

# NE\_GERICHTE CDP.2015.78 vom 28. Juni 2006

NE Tribunal cantonal, 2006-06-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2015.78\\_d20060628](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2015.78_d20060628)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2015.78 du 28 juin 2006

IT: NE\_GERICHTE CDP.2015.78 del 28 giugno 2006

## Regeste

Refus de rente.

## Erwägungen

### E. 1

LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'article 8 LPG mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPG). En vertu de l'article 7 LPG, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente AI, un taux d'invalidité de 50 %, à une demi-rente AI, un taux de 60 %, à trois quarts de rente AI et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a eu recours, a besoin de renseignements que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 cons. 4, 125 V 256 cons. 4, 115 V 133 cons. 2, 114 V 310 cons. 3 c, 105 V 156 cons. 1; arrêt du TF du 29.06.2007 [I 312/06] cons. 2.3). Le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'article 43 al. 1 LPG ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une "second opinion" sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelle mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante. La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle

expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (ATF 125 V 351cons. 3a, arrêts du TF du 30.06.2009 [9C\_1012/2008]cons. 3.2.2 et du 29.05.2007 [U 571/06]cons. 4.2, in RSAS 2008 p. 181).

c) En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées (ATF 134 V 231cons. 5.1, 133 V 450cons. 11.1.3, 125 V 351cons. 3a et les références citées).

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 suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du TF du 05.03.2009 [9C\_369/2008]cons. 2.2). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dans la mesure où celui-ci est généralement enclin, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute (125 V 351cons. 3b/cc et les références citées).

3. Lorsque, comme en l'espèce, une nouvelle demande est déposée après un premier refus, elle doit satisfaire aux conditions de l'article 87 al. 2 et 3 RAI (dans leur teneur en vigueur au 01.01.2012). Lorsque l'administration est entrée en matière, il convient d'examiner, par analogie avec l'article 17 LPGA, si l'état de santé s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (cf. ATF 133 V 263). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343cons. 3.5, ATF 113 V 273cons. 1b). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'article 17 LPGA (ATF 112 V 371cons. 2b, ATF 112 V 387cons 1b). Pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision

(ATF 133 V 108cons. 5, ATF 130 V 343cons. 3.5). Dans le cas particulier, cela revient à comparer les circonstances entourant la décision contestée à celles existant lors de la décision du 25 février 2005.

4.a) En l'occurrence, une rente d'invalidité a été refusée à l'assurée le 25 février 2005 au motif qu'elle présentait une capacité de travail entière dans différentes activités professionnelles, notamment dans l'activité de secrétaire, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'ayant dès lors été retenu.

b) A l'appui de sa nouvelle demande de rente d'invalidité du 4 avril 2012, la recourante invoque en substance une aggravation sensible de ses troubles obsessionnels avec présence depuis 2011 de rituels et de comportements stéréotypés ainsi que d'un état d'anxiété généralisé, comme l'indique notamment le courrier du 18 février 2013 du Dr B. à l'office intimé.

c) Dans la décision attaquée, ce dernier s'est fondé sur les conclusions de l'expertise du 19 janvier 2015 du Dr D. ainsi que sur les avis de synthèse du SMR, qui a fait siennes les conclusions de l'experte, pour nier un droit à la rente. Il faut déterminer si, après le refus initial de prester, est survenue une détérioration significative de l'état de santé de l'assurée justifiant la révision du droit aux prestations. Dans le cas particulier, il s'agit d'examiner dans un premier temps la valeur probante de l'expertise du Dr D., plus particulièrement de la confronter avec l'expertise du 16 mai 2014 du Dr C., rejetée par l'office intimé, ainsi qu'avec d'autres avis médicaux versés au dossier.

Le rapport d'expertise du 19 janvier 2015 du Dr D. contient un résumé de la demande d'expertise, une synthèse complète du dossier médical ainsi qu'une rubrique "autres renseignements", la praticienne ayant recueilli des informations par téléphone auprès de la Clinique J. ainsi qu'auprès de l'hôpital K. Les motifs de l'expertise "préciser si l'état de santé s'est aggravé depuis la décision de refus du 25 février 2005" sont en outre clairement exprimés. L'anamnèse est cohérente et complète. Elle traite des plans familial, personnel, social, habituel, d'hérédopathie, somatique et psychopathologique. La praticienne relate les plaintes de X., décrit le statut clinique et fournit les résultats des différents tests réalisés en fonction de la méthode utilisée. Elle établit des diagnostics clairs, en distinguant les atteintes ayant une répercussion sur la capacité de travail de celles n'en ayant pas. Le Dr D. effectue enfin une appréciation du cas. Dans ce cadre, elle motive ses diagnostics en les mettant en lien avec des symptômes objectifs et exclut d'autres diagnostics en soulignant, de manière convaincante, de nombreuses contradictions objectivement constatées dans le discours ou dans le comportement de l'intéressée lors de l'examen d'expertise. Enfin, le rapport conclut au fait que la situation de X. ne s'est pas péjorée depuis la décision du 25 février 2005.

