

# FR\_GERICHTE 608 2022 187 vom 6. Juli 2023

FR Kantonsgericht, 2023-07-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2022\\_187](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2022_187)

FR: FR\_GERICHTE 608 2022 187 du 6 juillet 2023

IT: FR\_GERICHTE 608 2022 187 del 6 luglio 2023

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 19

septembre suivant, une opération de révision des plaies étant réalisée le 9 dudit mois (ablation de tissus nécrosés et plastie musculaire des lésions au tendon du muscle quadriceps droit et de celui gastrocnémien gauche). Les suites ont été médicalement décrites comme favorables et plus aucune opération ne devra être réalisée depuis lors. L'assurée a accouché de son 3ème enfant en octobre 2006. L'assurance-chômage est intervenue à nouveau, pour plusieurs mois, lorsque l'assureur-accidents a réduit à 50% ses indemnités journalières dès le 15 février 2006. Depuis le 1er octobre 2007, ce dernier l'a considérée apte à travailler à 100% et a cessé tout versement (décision du 20 septembre 2007). Par décision sur opposition du 16 décembre 2008, il a maintenu le taux de l'indemnité pour la perte d'intégrité à 30%, indiquant renoncer à l'examen d'une reformatio in pejus malgré le fait que le dernier avis médical retenait un taux moindre (24.1%). L'époux de l'assurée s'est retrouvé en incapacité de travail ultérieurement, puis au bénéfice de rentes AI et LPP. Relancé alors, l'assureur-accidents a, dans sa décision sur opposition du 21 mars 2014, confirmé ne plus prendre en charge depuis le 6 janvier de la même année les prestations qu'il assumait encore (les frais des soins médicaux) et ne plus supporter d'autres à l'avenir; une responsabilité du fait de l'accident était niée en particulier pour les questions psychogènes invoquées. La famille de l'assurée a bénéficié pendant un temps d'un soutien du Service social. C. Le 13 avril 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI), à Givisiez, invoquant connaître toujours des douleurs ensuite de son accident. Le 2 octobre 2007, après avoir notamment mis en œuvre une expertise polydisciplinaire (orthopédique, neurologique et psychiatrique; rapport du 12 juin 2007; ci-après: expertise 2007), l'Office a rejeté la demande de prestations, retenant un taux d'invalidité total de 11.7% après calcul selon la méthode mixte (50%/50%). L'assurée n'a pas contesté cette décision. Le 4 octobre 2010, elle a présenté à nouveau une demande, invoquant un syndrome post-traumatique, des douleurs à la cuisse et à la jambe droites, ainsi qu'une dépression chronique, ce

Tribunal cantonal TC Page 3 de 17 depuis août 2005. Le 11 juillet 2013, sur la base en particulier d'une nouvelle expertise polydisciplinaire (orthopédie/traumatologie, neurologie et psychiatrie; rapport du 3 août 2012; ci-après: expertise 2012), l'OAI l'a rejetée, considérant que la capacité de travail était entière. L'assurée n'a pas remis en cause cette décision. Une nouvelle demande a été faite le 17 septembre 2014, avec allégation d'une détérioration importante de sa situation durant les derniers mois, tout en soutenant que ces

atteintes existaient depuis 2005, avec aggravation constante. Le 22 avril 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Par arrêt du 20 septembre 2016 (TC FR 608 2016 101), la Cour a rejeté le recours du 4 mai 2016 contre la décision précitée, confirmée. L'assurée n'a pas interjeté de recours. Le 13 décembre 2018, elle a déposé une nouvelle demande de prestations (demande d'allocation pour impotent). Elle y indiquait que ses médecins attestaient depuis le 2 mars 2016 d'un état de stress post-traumatique (ci-après: ESPT) chronicisé avec une grave atteinte sur la capacité de gestion des activités des tâches quotidiennes, une symptomatologie dépressive sévère, ainsi qu'un syndrome douloureux persistant. Le 29 mai 2019, l'OAI a refusé tout droit à des prestations, ce que l'assurée n'a pas remis en cause. Le 5 décembre 2019, l'assurée a formulé une nouvelle demande, sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière le 19 février 2020. Un recours contre cette décision a été déclaré irrecevable, car tardif, le 16 décembre 2020 (TC FR 608 2020 219). D. Le 25 février 2021, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations (mesures professionnelles/rente). Elle a allégué avoir subi, du fait de son accident de 2005, de graves brûlures au 3ème degré, de nombreuses opérations, et la perte de sa capacité de gain depuis lors. Les derniers mois, son état psychique avait dégringolé. Elle souffrait d'un trouble dépressif lié au traumatisme, d'un trouble anxigène de stress, d'un trouble massif du sommeil, d'un trouble général du comportement mental, d'un trouble cognitif etc.; de nouveaux symptômes étaient apparus. Depuis 2019-2020, il y avait une aggravation de son état psychique; celui physique s'était péjoré aussi au fil des années. Elle requérait qu'un expert avec des connaissances approfondies sur les troubles post-traumatiques soit mandaté. Après un projet initial de non-entrée en matière, du 10 mars 2021, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologie/psychiatrie; cf. rapport du 24 mai 2022; ci-après: expertise 2022). Le 13 juin 2022, l'OAI a indiqué projeter le rejet de la nouvelle demande de prestations. L'assurée y a objecté, le 4 juillet 2022, et produit un rapport psychiatrique du 9 août de cette même année. Les experts se sont prononcés à cet égard le 19 août suivant. Le nouveau mandataire de l'assurée, Me Benoît Sansonnens, a fait des observations les 7 et 16 septembre 2022. Le Service Médical Régional (SMR), Dr C.\_\_\_\_\_, médecine interne générale, a donné son avis le 4 novembre 2022. Par décision du 7 novembre 2022, l'OAI a rejeté la demande. Selon lui, l'expertise 2022 confirmait l'existence d'une capacité de travail pleine et entière de longue date; les objections présentées n'y changeaient rien. E. Contre cette décision, l'assurée, toujours représentée par le même mandataire, recourt auprès du Tribunal cantonal le 7 décembre 2022. Elle conclut, sous suite de dépens, principalement: à l'octroi d'une rente entière, à charge de l'OAI de la calculer; subsidiairement, au renvoi du dossier pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. A titre de requête de procédure, elle demande que soit ordonnée et mise en œuvre judiciairement une expertise médicale psychiatrique, ne s'opposant cependant pas au renvoi à l'autorité intimée pour ce faire. A

