

FR_GERICHTE 608 2020 151 vom 24. Februar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-02-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_151

FR: FR_GERICHTE 608 2020 151 du 24 février 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2020 151 del 24 febbraio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 29

novembre 2019. Selon elle, ces pièces mettent en évidence les graves problèmes auxquels elle est confrontée dans sa vie quotidienne, ce qui permettrait d'établir que les constatations des experts sont erronées. Le 2 octobre 2020, maintenant ses conclusions, l'OAI renonce à se déterminer. F. Il sera fait état des arguments, développés par les parties 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. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. La décision ayant été rendue en langue française, le présent arrêt l'est de même. La recourante a été autorisée à s'exprimer en allemand en application des art. 37 et 38 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA ; RSF 150.1). 2. 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 LAI, 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. 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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Selon 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 raisonnablement exigibles (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 (let. c). En vertu de 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;

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). 2.3. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 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). Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre 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 et les références). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). Enfin, 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 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

3. Est en l'espèce litigieuse, la question du droit de la recourante à une rente d'invalidité. Pour y répondre, il convient de déterminer la capacité de travail résiduelle de cette dernière en procédant à une appréciation médicale de sa situation.

3.1. L'expertise préconisée par le médecin du SMR en raison d'une situation médicale peu claire a été confiée au Bureau d'expertises médicales (BEM) et plus particulièrement au Dr E. _____, spécialisé en rhumatologie, et au Dr F. _____ spécialisé en psychiatrie. Dans leur rapport du 24 mars 2020 (doss. OAI p. 117 ss), les experts parviennent aux conclusions suivantes: L'examen rhumatologique est strictement normal, ne montrant qu'un banal syndrome de dysbalances musculaires non incapacitant. Aucune influence sur la capacité de travail n'est attestée. L'examen psychiatrique a mis en lumière une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0, en présence d'une attitude histrionique avec recherche de l'attention de l'expert en l'absence d'un substrat suffisamment explicatif. Le spécialiste a également retenu le diagnostic d'autres troubles dissociatifs de conversion F44.8 de par la présence de nombreuses réponses à côté telles que dans un syndrome de Ganser. Par ailleurs, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen F33.0, et une somatisation F45.0 de par la présence de plaintes somatiques nombreuses depuis plusieurs années qui ne sont pas expliquées par un substrat physiologique ou somatique sous-jacent, ont également été constatés. En l'absence d'une psychopathologie significative, la capacité de travail a été estimée à 100%.

3.2. Amenée à statuer, la Cour de céans rappelle ce qui suit : Le rapport du centre d'expertise – établi selon les conditions-cadres de la médecine des assurances et de la certification SIM/FMH – est fondé sur l'étude du dossier assécurologique, qui avait été transmis, les examens cliniques, paracliniques, radiologiques, la confrontation radio-clinique, l'examen et l'entretien avec l'assurée du 22 janvier 2020 d'une durée de 1.5 heures pour le volet somatique et de 2 heures pour le volet psychiatrique et la synthèse consensuelle. A l'occasion des différents entretiens avec les experts, l'assurée a été en mesure d'expliquer ses troubles et leur incidence dans son quotidien, de décrire son historique professionnel, médical et familial et d'expliquer notamment ses douleurs, son état psychique, sa fatigue, ses migraines ou ses problèmes d'incontinence. Elle décrit en particulier ses douleurs cervico-lombaires avec une extension au niveau des poignets, des épaules, des coudes et des membres inférieurs allant en s'aggravant depuis deux ans. C'est donc sur la base d'une compréhension claire et exhaustive du

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 cas, tenant également compte des antécédents médico-chirurgicaux (kyste mésentère gauche sur un lymphangiome kystique) que les experts ont été amenés à statuer dans ce dossier. L'expertise prend en considération les plaintes exprimées et les points litigieux importants qui ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions des experts sont dûment motivées et ont été également discutées dans le cadre d'un consensus interdisciplinaire. Dès lors que

l'expertise est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels, elle a en soi pleine valeur probante. 3.3. Il y a lieu tout d'abord de rappeler que l'expertise a été préconisée par le SMR (rapport du Dr G. _____, spécialisé en médecine interne du 9 octobre 2019, doss. OAI p. 91), dès lors que les renseignements médicaux figurant au dossier consistaient essentiellement en une liste de diagnostics et de symptômes sans discussion, sans anamnèse complète et sans examen clinique complet concluant pourtant à une incapacité de travail pour raisons psychiatriques de 75% de longue date et totale actuellement (rapports du psychiatre traitant des 30 avril et 4 octobre 2019, doss. OAI p. 37 et 83). Le médecin de famille, le Dr H. _____, spécialisé en médecine interne générale, énumère pour sa part une série de limitations fonctionnelles mais s'exprime d'une manière peu claire.