Le rapport d'expertise est clair et détaillé. Il prend en compte tous les éléments essentiels du dossier et répond de manière complète et convaincante aux questions pertinentes pour trancher le cas. Le diagnostic est motivé et aisément intelligible. Il en va de même des motifs pour lesquels l'experte ne peut suivre les autres avis médicaux. Partant, une pleine valeur probante doit être reconnue à cette expertise, celle-ci satisfaisant à tous les réquisits jurisprudentiels en la matière. On ne saurait dès lors suivre la recourante lorsqu'elle soutient que l'expertise serait subjective et partielle, aucun élément objectif ne permettant de faire douter la Cour de la conscience professionnelle, de la compétence et de l'objectivité de l'experte désignée. En particulier, la seule durée de l'examen n'est pas un critère

reconnu par la jurisprudence eu égard à la qualité et la valeur probante d'une expertise. En effet, le travail d'un expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien mais consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (arrêt du TF du 30.05.2006 [I 764/05] cons. 2.3).

La Cour de céans constate que l'experte retient néanmoins une personnalité émotionnellement labile, type borderline, mal compensée et présente depuis l'adolescence (F60.31). Or comme indiqué précédemment, l'atteinte originaire diagnostiquée par le Dr A. était un trouble dépressif récurrent (épisode moyen), sans syndrome somatique, en rémission (F33.10). A cet égard, l'experte a bel et bien rejeté une aggravation de ce trouble, répondant ainsi à l'objectif de son mandant. En revanche, l'expertise n'apporte aucun élément quant à un lien respectivement une absence de lien entre les diagnostics F33.10 et F60.31. La Cour ne peut dès lors pas, sur cette base, déterminer s'il s'agit d'une aggravation de l'atteinte originaire ou d'une nouvelle atteinte. La question peut néanmoins rester ouverte en l'espèce, l'incapacité de travail médicalement attestée par l'expertise étant, quoi qu'il en soit, insuffisante pour ouvrir un droit à la rente.

d) Sur cette base, il sied dans un deuxième temps de confronter l'expertise du 16 mai 2014 du Dr C. à celle du Dr D. afin de déterminer si l'avis médical de la première est à même de faire naître des doutes objectifs quant à la pertinence des conclusions de la seconde.

Le rapport d'expertise du 16 mai 2014 du Dr C. ne contient pas de résumé clair du dossier médical de la recourante et la contextualisation est particulièrement brève et confuse. L'anamnèse n'est pas structurée par catégorie. Sous le titre "anamnèse professionnelle et sociale" se trouvent mélangés des éléments familiaux, personnels, habituels ou encore professionnels. L'absence de structure rend difficile la lecture du document. La praticienne prend ensuite en compte l'évolution de la maladie et les résultats des thérapies. Cette section de l'analyse contient également de nombreux éléments d'anamnèse familiale et professionnelle. La description de la situation est parfois orientée et l'on peine à savoir si l'experte décrit les déclarations de X. ou l'interprétation qu'elle en tire.

Les diagnostics sont différenciés entre ceux ayant une répercussion sur la capacité de travail et ceux n'en ayant pas. Cependant, l'appréciation du cas qui suit est incomplète et ne permet pas de comprendre les diverses atteintes retenues. L'experte ne décrit pas les liens nécessaires pour objectiver les troubles et tient compte d'éléments qui ne sont pas du ressort de l'office intimé (par. ex : âge ou langage). Elle est en outre peu précise lorsqu'elle conclut que : "[ ] l'évolution du cas, peut tout à fait prendre un cheminement vers la guérison ou vers la chronicisation voire une aggravation" ainsi que lorsqu'elle retient : "Pour ne pas imposer à votre honorable institution, la date de 2005-2006, on va prendre en considération l'incapacité de travail à partir de la demande du Dr B. dans son courrier daté du 06.02.2013". Force est de constater que l'experte s'écarte de son mandat, qui devait consister à évaluer une éventuelle aggravation de l'état de santé depuis la décision du 25 février 2005. Son rapport remet en cause l'expertise du Dr A., ce qui revient à apprécier différemment un état de fait globalement identique. Une telle démarche est non seulement inutile dans le contexte d'une nouvelle demande de rente d'invalidité mais elle jette le discrédit sur ses conclusions selon lesquelles il y a une aggravation depuis 2013.