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 l'appui de ses conclusions, elle produit un rapport de son médecin généraliste traitant Dre D.\_\_\_\_\_, du 18 novembre 2022; il en ressort qu'elle souffre de troubles dépressifs importants depuis plusieurs années, avec deux tentatives de suicide en 2019 et une hospitalisation toujours de ce fait en 2021. Pour la recourante, le rapport d'expertise de 2022 est orienté, ce dont témoigne l'usage unique dans le dossier du terme "démonstrative", et doit être purement et simplement écarté, tant son insuffisance est patente. En particulier, on ne saurait considérer comme épisodique un épisode dépressif durant depuis plusieurs années. Il faut donc se référer aux rapports très précis des médecins traitants et admettre le droit à une rente entière. Aucun crédit ne peut enfin être donné à

l'avis du SMR du 4 novembre 2022, car émanant d'un médecin non spécialiste en psychiatrie. Le même jour, l'assurée requiert d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (ci-après: AJT). Dans ses observations du 12 janvier 2023, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. L'expertise 2022 et les avis SMR au dossier ont été établis dans le respect des règles jurisprudentielles. Ces derniers, réalisés par un médecin formé à la médecine asséculo-logique et dans le respect de ses prérogatives, ne s'écartent pas des examens cliniques des experts et se limitent à évaluer les conditions médicales du droit aux prestations, en se déterminant sur les capacités fonctionnelles de l'assurée. Aucun nouvel élément objectivement vérifiable, qui aurait été ignoré par les expertises et serait pertinent pour remettre en cause la décision attaquée, n'a été fait valoir par la recourante. L'OAI s'en remet à justice s'agissant de la requête d'AJT. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments développés par ces dernières 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. en droit 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. 2. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). Ces nouvelles dispositions légales ne sont pas applicables ici dans la mesure où l'invalidité alléguée serait née avant cette date.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 3. 3.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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). 3.2. 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également 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). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). On conclura 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418). 3.3. 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). 3.4. 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. 3.5. 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 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). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). La tâche de l'expert consiste à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales. Il y a en effet 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). 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). 3.6. En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6; 140 III 610 consid. 4.1; 135 V 39 consid. 6.1), le juge

fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; ce degré suppose bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance prépondérante est atteinte si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. 3.7. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Le droit de faire administrer des preuves suppose que le fait à prouver soit pertinent, que le moyen de preuve proposé soit nécessaire pour constater ce fait et que la demande soit présentée selon les formes et délais prescrits (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3). Cette garantie constitutionnelle n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les arrêts cités). 3.8. 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. Cette disposition est applicable par analogie, comme en l'espèce, en cas de nouvelle demande. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Dès lors, il peut y avoir également un changement fondant une révision dans le cas où un diagnostic est certes demeuré le même, mais que l'affection s'est modifiée dans son intensité et son influence sur la capacité de travail (cf. arrêt TF 8C\_339/2001 du 25 août 2015 consid. 3.1 et les références). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 112 V 387 consid. 1b). Déterminer si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment, respectivement, de la décision initiale de rente ou de la dernière décision qui

repose 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.4), d'une part, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse, d'autre part (cf. ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 126 V 75 consid. 1b; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

