. Enfin, le Dr G. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué – sans répercussion sur la capacité de travail – un trouble de la

personnalité de type émotionnel avec impulsivité sur un mode de personnalité explosive; il a donc retenu, sous une terminologie qui lui est propre, que la recourante présentait une personnalité émotionnellement labile et impulsive (personnalité explosive). Il mentionne ensuite que seul ce trouble peut représenter une difficulté dans la reprise d'une activité professionnelle, indiquant que «la personne assurée doit avoir des horaires de travail réguliers et, de préférence, diurnes; elle devrait avoir des tâches plus ou moins routinières à assumer de façon individuelle; les grands groupes et les grandes équipes professionnelles sont plus ou moins à proscrire, comme il serait préférable d'éviter les rapports avec le public; l'activité doit être bien structurée avec, notamment, un encadrement à la fois proche et bienveillant.» A la lecture de l'expertise, on ne saisit dès lors pas les motifs qui ont conduit le Dr G. \_\_\_\_\_ à retenir que le trouble de la personnalité de la recourante n'avait aucune répercussion sur sa capacité de travail pour ensuite définir des limitations fonctionnelles d'un point de vue psychiatrique. 4.3. Ensuite des éléments qui précèdent, les conclusions de l'expertise psychiatrique suivies par l'office intimé ne sont pas convaincantes. Les autres avis médicaux versés au dossier, notamment ceux du Dr E. \_\_\_\_\_ et du médecin du SMR, ne permettent pas davantage de se prononcer utilement sur la capacité de travail de la recourante dans une activité professionnelle dès le 1er décembre 2014. Le médecin du SMR a en effet repris à son compte les conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_, tandis que le psychiatre traitant s'écarte de la conception biomédicale de la maladie, applicable en droit des assurances (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a), pour défendre un modèle biopsychosocial. Il apparaît ainsi que l'office intimé a insuffisamment investigué les atteintes présentées par la recourante sur le plan psychique. Il se justifie par conséquent

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1), cette solution apparaissant comme la plus opportune. 5. A la lumière des éléments qui précèdent, l'office intimé ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, sans procéder à des éclaircissements complémentaires sur le plan psychique. Partant, le recours doit être admis, la décision du 14 mai 2018 annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle mette en œuvre les mesures d'instruction qui s'imposent sur le plan médical (sur le plan psychiatrique), puis rende une nouvelle décision. A moins qu'un tel examen n'apparaisse ultérieurement plus nécessaire ou ne convienne plus (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.5), elle veillera en particulier à mettre en œuvre une évaluation psychiatrique conforme à la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (cf. ATF 145 V 215). 6. 6.1. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, fixés à CHF 800.-, seront mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. La requête d'assistance judiciaire limitée aux frais de procédure déposée par la recourante est dès lors sans objet. 6.2. Le renvoi de la cause vaut gain de cause total s'agissant de l'octroi des dépens (ATF 133 V 450 consid. 13; 132 V 215 consid. 6.1). Partant, la recourante a droit à une indemnité pour ses frais et dépens, conformément à l'art. 61 let. g LPGA. Le Service social de I. \_\_\_\_\_ a mentionné, le 5 septembre 2018, que la recourante a versé à Procap une «taxe d'entrée unique» de CHF 400.-. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'office intimé. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours (608 2018 152) est admis. Partant, la décision du 14 mai 2018 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. La requête d'assistance judiciaire (608 2018 203) limitée aux frais de procédure, devenue sans objet, est rayée du rôle. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office

de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. IV. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 400.- (TVA comprise) et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. 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 8 janvier 2020/obl Le Président : La Greffière-stagiaire :

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