L'experte formule des jugements de valeur et se met à la place de l'expertisée pour conforter son avis en indiquant par exemple, quant à l'évaluation AAS effectuée par le Dr

A., que "[p]ersonnellement, je ne pense pas que je serais capable de simuler quoi que ce soit sur un MMPI-II". Elle fournit également une réponse subjective et troublante lorsque à la question "[d]ans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)", elle répond : "Nous conseillons sérieusement avec beaucoup de modestie à nos collègues de l'AI, de faire attention à cette patiente, surtout vu son trouble de personnalité important. Elle n'a plus à quoi s'accrocher : un mari quasi absent, pas d'enfant, pas de vie de couple, famille destructrice donc un grand vide qui peut plonger la patiente dans une idéation suicidaire avec passage à l'acte".

En outre, comme le relève à juste titre le SMR, l'analyse de l'experte se fonde sur sa conviction de la présence d'un trouble bipolaire longtemps méconnu et mal traité alors qu'aucun médecin n'a jamais constaté une telle atteinte. Ce diagnostic a d'ailleurs été expressément exclu de manière convaincante par le Dr D.

Enfin, la structure et la formulation utilisées ne permettent en tout état de cause pas à la Cour de comprendre les atteintes retenues. Par conséquent, ce document médical ne remplit pas les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. L'expertise du Dr C. n'étant pas à même de remplir son rôle, c'est à tort que la recourante soutient que le SMR aurait demandé la mise en œuvre d'une seconde expertise pour l'unique raison que les conclusions de la première ne lui convenaient pas. En effet, l'expertise du Dr D. était nécessaire à la résolution du droit litigieux.

e) Reste donc à confronter l'expertise du 19 janvier 2015 du Dr D. aux autres avis médicaux. Dans ce cadre et vu les considérants précédents, il est rappelé que l'opinion motivée d'un expert est prépondérante, même si plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'y a d'exception à ce principe que si les médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

Plusieurs médecins traitants contestent les conclusions de l'expertise du Dr D. Les avis du Dr I. des 30 avril et 25 juin 2012 ainsi que du Dr E. et de la psychologue F. du 26 avril 2012 ne sont pas à même de battre en brèche l'expertise fondant la décision querellée. Il s'agit en effet soit de simples certificats médicaux, soit d'un rapport médical AI extrêmement succinct et dont la brève motivation n'est pas à même de renseigner la Cour.

Agissant du Dr B., il a tout d'abord mis en exergue par courrier du 18 février 2013 faisant suite au projet de décision du 6 février 2013, le fait que la situation se serait aggravée avec la présence "de rituels et de comportements stéréotypés ainsi que d'un état d'anxiété généralisé". Or c'est précisément ensuite de ce courrier que l'office intimé a décidé de mettre en œuvre une expertise.

Suite à l'expertise du Dr C., le Dr B. a adressé le 12 septembre 2014 un courrier à l'office intimé dans lequel il souligne, comme vu précédemment (cons. 3d), le manque d'objectivité de l'experte. Il ne conteste en revanche pas l'appréciation du SMR relative à la nécessité d'une seconde expertise et demande uniquement à ce que le dossier soit traité avec célérité. Quant à l'expertise du Dr D., le Dr B. a, par courrier du 24 février 2015, validé l'anamnèse mais reproché à l'experte, de manière étonnante, de se baser "sur ce qu'elle constate et pas sur la réalité des faits". Le Dr B. y est en outre contradictoire en indiquant que les "[ ] remarque[s] de l'expert au sujet des mains de la patiente serai[en]t correcte[s] si la patiente souffrait d'un rituel de lavage des mains, ce qui n'est pas le cas", alors que la recourante a expressément indiqué à l'experte que parmi les rituels dont elle

souffre, se trouve le fait de se laver les mains "20 à 25 fois par jour".