4. Le litige porte sur l'éventuel droit de l'assurée aux prestations de l'AI, singulièrement sur la question de savoir si sa capacité de travail et de gain a connu depuis la décision du 11 juillet 2013, date du dernier examen matériel de ses éventuels droits, une évolution défavorable justifiant désormais l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente. 4.1. A titre liminaire, la Cour pointe ces éléments: selon un rapport des chirurgiens traitants du

## **E. 21**

novembre 2005, une activité professionnelle assise, comme exercée précédemment, pouvait être exercée alors, à 100%; le 20 juillet 2006, les praticiens constataient cependant une quasi absence d'évolution, estimant leur patiente particulièrement frustrée et avec une motivation pour une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 amélioration très faible. Ceci était confirmé par le fait qu'elle ne se rendait qu'irrégulièrement à la physiothérapie et ne faisait pas ses exercices. Quant au psychiatre de l'assureur-accidents, il avait relaté, le 13 janvier 2006, que l'assurée frappait par sa régression, facteur de mauvais pronostic, se déplaçant avec des cannes anglaises sans réel besoin, indiquant ne faire pratiquement plus rien à la maison bien que pouvant parfaitement exécuter nombre de tâches, et se plaignant de ses douleurs vraisemblablement amplifiées par son oisiveté. Il observait également qu'elle n'était pratiquement pas intégrée dans le canton - hormis le cercle familial large; elle se plaignait de troubles du sommeil avec insomnie d'endormissement mais sans éveils persomniques ni cauchemars sous médication; elle précisait au reste avoir présenté déjà avant l'accident une insomnie d'endormissement de 30 à 45 min; au réveil, elle se sentait normalement fraîche et en forme; elle pouvait raconter de manière sereine et sans angoisse manifeste l'accident, présentait quelques comportements d'évitement (fer à repasser ou mise en route de la voiture). Le médecin diagnostiquait un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22); il n'y avait pas d'ESPT, l'accident n'étant pas constamment remémoré ou revécu, et pouvant être relaté sans qu'elle soit affectée et sans aucune angoisse. Une capacité de travail à 50% existait dès le 15 février 2006 et un traitement antidépresseur complémentaire de Tryptizol pourrait diminuer sa perception des douleurs. Dans sa première demande de prestations, déposée quelque huit mois après son accident, l'assurée n'invoquait qu'une douleur dans tout le corps. L'expertise 2007 ne retenait aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail; sur le plan psychique, il n'y avait aucun indice suggestif d'un trouble de la personnalité, et les critères d'un ESPT n'étaient pas remplis; c'est surtout des plaintes douloureuses que l'expertisée mettait en avant; une problématique d'insuffisance posturale et musculaire était notamment diagnostiquée. 4.2. Pour soutenir sa décision du 11 juillet 2013 retenant une capacité de travail pleine et entière, l'OAI s'était référé notamment à la seconde expertise pluridisciplinaire menée (expertise 2012, cf. dos. OAI 618). Selon les experts, il n'existait ni aggravation de l'état de santé sur le plan de leurs spécialités, ni modification pathologique invalidante qui serait nouvelle et apparue depuis l'expertise 2007, dont ils partageaient très largement les constats. L'expertisée ne présentait aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail; sans ce dernier, était diagnostiqués: 1. dans le cadre d'un statut après accident de brûlures du 18 août 2005, plusieurs cicatrices

dans la région du bras gauche, de la colonne vertébrale lombaire, et des jambes, sans contracture cicatricielle résiduelle pour aucune, ni signes d'ouverture de cicatrice, ni de défiguration cosmétique importante, mais, des douleurs cicatricielles chroniques subjectives et des douleurs neuropathiques s'inscrivant dans un statut après blessure du nerf saphène droit; 2. un syndrome douloureux pan vertébral avec/dans le cadre d'une présence d'un déficit global des muscles du tronc et d'un déséquilibre musculaire résultant d'un déconditionnement à long terme; 3. des maux de tête chroniques le plus souvent de type tensionnel. Toute activité, y compris celles requérant des efforts moyens, pouvait être exercée de façon pleine et entière, ce depuis 2007 au moins. Du point de vue de la traumatologie et de l'orthopédie, les blessures par brûlures avaient été traitées de façon optimale, aucune atteinte ne pouvait être retenue de leur fait et aucune nouvelle intervention, même cosmétique, n'était requise. Seul était objectivé, comme déjà décrit dans l'expertise 2007, une insuffisance globale de la musculature du tronc consécutive à un syndrome de déconditionnement au long cours, associé à une dysbalance musculaire sous forme d'un raccourcissement secondaire du psoas-iliaque et d'un déficit prononcé des muscles abdominaux phasiques antagonistes. Une amélioration depuis 2007 existait même, deux (légers) déficits du côté droit mentionnés alors, un musculaire dans la région du vastus internus et une limitation de la