Soupçonnant une baisse de rendement, il ignore cependant à quel taux, l'estimant toutefois à 50% eu égard au fait que sa patiente est mère faisant face à des problèmes psychiques et des douleurs aux mains (rapport du 7 juin 2019, doss. OAI p. 65 ss). Il était ainsi nécessaire de clarifier la situation médicale. 3.3.1. En ce qui concerne le volet rhumatologique, l'expert, en se référant aux pièces médicales du dossier, relève un contexte de syndrome de polyalgie diffus, sans caractère inflammatoire. L'examen rhumatologique est normal et parle en faveur d'une symptomatologie fonctionnelle sans substrat anatomique. Selon l'expert, il existe manifestement une incohérence entre les plaintes rapportées par la personne assurée, qui restent d'ordre fonctionnel. L'expert a procédé à des examens cliniques sur les différentes parties du corps parvenant à l'absence de diagnostic pour chacune d'elles. L'examen neurologique n'a pas mis non plus en évidence un quelconque problème, notamment pas de syndrome pyramidal/extrapyramidal. Le spécialiste exclut en particulier la présence d'une fibromyalgie en se référant aux points de fibromyalgie et score de Wolf, tout comme il nie la présence d'un rhumatisme inflammatoire type polyarthrite rhumatoïde spondylarthrite ou connective, ou toute autre arthrite rhumatismale selon les critères habituels. Le rapport du Dr B. _____ du 19 mai 2020 ne parvient pas à jeter le doute sur cette appréciation. En effet, ce spécialiste en rhumatologie, consulté par l'assurée sur proposition de son médecin généraliste traitant, atteste que sa patiente souffre de troubles somatoformes douloureux chroniques. Or, l'expert en rhumatologie en se référant aux points de fibromyalgie et à l'échelle Wolf n'a pas pu confirmer ce diagnostic et, en l'absence d'une motivation détaillée par le rhumatologue traitant, cette conclusion ne peut pas être mise en doute. De surcroît, ce médecin rhumatologue traitant motive l'incapacité de travail totale par la souffrance globale somatique et psychique de l'assurée. Ce faisant, il se prononce dans un domaine qui n'est pas le sien. En revanche, les experts ont contredit cette appréciation en se référant chacun à sa spécialisation et après une discussion consensuelle. L'attestation du Dr B. _____ du 15 septembre 2020 n'est pas non plus apte à décrédibiliser l'avis des experts, dès lors qu'il se contente de dire que la situation relative aux douleurs diffuses est existante depuis 2015, qu'elle a empiré depuis 2018 et que sa patiente ne peut pas travailler pour cette raison. Le Tribunal peut ainsi suivre le médecin du SMR qui confirme le 9 juin 2020 (doss OAI p. 198) que le rapport du Dr B. _____ du 19 mai 2020 « est établi

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 principalement sur la base des plaintes subjectives de la personne assurée. Les constatations objectives sont succinctes et pratiquement normales. Le diagnostic de "trouble douloureux somatoforme" n'est pas motivé et il s'agit d'un diagnostic qui est posé par les psychiatres. Face à une expertise bi-disciplinaire détaillée, motivée et convaincante, il n'est pas possible de se limiter à affirmer que la capacité de travail (de l'assurée) est nulle en considérant sa souffrance globale somatique et psychique