Le Dr B. reproche encore à l'experte de prendre en compte l'absence d'hospitalisation depuis 1998, de ne pas tenir compte pleinement des symptômes somatiques et conteste en termes généraux les diagnostics. Aucun de ces arguments ne constitue un élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par l'experte. Comme l'indique de manière convaincante le Dr G. du SMR dans un avis médical du 13 avril 2015, la présence d'une hospitalisation est un élément parlant en faveur de la gravité d'une affection et le prendre en compte est légitime. En sus, l'état somatique est précisé à satisfaction par l'experte qui relève l'absence d'agitation psychomotrice, l'absence de ralentissement, fait des constatations relatives au poids de l'assurée ainsi qu'à son absence de libido. Enfin, au regard de la jurisprudence, le seul fait que le Dr B. ne soit pas d'accord avec l'experte ne constitue pas, faute d'explications objectivement vérifiables, un élément à même de remettre en cause l'expertise, eu égard notamment à son statut de médecin traitant et à la relation de confiance qu'il entretient avec sa patiente. Ainsi, force est de constater que l'expertise du Dr D. soutient l'examen lorsqu'elle est confrontée à l'avis du Dr B. et la Cour de céans ne saurait ainsi s'en écarter.

Enfin, le rapport du Dr H. du 4 février 2015, médecin spécialiste en médecine interne générale et, apparemment, médecin traitant de la recourante, soutient à tort que l'expertise du Dr C. aurait été écartée "pour des raisons obscures". En effet, comme l'explique le SMR dans son avis médical du 9 juillet 2014, le rapport d'expertise du Dr C. est "[t]rès mal structuré et même souvent confus, parsemé d'interprétations d'inspiration psychanalytique, de commentaires subjectifs et d'erreurs de date ou de contradictions [et il] est difficilement utilisable". Pour ces raisons, et celles développées précédemment (cons. 3d), cet avis médical est dénué de valeur probante. C'est dès lors à raison que l'office intimé a mandaté une nouvelle expertise. Le Dr H. conteste également l'expertise en ceci que le traitement médicamenteux ne serait pas compatible avec une capacité de travail de 75 %. Il apporte également divers éléments somatiques. Force est de constater que le médecin en question ■ spécialiste en médecine interne ■ n'est pas un expert reconnu dans le domaine de la psychiatrie à l'inverse du Dr D., qu'il reconnaît d'ailleurs lui-même en tant que "spécialiste des troubles bipolaires". Or la question de la médication de la recourante a été prise en compte et, partant, rien ne permet à la Cour de s'écarter des conclusions de l'experte, vu ses compétences reconnues. S'agissant enfin des troubles somatiques, ces éléments ne sont pas à la base de la demande de rente d'invalidité; ils ne sont dès lors pas pertinents et ne nécessitent aucun développement.

f) En définitive, il n'existe aucun avis médical au dossier mettant en lumière des éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans l'expertise du 19 janvier 2015 et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du Dr D., dont l'expertise satisfait au demeurant pleinement aux exigences jurisprudentielles en matière de preuve. En conséquence, c'est à juste titre que l'office intimé a constaté que l'état de santé de la recourante ne s'était pas aggravé de façon à modifier, de manière notable au sens de l'art. 17 LPGA, le droit aux prestations de l'assurée. Le recours est mal fondé.

5.a) La recourante sollicite l'assistance judiciaire.

Les conditions d'octroi de l'assistance judiciaire gratuite sont en principe remplies si les conclusions ne paraissent pas d'emblée vouées à l'échec, si la requérante est dans le besoin et si l'assistance d'une avocate est nécessaire ou du moins indiquée (ATF 125 V 202cons.

4a). En l'espèce, le recours ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec et l'assistance d'une mandataire était nécessaire.

b) Une partie est indigente lorsqu'elle ne peut assumer les frais liés à la défense de ses intérêts sans porter atteinte au minimum nécessaire à son entretien et à celui de sa famille (ATF 128 I 225 cons. 2.5.1, 127 I 202 cons. 3b). Pour déterminer l'indigence, il convient de prendre en considération l'ensemble de la situation financière du requérant au moment où la demande est présentée, celui-ci devant indiquer de manière complète et établir autant que faire se peut ses revenus, sa situation de fortune et ses charges. La part des ressources excédant ce qui est nécessaire à la couverture des besoins personnels doit être comparée, dans chaque cas, aux frais prévisibles de la procédure pour laquelle l'assistance judiciaire est demandée. Le soutien de la collectivité publique n'est en principe pas dû, au regard de l'article 29 al. 3 Cst. féd., lorsque cette part disponible permet d'amortir les frais judiciaires et d'avocat en une année au plus, pour les procès relativement simples, et en deux ans pour les autres (arrêt du TF du 28.07.2010 [1B\_228/2010]; ATF 135 I 221, cons. 5.1 et les arrêts cités). S'agissant des ressources du requérant, l'autorité doit se baser sur le revenu mensuel net et prendre en compte la fortune mobilière et immobilière. Pour déterminer les charges d'entretien, il convient de se fonder sur le minimum vital du droit des poursuites augmenté de 25 % (ATF 124 I 1, cons. 2c; arrêt du TF du 26.05.2015 [4D\_30/2015] cons.