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 capacité de flexion de l'articulation du genou, n'étant plus objectivables désormais en dépit des plaintes de l'expertisée. Lors de l'examen neurologique, l'assurée se plaignait du fait que depuis l'expertise 2007, tout était devenu tout simplement bien pire. Elle décrivait les nombreux médicaments pris, essentiellement contre la douleur, affirmant devoir consommer en sus quasiment chaque jour même ceux en réserve, du fait de son état anxieux. Pour l'expert, il n'existait aucun changement objectif et il n'y avait toujours aucun élément pour retenir un neurinome. Si la composante neuropathique apparaissait augmentée, il pointait combien cela relevait toutefois d'une subjectivité (déficits sensitifs et douleurs subjectifs). Ainsi, l'expertisée mentionnait des douleurs à la jambe droite lorsque c'était celle gauche seule qui travaillait, et, dans l'ensemble, faisait montre d'une extrême souffrance. L'expert-psychiatre décrivait un comportement douloureux très schématique, exprimé avec ostentation, avec de nombreuses incohérences. Les symptômes dépeints dramatiquement (dont un sentiment de peur dans la cuisine et des crises de pleurs) n'étaient pas corrélés par les constatations objectives. L'expertisée se montrait capable de s'affirmer et d'agir, en contrôle, également lors de deux éclats de sanglots survenant lors de l'examen; elle n'était aucunement ébranlée affectivement ni maladivement touchée dans sa personnalité ou son vécu. Les plaintes d'oublis et d'un manque de force n'étaient pas objectivées psychologiquement, la conduite automobile contredisait le haut défaut de concentration allégué; il n'y avait pas de dysfonctionnements psychopathologiques objectivables. De nombreux facteurs étrangers à l'invalidité et sans pertinence à cet égard étaient présents, qui favorisaient de façon générale une insatisfaction: l'expertisée évoquait le chômage du mari pour lequel une procédure AI était en cours, ce alors qu'une maison familiale avait été récemment acquise, amenant des problèmes financiers massifs, ainsi qu'un mal du pays et une impression d'être submergée par l'éducation de trois enfants. Les résultats des tests sérologiques ne corrôlaient clairement pas une prise importante (massive) prescrite et alléguée de l'antidépresseur et du Lycra, pas d'avantage que du Pregabalin (Targin; préparation opioïde pour les douleurs neuropathiques, les troubles anxieux), ce qui renforçait l'impression d'inconsistance des plaintes, et notamment de celle d'un état douloureux (souffrances) accru encore malgré son

traitement. L'expertisée ne montrait pas de motivation pour retravailler de façon régulière. Elle ne présentait pas de signes cliniques pour un EPST, sa personnalité était intacte, elle agissait de façon consciente et planifiée; il n'y avait pas de glissement vers le pôle dépressif, de crise d'angoisse, etc. 4.3. Dans le cadre de l'examen de la dernière demande de prestations, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologie/psychiatrie). Dans leur rapport du 24 mai 2022 (cf. dos. OAI 1500), les experts concluent, dans leur évaluation consensuelle (cf. p. 26 ss), à l'existence d'une capacité de travail au long cours pleine et entière, depuis toujours. L'examen-rhumatologique retrouve une zone d'allodynie au niveau de la cuisse droite, s'étendant jusqu'à la cheville, sur cicatrice calme sans déficit neurologique évident; l'examen de l'épaule droite est normal, sans aucune limitation des amplitudes, de même que l'examen cervical, dorsal et lombaire. L'examen neurologique succinct est normal; l'électromyogramme demandé ne montre pas d'argument évident et clair d'une atteinte nerveuse périphérique au membre inférieur droit pour expliquer les symptômes de la patiente qui sont assez diffus et dépassent largement le territoire tronculaire ou radiculaire. Le diagnostic de fibromyalgie est probable, mais sans certitude, en raison de signes de sévérité positive évoluant depuis plus de 3 mois. Il n'y a pas de critère pour un rhumatisme inflammatoire. Les plaintes sont discordantes avec un examen rhumatologique et un ENMG normaux. L'examen est normal en dehors de la zone d'allodynie susmentionnée; aucun