». Le grief que la recourante entend tirer ensuite du caractère partial de l'expertise du rhumatologue est mal fondé. Le travail de l'expert consiste effectivement à apprécier la situation qui lui est soumise. Or, ses constatations reposent, en l'espèce, sur l'anamnèse, l'examen clinique et les dires de l'assurée. Si le rhumatologue en déduit qu'on est face à une majoration des symptômes, sa conclusion ne relève pas d'un a priori négatif vis-à-vis de celle-ci, mais du résultat de ses observations. Rien dans le document rédigé par le rhumatologue ne laisse en plus penser que l'impression qu'il aurait donnée à la recourante (il n'était pas gentil) est signe d'une quelconque attitude partiale. 3.3.2. En ce qui concerne le volet psychiatrique, le médecin traitant a retenu l'existence d'un syndrome post-traumatique sévère et chronicisé (dû à la guerre, au viol) F43.1, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe F62.0, un trouble dissociatif, trouble panique, trouble anxieux généraliste F41.1, un trouble dissociatif de conversion F44.8 montrant plusieurs troubles de somatisation F45.0, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques F33.2, une tentative de suicide le 5 mars 2002 F63 et une polyarthrite rhumatoïde/arthrose. Le psychiatre traitant n'explique et ne discute pas ces diagnostics et ne se prononce pas en détails. L'examen psychiatrique de l'expert se fonde en revanche sur un entretien approfondi – questions libres et structurées – portant notamment sur les troubles actuels, l'évolution des limitations, la vie quotidienne, les stratégies d'adaptation et le traitement. L'expert a procédé à une anamnèse psychiatrique systématique, antécédents familiaux et personnels inclus. Il explique notamment pour quelles raisons il ne parvient pas aux mêmes diagnostics que le psychiatre traitant. Les diagnostics posés par le psychiatre traitant ne sont pour leur part en effet pas fondés sur une anamnèse détaillée et structurée et sont faits sans discussion. L'expert en revanche se positionne par rapport à ceux-ci comme suit : L'expert dit explicitement ne pas retenir d'état de stress post-traumatique F43.1 en rappelant que l'évolution est fluctuante mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Il explique ce qui suit: « Nous ne retrouvons pas d'état d'hyper-vigilance avec état de qui-vive et insomnie. Il n'y a pas d'abus d'alcool ou d'autres substances psychoactives. Il existe des cauchemars mais il n'y a pas d'allégation, de souvenirs envahissants de type de flashbacks. Madame est loin de procéder d'une "anesthésie psychique". Il n'existe pas d'émoussement émotionnel ou d'insensibilité à l'environnement. Une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe F62.0 ne peut être retenue de par l'histrionisme, de par l'absence de phénomènes de détachement, d'impression permanente de menaces, de sentiment de vide ou d'attitude hostile envers le monde. Cette assurée nourrit de bonnes relations avec deux copines et une amie ainsi qu'avec sa famille.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Nous ne retenons pas d'anxiété généralisée F41.1 en l'absence de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, de palpitations, d'étourdissements. Madame ne s'attend pas à des malheurs divers à venir. Elle est fixée sur des éléments qu'elle qualifie de traumatiques et qui concernent son passé mais qu'elle ne précise pas. Il n'y a pas de difficultés de concentration chez une assurée qui maintient un focus d'attention durant les 75 minutes de notre entretien. Il n'y a pas d'agitation fébrile, de transpiration, de respiration rapide, de gêne épigastrique ou de sécheresse buccale. » Si la recourante est d'avis que l'expert aurait omis de prendre en compte l'origine du syndrome post-traumatique retenu par le psychiatre traitant, il faut rappeler que l'expert était au courant de ce diagnostic et a, dans le cadre de son examen, posé des questions à ce sujet. Il lui appartenait ensuite d'apprécier la réaction évasive de l'expertisée et de la mettre dans le contexte des plaintes et limitations rapportées par celle-ci. L'avis de Marsens produit par la

recourante en procédure de recours, attestant la présence d'un syndrome post-traumatique, ne change rien à ce qui précède. En effet, il faut apprécier son état de santé et sa capacité de travail en 2020 et non pas en 2002. En ce qui concerne le diagnostic de dépression, l'expert indique que « Nous ne retenons pas de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, F33.2 en l'absence d'impossibilité à former ses pensées, d'idées suicidaires scénarisées, d'idées de culpabilité ou de dévalorisation. Nous ne retrouvons pas de trouble des aptitudes et des impulsions F63 en l'absence de jeux pathologiques chez une assurée qui n'a pas de tendance pathologique à la pyromanie, à la cleptomanie, à la trichotillomanie ».