3.1; Ruckstuhl, in Basler Kommentar, schweizerische Strafprozessordnung 2011, n° 23 ad art. 132) ou de 30 % (arrêt du TF du 20.09.2002 [5P.250/2002]), auquel il convient d'ajouter le loyer, la cotisation d'assurance-maladie obligatoire et les frais de transport nécessaires à l'acquisition du revenu qui sont établis par pièces. Le minimum vital du droit des poursuites n'est donc pas déterminant à lui seul pour établir l'indigence au sens des règles sur l'assistance judiciaire. L'autorité compétente doit éviter de procéder de façon trop schématique, afin de pouvoir prendre en considération tous les éléments importants du cas particulier. Elle peut certes partir du minimum vital du droit des poursuites, mais elle doit tenir compte de manière suffisante des données individuelles en présence et prendre en considération l'ensemble de la situation financière du requérant pour vérifier si l'indigence alléguée existe ou non, notamment des dettes d'impôt échues, dont le montant et la date d'exigibilité sont établis, pour autant qu'elles soient effectivement payées (arrêt du TF du 06.10.2011 [2C\_805/2011], cons. 3.1; ATF 135 I 221 cons. 5.1; RJN 2002, p. 243). Il ne saurait être question de retenir des charges que le requérant ne paie pas ou pas régulièrement (RJN 2002, p. 243, cons. 2b et les références citées).

c) En l'espèce, la situation qui doit être déterminée est celle de la recourante ainsi que celle de son époux en raison des obligations de droit civil (art. 163 ss CO). Des pièces à l'appui de la requête d'assistance judiciaire, il ressort la situation suivante :

Au titre de charges mensuelles, les époux ont un minimum vital de 1'700 francs qu'il convient d'élargir de 30 %, pour être fixé à 2'210 francs. A ceci s'ajoute un loyer de 700 francs, charges comprises. La charge fiscale globale correspond à un montant de 171.50 francs et celle relative à l'assurance-maladie à 402 francs pour le couple. Les différents actes de défaut de biens et poursuites ne peuvent être pris en compte dès lors que rien au dossier n'établit que les créanciers aient mis en œuvre leurs droits. Par conséquent, au total, les charges mensuelles pour la recourante et son mari s'élèvent à 3'483.50 francs.

Au titre de revenus, les époux réalisent les sommes de 400 francs pour la recourante et de 3'890 francs pour son époux, soit un total de 4'290 francs. Il en découle un solde positif mensuel de 806.50 francs.

d) Il reste à mettre en relation ce solde avec les coûts prévisibles de la présente procédure (frais judiciaires et frais d'avocate) afin de déterminer si la recourante est en mesure de faire face à ces coûts dans un délai raisonnable. Le délai retenu sera d'un an, la présente procédure n'étant pas particulièrement complexe. Les frais de la procédure sont de 440 francs. Quant aux frais de la mandataire, qui n'a pas fait valoir de mémoire d'honoraires à ce stade, ils ne sauraient dépasser 2'500 francs. Partant, il s'agit d'un montant de 245 francs mensuel qu'il appartient à la recourante d'assumer sur une année. En définitive, il reste à la recourante et à son époux un solde mensuel de 561.50 francs, soit 280.75 francs chacun une fois la présente procédure prise en charge. Les revenus de la recourante sont ainsi supérieurs à ses charges d'entretien et s'opposent à la réalisation de la condition d'indigence. Partant, la requête assistance judiciaire doit être rejetée.

6. Le recours et la requête d'assistance judiciaire étant tous deux rejetés, les frais doivent être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 47 LPJA). Elle n'a en outre pas droit à une allocation de dépens (art. 48 LPJA a contrario).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.
2. Rejette la demande d'assistance judiciaire.
3. Met à la charge de la recourante les frais et débours de la présente procédure par 440 francs.
4. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 14 octobre 2016

1 L'invalidité (art. 8 LPGA1) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.2

2 L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.3

1 RS830.12 Nouvelle teneur selon le ch. 8 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, en vigueur depuis le 1er janv. 2003 (RO20023371; FF1991II 181 888, 1994V 897, 19994168).3 Introduit par le ch. I de la LF du 5 oct. 1967, en vigueur depuis le 1er janv. 1968 (RO196829; FF1967I 677).