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 trouble (grave) ne peut être retenu; au titre du diagnostic différentiel, on peut mentionner un syndrome douloureux sans précision. L'assurée est tout à fait capable d'avoir une activité professionnelle adaptée à son état de santé, à savoir éviter de monter et descendre les échafaudages, alterner les positions assises et debout, éviter de porter des charges de plus de 10 kilos de façon répétée. La capacité de travail est totale depuis toujours sans limitation fonctionnelle. L'expertisée se montre très peu motivée à l'idée de reprendre une activité professionnelle. Elle ne fait plus de physiothérapie ni d'ergothérapie depuis des années. Elle indique conduire de temps à autre sa voiture. Ses dernières vacances dans son pays d'origine remontent à l'année passée. La Cour note que, dans le rapport d'ENMG du 9 mai 2022, il est cliniquement notamment relevé qu'il n'y a pas d'amyotrophie, mais une force conservée et symétrique, des réflexes tous présents, une marche et un équilibre sans particularité, une patiente semblant en bonne santé habituelle. Sur le plan psychiatrique, l'expertisée se plaint d'avoir fait une dépression, de s'enfermer, de ne plus sortir, de ne plus avoir de courage. Selon elle, il y a des hauts et des bas dans sa situation; elle a de nombreux oublis, par exemple pour les rendez-vous, et sa capacité de concentration est en baisse. Elle explique avoir été prise en charge dans clinique ambulatoire durant six mois. L'expert-psychiatre relate pour sa part que la patiente, installée dans son fauteuil, émet des mouvements spontanés, change de position, met ses jambes sur les accoudoirs, etc., et qu'une hypomimie faciale n'est pas présente, pas davantage que des difficultés d'amnésie, de focus d'attention, etc. De nombreux thèmes peuvent être abordés. L'expertisée apparaît fixée dans une posture d'invalidé; elle se perçoit asthénique, mais apparaît le contraire. Elle n'est pas porteuse d'un éventuel trouble spécifique F60 de la personnalité. Démonstrative, elle est cependant exempte de labilité émotionnelle, d'immaturité affective, etc. Il n'y a pas non plus de traits problématiques de la personnalité. Elle apparaît correctement affectée notamment à l'endroit de ses enfants. Son fonctionnement est correct depuis l'enfance et jusqu'aux faits en cours aujourd'hui. Un syndrome somatique est allégué. Selon le test pratiqué, le taux de Venlafaxine (anti-dépresseur) se situe dans la norme (225 ng/ml, pour une échelle thérapeutique

recommandée de 100 à 400 ng/ml). Le score de l'échelle de la dépression de Hamilton pratiquée est de 14 (de 10 à 13: symptômes dépressifs légers; de 14 à 17, légers à modérés), corroborant l'impression clinique. L'assurée a connu en 2021 une hospitalisation psychiatrique d'une semaine au décours d'idéations suicidaires; elle explique à cet égard avoir eu des idées noires. La capacité d'endurance de cette assurée, qui relate une fatigabilité et non une asthénie massive, n'est pas amoindrie pour un motif psychiatrique. Elle pourrait persévérer suffisamment longtemps et pendant la durée habituellement exigée dans une activité professionnelle ou autre en maintenant un niveau de rendement continu. Les symptômes et les pertes de fonctionnalité dont elle se plaint n'apparaissent ni cohérents ni plausibles: l'analyse est parasitée par une attitude démonstrative chez une assurée qui apparaît fixée au sein d'une posture d'invalidité. Les capacités de s'affirmer, de jugement et de prises de décision, de planification et d'organisation, d'étayer sa famille, de se déplacer et de voyager, de réaliser des courses, etc. sont là; il n'y a pas de limitations uniformes des activités dans tous les domaines comparables de l'existence chez une assurée qui voyage, regarde la télévision, effectue de la marche au quotidien. L'expert diagnostique, sans effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), retenu sur la base d'allégation d'une humeur dépressive (inflexibilité thymique stable, fixé, relaté par l'expertisée), d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, d'une fatigabilité (avec l'affirmation d'une diminution de la capacité à se concentrer), d'une

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 perturbation du sommeil, d'une attitude pessimiste face à l'avenir, d'idées de dévalorisation et de baisse de l'estime de soi. Les diagnostics de syndrome post-traumatique (F43.1), de syndrome de dépendance aux opiacés (F11.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de modification durable de la personnalité après catastrophe (F62) sont écartés: les items sémiologiques constitutifs requis pour retenir chaque atteinte ne sont pas présents. Il n'existe pas de psychopathologie incapacitante au long cours déterminante au sens de l'assurance-invalidité. Les chances de guérison médico-théoriques de l'épisode dépressif demeurent bonnes, des mesures de réadaptation éventuelles peuvent être soutenues, mais l'assurée apparaît peu encline à les accepter. Le traitement antidépresseur prescrit est adéquat eu égard aux doléances psychiques rapportées par l'assurée; l'évolution est encourageante puisque seul est retenu le diagnostic F32.11. La capacité de travail au long cours est entière, seules des inflexions ponctuelles ont pu être retenues telles qu'en APG. Elle dispose de nombreuses ressources. Les difficultés sont son inscription au sein d'une posture d'invalidité; son époux dispose de rentes invalidité et LPP, elle indique être endettée auprès de sa belle-famille, et elle est tributaire aussi des revenus de ses enfants. Il n'y a pas de troubles fonctionnels majeurs, elle ne peine pas à former ses pensées, est loin de procéder à un éventuel anéantissement psychique; seul un déconditionnement apparaît. La capacité de travail a toujours été entière. Il n'y a jamais eu d'incapacité d'au moins 20% au motif psychiatrique au long cours. 4.4. Pour leur appréciation, les experts se sont fondés sur l'étude de l'ensemble du dossier assécurologique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux a en particulier été mentionnée; des examens supplémentaires ont été demandés. Chaque expert a fait état notamment de l'anamnèse ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assurée, et des observations cliniques réalisées. Ils ne sont pas contents de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. Ils ont pu livrer leurs constatations objectives obtenues lorsqu'ils ont examiné personnellement l'assurée et observé son comportement. Ils ont notamment