Manifestement les constatations faites à l'occasion de l'examen n'ont ainsi pas permis de confirmer une dépression sévère. En tant que la recourante reproche à l'expert d'avoir procédé à un seul et unique entretien de deux heures, le grief tombe à faux. La durée de l'examen, qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical, ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consistait notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assurée dans un délai relativement bref (cf. arrêt TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références). Elle ne peut par ailleurs être comparée à celle des consultations chez le psychiatre traitant, auprès duquel l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique régulier. Le fait que l'expert s'est essentiellement fondé sur l'examen clinique, complété par la prise de connaissance du dossier complet de l'assurance-invalidité, ne diminue en rien la valeur probante de ses conclusions. Qui plus est, la recourante ne prétend pas que son médecin aurait mis en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés par l'expert psychiatre et qui seraient suffisamment pertinents pour ordonner un complément d'examen clinique stationnaire ou dans une clinique spécialisée. Bien au contraire, le médecin psychiatre a eu connaissance du résultat de l'expertise et a annoncé émettre des observations sans qu'il ne se soit déterminé plus en avant par la suite. La lettre du psychiatre traitant du 17 décembre 2008 ne change rien à cette appréciation dès lors qu'elle est datée de bien avant l'expertise et, pour les motifs présentés ci-dessus, sans valeur probante déterminante. On peut de plus relever que le psychiatre traitant atteste d'une incapacité de travail de 75% existante depuis des années ce qui ne correspond pas avec le taux d'activité de 50%, tel qu'effectué par la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Ajoutons encore qu'il y a lieu de donner plus de poids à l'évaluation de la maladie et son importance sur la capacité de travail faite par les médecins experts et qu'il en va d'autant plus ainsi lorsque le médecin traitant n'est pas très explicite et qu'il est lacunaire dans ses propos. Si la recourante pense que le fait qu'elle a échoué trois fois à son examen de permis de conduire et au test psychologique y relatif est la preuve qu'elle est incapable – pour des raisons psychiques – de travailler on ne peut pas la suivre. En effet, le lien entre la capacité de travailler et l'obtention du permis de conduire n'est pas significative, ce fait est d'ailleurs également mentionné par l'expert qui a pu en tirer ses propres conclusions. Le Tribunal peine en outre à suivre la recourante qui déduit de certains comportements peu habituels qu'elle a adoptés (enlever les chaussures en entretien, s'asseoir sur le sol pendant l'examen psychiatrique) que l'appréciation de l'expert est invraisemblable. Cela peut en revanche être mis en relation avec la constatation du psychiatre qui note que l'expertisée est particulièrement démonstrative et qu'il existe un histrionisme. Pour des motifs semblables, il ne suffit pas encore que les médecins posent un diagnostic (troubles dissociatifs), pour en conclure – comme le fait la recourante – qu'elle est incapable de travailler. On ne peut pas, comme elle le fait, se référer aux symptômes énumérés dans la littérature médicale (par ex. perte d'identité) pour en déduire que la