1 L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- a. 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;
- b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA2) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

2 La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité:

Taux d'invalidité

Droit à la rente en fraction d'une rente entière

40 % au moins

un quart

50 % au moins

une demie

60 % au moins

trois quarts

70 % au moins

rente entière

1Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 6 oct. 2006 (5<sup>er</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2008 (RO20075129;FF20054215).2RS830.1

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.1En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

1Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la LF du 21 mars 2003 (4<sup>er</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2004 (RO20033837;FF20013045).

1Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

2Seules 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.2

1Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la LF du 21 mars 2003 (4<sup>er</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2004 (RO20033837;FF20013045).2Introduit par le ch. 2 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2006 (5<sup>er</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2008 (RO20075129;FF20054215).

1Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

2Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle.1

3Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'art. 7, al. 2, est applicable par analogie.23

1Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la LF du 21 mars 2003 (4<sup>er</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2004 (RO20033837;FF20013045).2Phrase introduite par le ch. 2 de l'annexe à la LF du 6 oct. 2006 (5<sup>er</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2008 (RO20075129;FF20054215).3Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la LF du 21 mars 2003 (4<sup>er</sup>révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup>janv. 2004 (RO20033837;FF20013045).

1L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit.

2L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés.

3Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable.

1Rectifié par la Commission de rédaction de l'Ass. féd. (art. 33 LREC; RO19741051).

## **E. 2**

a) Selon l'article

## **E. 4**

al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'article

## **E. 8**

LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'article 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente AI, un taux d'invalidité de 50 %, à une demi-rente AI, un taux de 60 %, à trois quarts de rente AI et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 LAI). b) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a eu recours, a besoin de renseignements que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré ( ATF 132 V 93 cons. 4, 125 V 256 cons. 4, 115 V 133 cons. 2, 114 V 310 cons. 3c, 105 V 156 cons. 1; arrêt du TF du 29.06.2007 [I 312/06] cons. 2.3). Le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'article 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une "second opinion" sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle

possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante. La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert ( ATF 125 V 351 cons. 3a, arrêts du TF du 30.06.2009 [9C\_1012/2008] cons. 3.2.2 et du 29.05.2007 [U 571/06] cons. 4.2, in RSAS 2008 p. 181). c) En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées ( ATF 134 V 231 cons. 5.1, 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les références citées). 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 suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du TF du 05.03.2009 [9C\_369/2008] cons. 2.2). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dans la mesure où celui-ci est généralement enclin, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute ( 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées). 3. Lorsque, comme en l'espèce, une nouvelle demande est déposée après un premier refus, elle doit satisfaire aux conditions de l'article 87 al. 2 et 3 RAI (dans leur teneur en vigueur au 01.01.2012). Lorsque l'administration est entrée en matière, il convient d'examiner, par analogie avec l'article 17 LPGA, si l'état de santé s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations (cf. ATF 133 V 263 ). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important ( ATF 130 V 343 cons. 3.5, ATF 113 V 273 cons. 1b). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'article 17 LPGA ( ATF 112 V 371 cons. 2b, ATF 112 V 387 cons 1b). Pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de

comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision ( ATF 133 V 108 cons. 5, ATF 130 V 343 cons. 3.5). Dans le cas particulier, cela revient à comparer les circonstances entourant la décision contestée à celles existant lors de la décision du 25 février 2005. 4. a) En l'occurrence, une rente d'invalidité a été refusée à l'assurée le 25 février 2005 au motif qu'elle présentait une capacité de travail entière dans différentes activités professionnelles, notamment dans l'activité de secrétaire, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'ayant dès lors été retenu. b) A l'appui de sa nouvelle demande de rente d'invalidité du 4 avril 2012, la recourante invoque en substance une aggravation sensible de ses troubles obsessionnels avec présence depuis 2011 de rituels et de comportements stéréotypés ainsi que d'un état d'anxiété généralisé, comme l'indique notamment le courrier du 18 février 2013 du Dr B. à l'office intimé. c) Dans la décision attaquée, ce dernier s'est fondé sur les conclusions de l'expertise du 19 janvier 2015 du Dr D. ainsi que sur les avis de synthèse du SMR, qui a fait siennes les conclusions de l'experte, pour nier un droit à la rente. Il faut déterminer si, après le refus initial de prester, est survenue une détérioration significative de l'état de santé de l'assurée justifiant la révision du droit aux prestations. Dans le cas particulier, il s'agit d'examiner dans un premier temps la valeur probante de l'expertise du Dr D., plus particulièrement de la confronter avec l'expertise du 16 mai 2014 du Dr C., rejetée par l'office intimé, ainsi qu'avec d'autres avis médicaux versés au dossier. Le rapport d'expertise du 19 janvier 2015 du Dr D. contient un résumé de la demande d'expertise, une synthèse complète du dossier médical ainsi qu'une rubrique "autres renseignements", la praticienne ayant recueilli des informations par téléphone auprès de la Clinique J. ainsi qu'auprès de l'hôpital K. Les motifs de l'expertise – "préciser si l'état de santé s'est aggravé depuis la décision de refus du 25 février 2005" – sont en outre clairement exprimés. L'anamnèse est cohérente et complète. Elle traite des plans familial, personnel, social, habituel, d'hérédopathie, somatique et psychopathologique. La praticienne relate les plaintes de X., décrit le statut clinique et fournit les résultats des différents tests réalisés en fonction de la méthode utilisée. Elle établit des diagnostics clairs, en distinguant les atteintes ayant une répercussion sur la capacité de travail de celles n'en ayant pas. Le Dr D. effectue enfin une appréciation du cas. Dans ce cadre, elle motive ses diagnostics en les mettant en lien avec des symptômes objectivés et exclut d'autres diagnostics en soulignant, de manière convaincante, de nombreuses contradictions objectivement constatées dans le discours ou dans le comportement de l'intéressée lors de l'examen d'expertise. Enfin, le rapport conclut au fait que la situation de X. ne s'est pas péjorée depuis la décision du 25 février 2005. Le rapport d'expertise est clair et détaillé. Il prend en compte tous les éléments essentiels du dossier et répond de manière complète et convaincante aux questions pertinentes pour trancher le cas. Le diagnostic est motivé et aisément intelligible. Il en va de même des motifs pour lesquels l'experte ne peut suivre les autres avis médicaux. Partant, une pleine valeur probante doit être reconnue à cette expertise, celle-ci satisfaisant à tous les réquisits jurisprudentiels en la matière. On ne saurait dès lors suivre la recourante lorsqu'elle soutient que l'expertise serait subjective et partielle, aucun élément objectif ne permettant de faire douter la Cour de la conscience professionnelle, de la compétence et de l'objectivité de l'experte désignée. En particulier, la seule durée de l'examen n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence eu égard à la qualité et la valeur probante d'une expertise. En effet, le travail d'un expert ne s'arrête pas au stade de l'entretien mais consiste également et avant tout en l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (arrêt du TF du

30.05.2006 [I 764/05] cons. 2.3). La Cour de céans constate que l'experte retient néanmoins une personnalité émotionnellement labile, type borderline, mal compensée et présente depuis l'adolescence (F60.31). Or comme indiqué précédemment, l'atteinte originaire diagnostiquée par le Dr A. était un trouble dépressif récurrent (épisode moyen), sans syndrome somatique, en rémission (F33.10). A cet égard, l'experte a bel et bien rejeté une aggravation de ce trouble, répondant ainsi à l'objectif de son mandat. En revanche, l'expertise n'apporte aucun élément quant à un lien – respectivement une absence de lien – entre les diagnostics F33.10 et F60.31. La Cour ne peut dès lors pas, sur cette base, déterminer s'il s'agit d'une aggravation de l'atteinte originaire ou d'une nouvelle atteinte. La question peut néanmoins rester ouverte en l'espèce, l'incapacité de travail médicalement attestée par l'expertise étant, quoi qu'il en soit, insuffisante pour ouvrir un droit à la rente.