analysé ses capacités, ressources et difficultés (limitations fonctionnelles). C'est de façon claire qu'ils ont apporté une conclusion à leur expertise individuelle, répondu aux questions qui leur étaient posées, y compris quant aux options thérapeutiques à proposer, et se sont prononcés également dans le cadre de l'avis consensuel. Ils ont maintenu leur appréciation dans leur complément répondant aux objections de l'assurée. Pour la Cour, l'expertise 2022 réalisée remplit ainsi les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître force probante sur le plan formel. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, son contenu doit être préféré à celui d'autres pièces médicales, étant rappelé pour le surplus la certaine réserve à observer, cas échéant, par rapport à un document provenant d'un médecin traitant. La tâche de chaque expert, pour l'avis consensuel aussi, consistait à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Cela étant, il revenait à l'OAI, et au Tribunal désormais, de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'assurée, la compétence des médecins n'allant pas jusque-là (cf. arrêt TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 in SVR 2020 IV n° 48 p. 63).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 4.5. 4.5.1. De manière générale, en se référant notamment aux points du dossier rappelés plus haut et au principe des premières déclarations, la Cour pointe d'abord ce qui suit: au fil du temps, l'assurée a varié, avec une certaine amplification, relativement à l'accident de 2005 et ses conséquences; par exemple, un frère présent alors a pu être décrit comme indemne, puis gravement blessé, et la mort de plusieurs personnes a même été relatée; dans sa dernière demande, elle affirme avoir subi des brûlures au 3ème degré, ce qui n'est pas le cas; quant aux flash-backs, ils étaient initialement absents, et désormais prétendus survenir plusieurs fois par jour; enfin, leurs déclencheurs allégués se sont aussi modifiés, comme à présent la simple entrée dans sa cuisine. Il est relevé également que les médecins traitants de l'assurée ont régulièrement fait état d'une (nouvelle) aggravation de son état et d'une incapacité de travail toujours totale. L'expertise 2012 et la décision de l'OAI de 2013 étaient intervenues de ce fait et avaient écarté toute modification (notable) depuis 2007, temps du premier examen matériel avec mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire. La Cour souligne que, selon l'appréciation somatique d'un médecin de l'assureur-accidents, il n'existait aucune incapacité de travail dans une position assise en novembre 2005, et qu'en tout état de cause, plus aucune opération n'a dû être menée depuis celle effectuée en septembre 2005. S'agissant de la question des atteintes psychiques, singulièrement de celles d'éventuels ESPT et/ou d'une modification de la personnalité après un traumatisme, la Cour relève que plus de six mois après l'accident, le psychiatre de l'assureur-accidents avait exclu un ESPT, mentionnant notamment une absence de flash-backs, et que, tant lors de l'expertise de 2007 que de celles de 2012, ces troubles avaient été écartés, étant relevé que c'était très essentiellement une problématique somatique et douloureuse que mettait en avant l'expertisée. Il est souligné que le premier soutien psychiatrique est intervenu en avril 2009 seulement, à un rythme mensuel, auprès du Dr E. \_\_\_\_\_ (cf. dos. OAI 305). Par ailleurs, pointons que le Tribunal fédéral a admis que pour qu'un diagnostic d'ETPS de survenue différée soit retenu, trouble qui peut dans certains cas présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité, l'ensemble des critères diagnostiques du DSM-5 et de l'ICD-10 doit, dans la règle, être présent au plus tard six mois après l'évènement (cf. arrêt TF 9C\_480/2021 du 8 novembre 2022 consid. 5.3.2 et les réf.). Ce n'est clairement pas le cas ici et rien ne permet d'admettre un ESPT- sans même devoir

examiner plus avant les critères de gravité du trauma subi ou observé (expérience de mort, etc.), ni la question de sa guérison. Enfin, on relèvera qu'avec sa nouvelle demande, l'assurée a fait état de plusieurs plaintes déjà formulées auparavant. Par exemple, la Dre F.\_\_\_\_\_, médecin traitante, soutenait déjà le 8 novembre 2010 (cf. dos. OAI 330) que sa patiente présentait désormais une aggravation en ce que ses douleurs au membre inférieur étaient permanentes et insomniantes malgré le traitement pris (cf. également l'arrêt TC FR 608 2016 101 et la détermination de l'OAI d'alors). 4.5.2. Sous l'angle spécifiquement somatique ensuite, les résultats de l'examen clinique et de l'ENMG menés dans le cadre de l'expertise 2022 sont toujours parfaitement rassurants. Aucune atteinte invalidante n'existe, et moins encore une péjoration depuis la décision de 2013. Le recours ne contient au reste aucune critique (motivée) sur ce plan: la détermination de la généraliste traitante Dre D.\_\_\_\_\_, du 18 novembre 2022 (cf. également l'attestation du 29 mars 2021, dos. OAI 1445), consiste quasi exclusivement en la reprise de rapports médicaux (cf. infra) de psychiatres traitants sur lesquels les experts se sont prononcés; est simplement indiqué en sus la nouvelle prise en charge d'une spécialiste de la douleur, déjà annoncée, et le fait que la patiente sent encore des douleurs des brûlures, qui la réveillent la nuit, élément aussi connu et déjà apprécié. C'est le lieu de