capacité de travail est nulle. C'est à l'expert de constater la présence et l'intensité des symptômes pour évaluer – à l'aide de son savoir de spécialiste – leur influence sur la capacité de travail. Rien dans l'évaluation du psychiatre ne laisse par exemple envisager, comme le dit la recourante qu'elle souffre d'une perte d'identité. Finalement, l'intéressée se réfère à l'allégation des experts selon laquelle la présence d'un enfant auprès d'elle est préoccupante. Or, un manque de ressources éducatives et affectives ne va pas de pair avec la capacité de travail. Du moins, les experts ne constatent pas que ce problème est d'une importance qui réduit celle-ci. En tout état de cause, l'absence de gravité de l'état de santé de la recourante sur le plan psychiatrique peut être confirmée par le Tribunal. 3.4. Pour parvenir à la conclusion que l'assurée disposait, dès son licenciement en 2019, des ressources devant lui permettre de surmonter ses troubles psychiques et de conserver une capacité de travail entière dans son ancienne activité, les experts ont procédé à l'examen de ces troubles à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281. S'agissant d'abord du diagnostic, ils ont constaté ce qui est mentionné sous le considérant 3.1., et qui a pu être confirmé par le Tribunal (consid. 3.2 à 3.3); il n'existe en particulier pas de comorbidité somatique. Concernant les ressources personnelles de l'assurée et le contexte familial et social, les experts ont relevé que l'intéressée bénéficiait d'un soutien de plusieurs copines et qu'elle avait quelques relations sociales préservées (son frère cadet). Ils relèvent que l'assurée a perdu quelques ressources, elle a notamment de la peine à s'organiser, planifier, prendre soin d'elle, entretenir des loisirs. Par contre, les experts mentionnent l'aide apportée par une amie et deux copines et soulignent que sa capacité de jugement et de prise de décisions n'est pas amoindrie. La capacité d'endurance de cette assurée est réduite par des phénomènes asthéniques. Elle a conservé sa capacité de s'affirmer et sait défendre ses convictions, sans violer des normes sociales. Par ailleurs, l'assurée est restée capable d'évoluer au sein d'un groupe. Elle a des relations proches, notamment son fils. Elle est capable de donner et de recevoir un soutien affectif significatif même si ce dernier est distordu. Les spécialistes concluent que le pronostic médico-théorique est bon en l'absence de psychopathologie incapacitante et que l'assurée qui avait une activité à des taux variables, a décompensé ponctuellement ses facultés adaptatives.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Certes, si les experts relèvent plusieurs limitations dans ses ressources, ils n'ont en revanche pas constaté de divergences entre les limitations alléguées par la recourante et leurs observations; ils ont de plus admis l'existence de plusieurs facteurs non médicaux susceptibles de jouer un rôle défavorable dans l'évolution de la situation, notamment relative à la situation financière et sous l'angle d'une auto-conviction d'une invalidité ainsi qu'une discrédance entre les constatations objectives et le ressenti subjectif dans un contexte de majoration de symptômes. Ainsi, sans dénier la présence de troubles et de l'existence d'une souffrance subjective, le Tribunal peut suivre les experts dans leurs conclusions. 3.5. Pour la Cour, les rapports médicaux figurant au dossier, en particulier ceux des Dr H. _____ et C. _____, spécialistes en médecine interne générale, s'inscrivent de fait dans l'état de santé retenu par les experts. Ils ont été dûment résumés et pris en compte par ces derniers. Cela étant, ils ne remettent pas en cause les conclusions des experts quant à la capacité de travail médicalement exigible. L'OAI était ainsi parfaitement en droit de se référer aux conclusions du BEM, pour retenir que la recourante ne souffre pas d'une maladie invalidante et qu'elle dispose par conséquent encore d'une pleine capacité de travail sur le marché de travail et dans la tenue de son ménage. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 4. La recourante a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire totale. 4.1. Selon l'art. 61

let. f, 2ème phrase, LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 CPJA, 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 pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). 4.2. S'agissant de la première condition, il ressort des pièces produites que la recourante est soutenue financièrement par le Service social, de sorte que l'on peut admettre qu'elle ne dispose manifestement pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite le 13 août 2020 sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. S'agissant de la seconde des conditions, on doit admettre que le recours ne paraissait pas d'emblée dénué de toute chance de succès. Enfin, l'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans se trouve ici justifiée. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire totale (608 2020 152) est admise et que Me Anna Gruber, avocate, est désignée comme défenseure d'office.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 4.3. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire totale accordée. C'est également à ce titre qu'il sied d'indemniser sa défenseure d'office, laquelle a produit sa liste de frais. Il se justifie ainsi de fixer l'indemnité à laquelle elle peut ici prétendre à CHF 3'195.-, soit, comme demandé, 17 heures et 45 minutes indemnisées au tarif horaire de CHF 180.-, plus CHF 60.40 de débours (151 photocopies à CHF 0.40) et CHF 250.65 au titre de la TVA à 7,7%, soit à un total de CHF 3'506.05, et de la mettre intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. Si le bénéficiaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut exiger de lui le remboursement de ses prestations. La prétention doit être invoquée dans les dix ans dès la clôture de la procédure (cf. art. 145b al. 3 CPJA). la Cour arrête : I. Le recours (608 2020 151) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2020 152) est admise et Me Anna Gruber, avocate, est désignée comme défenseure d'office. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire totale qui lui a été accordée. IV. L'indemnité allouée à Me Anna Gruber, en sa qualité de défenseure d'office, est fixée à CHF 3'195.- d'honoraires, plus CHF 60.40 de débours et CHF 250.65 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 3'506.05, et mise intégralement à la charge de l'Etat 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 24 février 2021/jfr Le Président : Le Greffier :