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 relever que la critique de la recourante est curieuse lorsqu'elle reproche au médecin du SMR de s'être prononcé le 4 novembre 2022 hors sa spécialité, alors qu'elle avance l'avis d'un médecin faisant essentiellement de même. Au reste, il est manifeste que ledit médecin du SMR s'est prononcé en reprenant l'expertise et son complément, ce qui ne heurte ni la jurisprudence du TC invoquée par la recourante, ni celle du Tribunal fédéral (cf. arrêts TF 9C\_238/2019 du 17 mai 2019 consid. 4.2; 9C\_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3). 4.5.3. Enfin, psychiquement, pour soutenir son allégation de péjoration de l'état de santé, l'assurée s'était référée aux rapports du Dr G.\_\_\_\_\_, du 15 novembre 2019 (cf. dos. OAI 1454), et du Dr H.\_\_\_\_\_, du 30 mars 2020, psychiatres traitants. L'expertise 2022 en a tenu compte. Le premier indiquait que l'assurée avait fréquenté une clinique de jour entre le 12 août et le

## **E. 25**

octobre, puis entre le 7 et le 22 novembre 2019; le diagnostic principal était un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée à un évènement traumatique (F43.1). Parmi d'autres énoncés, y compris différentiels, figurait celui de troubles psycho-comportementaux dus aux opioïdes, syndrome de dépendance (F11.2), avec la précision qu'il s'agissait d'une au Targin, existant depuis 2005, qui induisait, selon la patiente, notamment une fatigue l'après-midi. La Cour n'a pas de motif de rejeter le contenu détaillé et convainquant de l'expertise 2022 pour lui préférer ce rapport de médecin traitant, faisant une large part aux dires de sa patiente. Elle relève notamment qu'une péjoration notable de la situation depuis 2013 du fait d'une dépendance aux opiacés ne peut être admise déjà parce qu'elle remonterait à 2005 selon le médecin et que l'expertise 2012, loin de confirmer l'existence d'une telle dépendance comme l'a soutenu de façon erronée le Dr H.\_\_\_\_\_, avait dûment constaté une prise de médicaments effective hors zone thérapeutique ou nulle. En revanche, la prise du traitement antidépresseur relevée par l'expertise 2022 montre une absence d'excès à cet égard et une contribution à un mieux dans l'état de santé. Au demeurant, tant la vigilance que la concentration ou la capacité de retenir les choses étaient décrites par le Dr G.\_\_\_\_\_ comme légèrement réduites, uniquement. A noter encore que contrairement à ce que soutient la Dre D.\_\_\_\_\_, les deux périodes à

la clinique en 2019 n'ont aucunement été en lien avec une problématique suicidaire; et que le psychiatre traitant évoquait en outre des éléments étrangers à l'assurance-invalidité manifestes: rôle d'handicapée dans lequel l'assurée se sentait maintenue - le soutien SPITEX envisagé devait permettre que la cuisine soit nettoyée avec la belle- mère, que celle-ci cuisine avec l'assurée -, pression pour obtenir une rente invalidité, comme l'époux puisqu'elle ne travaillait pas et gain de la maladie recherché à cet égard; ce qui corrobore les différents avis d'experts. Pour la Cour, les éléments psycho-sociaux ressortant du dossier ne présentent aucun caractère ayant valeur d'atteinte invalidante dont devrait répondre l'AI. S'agissant du rapport du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin en clinique de jour, le dossier et les éléments rappelés ci-dessus montrent, pour la Cour, qu'il ne saurait faire pièce à l'expertise 2022. Etant relevé que, pour l'essentiel, sa patiente formule des plaintes d'atteintes très largement examinées lors des expertises 2007 et 2012, et que l'avis du praticien ne rend pas objectivement insoutenable celle de 2022; le seul argument que, depuis 2012, plusieurs médecins traitant ont retenu une incapacité de travail totale ne suffit pas à cet égard, et, surtout, ne démontre pas une péjoration notable de l'état de santé et de ses conséquences sur la capacité de travail. On relèvera qu'il décrit sa patiente comme motivée et faisant des progrès (cours de langue) pour s'améliorer en français, afin de le parler avec ses enfants; ce qui témoigne plutôt d'une amélioration de la situation. Enfin, la Cour observe que, dans leur rapport du 9 août 2022 (cf. dos. OAI 1585), les Drs I. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, le dernier psychiatre référent depuis le 1er septembre 2021, se bornent à renvoyer

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 de façon lapidaire et non informative aux deux rapports des psychiatres traitants précités, à formuler des aspects théoriques généraux quant à la dépendance aux opiacés et à l'ESPT, à considérer qu'il n'en a pas été tenu compte suffisamment dans l'expertise 2022, mais sans aucune autre précision ni critique motivée, ni même retenir formellement ces deux diagnostics. Aucune aggravation notable de l'état de santé depuis 2012/2013 n'est alléguée. Seul est posé un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), avec une incapacité de travail actuelle de 100%. On soulignera ces médecins traitants fondent leur appréciation uniquement sur les plaintes de leur patiente de phases de fatigue prononcée, de manque d'entrain, de mauvaises humeur, d'apathie et de manque d'intérêt. Il n'y a là ni élément justifiant de s'écarter de l'expertise 2022 (et de celles précédentes), ni de retenir une atteinte incapacitante, ni une péjoration notable de la situation. Les experts, qui se sont prononcés sur ce rapport le 29 août 2022 (cf. dos. OAI 1595), ont à raison estimé qu'il ne justifiait pas de s'écarter des limitations fonctionnelles retenues. En fin de compte, la Cour rappelle que la détermination d'un éventuel droit à la rente est fondamentalement indépendante du diagnostic et de l'étiologie; ce qui est essentiel, c'est si, et dans quelle mesure alors, il existe une altération de la capacité de travail ou de gain (cf. ATF 141 V 585 consid. 4.2.3. non publ. in SVR 2016 IV n° 102; arrêt TF 8C\_41/2019 du 9 mai 2019 consid. 7.3). Etant souligné en sus que 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 (arrêt TF 9C\_244/2020 du 5 janvier 2021 consid. 4.3.2). On rajoutera que, de plus, une péjoration notable et déterminante au sens de l'AI depuis la dernière décision matérielle devait être établie au degré de la haute vraisemblance. Tel n'est clairement pas le cas. Il n'y a aucunement lieu à une nouvelle expertise. 5. Il résulte de ce qui précède qu'il n'est pas établi que l'état de santé de la recourante ou ses effets sur la capacité de travail s'est péjoré de manière durable, notable depuis qu'a été rendue la décision du 11 février 2013. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a rejeté sa demande de prestations. Partant, le recours, mal fondé, doit être

rejeté et la décision attaquée, confirmée. 6. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe. Celle-ci a cependant requis d'être mise au bénéfice de l'AJT. Aux termes de l'art. 142 al. 1 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire celui qui ne possède pas les ressources suffisantes pour couvrir les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence ou à celle de sa famille; l'al. 2 prévoit en outre que l'assistance n'est pas accordée lorsque la cause paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable. En l'espèce, lors du dépôt de sa requête d'AJT, l'intéressée, représentée par un avocat, devait présenter de façon complète et suffisamment établie par pièces sa situation financière et celle de sa famille (revenus, situation de fortune, charges et leur paiement régulier, ...; cf. art. 145 al. 2 CPJA; voir ATF 125 IV 161 consid. 4a; 135 I 221 consid. 5.1; arrêts TF 4A\_700/2016 du 24 janvier 2017

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 consid. 3.2 et 4.3 et les références citées; 5A\_380/2015 du 1er juillet 2015 consid. 3.2.2 et 3.2.3; 5P.295/2006 du 24 octobre 2006 consid. 3.4; 5A\_103/2014 du 4 juin 2014 consid. 3.1 et 5; 9C\_767/2010 du 3 février 2011 consid. 2.2). Tel n'a cependant pas été le cas. Seul un avis de taxation pour 2021 a en effet été produit, qui ne permet en outre pas d'expliquer comment, avec uniquement le revenu allégué de CHF 1'521.80 mensuels de rentes du mari, les époux peuvent assumer les intérêts hypothécaires de leur maison, qui s'élèveraient à CHF 721.90, ainsi que leur minimum vital et celui de leurs trois enfants encore à charge selon la requérante. La condition de l'indigence ne pouvant dès lors être considérée comme remplie, la requête d'AJT doit être rejetée; il ne sera pas perçu de frais pour celle-ci. La seconde condition cumulative, celle des chances de succès, ne doit pas être examinée plus avant. On relèvera toutefois qu'il s'agit d'un recours contre une décision sur une nouvelle demande de prestations basée très largement sur des éléments et plaintes objets de deux examens matériels avec expertise pluridisciplinaire antérieurs, et que l'on ne discerne pas dans le recours de motif pertinent à s'écarter de l'appréciation contenue dans l'expertise de 2022, les réponses aux objections, et la décision attaquée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours (608 2022 187) est rejeté. II. Les frais de la procédure de recours, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. La requête d'assistance judiciaire gratuite (608 2022 188) est rejetée. 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 6 juillet 2023/djo La Présidente Le Greffier-rapporteur