d) Sur cette base, il sied dans un deuxième temps de confronter l'expertise du 16 mai 2014 du Dr C. à celle du Dr D. afin de déterminer si l'avis médical de la première est à même de faire naître des doutes objectifs quant à la pertinence des conclusions de la seconde. Le rapport d'expertise du 16 mai 2014 du Dr C. ne contient pas de résumé clair du dossier médical de la recourante et la contextualisation est particulièrement brève et confuse. L'anamnèse n'est pas structurée par catégorie. Sous le titre "anamnèse professionnelle et sociale" se trouvent mélangés des éléments familiaux, personnels, habituels ou encore professionnels. L'absence de structure rend difficile la lecture du document. La praticienne prend ensuite en compte l'évolution de la maladie et les résultats des thérapies. Cette section de l'analyse contient également de nombreux éléments d'anamnèse familiale et professionnelle. La description de la situation est parfois orientée et l'on peine à savoir si l'experte décrit les déclarations de X. ou l'interprétation qu'elle en tire. Les diagnostics sont différenciés entre ceux ayant une répercussion sur la capacité de travail et ceux n'en ayant pas. Cependant, l'appréciation du cas qui suit est incomplète et ne permet pas de comprendre les diverses atteintes retenues. L'experte ne décrit pas les liens nécessaires pour objectiver les troubles et tient compte d'éléments qui ne sont pas du ressort de l'office intimé (par. ex : âge ou langage). Elle est en outre peu précise lorsqu'elle conclut que : "[...] l'évolution du cas, peut tout à fait prendre un cheminement vers la guérison ou vers la chronicisation voire une aggravation" ainsi que lorsqu'elle retient : "Pour ne pas imposer à votre honorable institution, la date de 2005–2006, on va prendre en considération l'incapacité de travail à partir de la demande du Dr B. dans son courrier daté du 06.02.2013". Force est de constater que l'experte s'écarte de son mandat, qui devait consister à évaluer une éventuelle aggravation de l'état de santé depuis la décision du 25 février 2005. Son rapport remet en cause l'expertise du Dr A., ce qui revient à apprécier différemment un état de fait globalement identique. Une telle démarche est non seulement inutile dans le contexte d'une nouvelle demande de rente d'invalidité mais elle jette le discrédit sur ses conclusions selon lesquelles il y a une aggravation depuis 2013. L'experte formule des jugements de valeur et se met à la place de l'expertisée pour conforter son avis en indiquant par exemple, quant à l'évaluation AAS effectuée par le Dr A., que "[p]ersonnellement, je ne pense pas que je serais capable de simuler quoi que ce soit sur un MMPI-II". Elle fournit également une réponse subjective et troublante lorsque à la question "[d]ans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)", elle répond : "Nous conseillons sérieusement avec beaucoup de modestie à nos collègues de l'AI, de faire attention à cette patiente, surtout vu son trouble de personnalité important. Elle n'a plus à quoi s'accrocher : un mari quasi absent, pas d'enfant, pas de vie de couple, famille destructrice donc un grand vide qui peut plonger la patiente dans une

idéation suicidaire avec passage à l'acte". En outre, comme le relève à juste titre le SMR, l'analyse de l'experte se fonde sur sa conviction de la présence d'un trouble bipolaire longtemps méconnu et mal traité alors qu'aucun médecin n'a jamais constaté une telle atteinte. Ce diagnostic a d'ailleurs été expressément exclu de manière convaincante par le Dr D. Enfin, la structure et la formulation utilisées ne permettent en tout état de cause pas à la Cour de comprendre les atteintes retenues. Par conséquent, ce document médical ne remplit pas les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. L'expertise du Dr C. n'étant pas à même de remplir son rôle, c'est à tort que la recourante soutient que le SMR aurait demandé la mise en œuvre d'une seconde expertise pour l'unique raison que les conclusions de la première ne lui convenaient pas. En effet, l'expertise du Dr D. était nécessaire à la résolution du droit litigieux. e) Reste donc à confronter l'expertise du 19 janvier 2015 du Dr D. aux autres avis médicaux. Dans ce cadre et vu les considérants précédents, il est rappelé que l'opinion motivée d'un expert est prépondérante, même si plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'y a d'exception à ce principe que si les médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Plusieurs médecins traitants contestent les conclusions de l'expertise du Dr D. Les avis du Dr I. des 30 avril et 25 juin 2012 ainsi que du Dr E. et de la psychologue F. du 26 avril 2012 ne sont pas à même de battre en brèche l'expertise fondant la décision querellée. Il s'agit en effet soit de simples certificats médicaux, soit d'un rapport médical AI extrêmement succinct et dont la brève motivation n'est pas à même de renseigner la Cour. S'agissant du Dr B., il a tout d'abord mis en exergue par courrier du 18 février 2013 faisant suite au projet de décision du 6 février 2013, le fait que la situation se serait aggravée avec la présence "de rituels et de comportements stéréotypés ainsi que d'un état d'anxiété généralisé". Or c'est précisément ensuite de ce courrier que l'office intimé a décidé de mettre en œuvre une expertise. Suite à l'expertise du Dr C., le Dr B. a adressé le 12 septembre 2014 un courrier à l'office intimé dans lequel il souligne, comme vu précédemment (cons. 3d), le manque d'objectivité de l'experte. Il ne conteste en revanche pas l'appréciation du SMR relative à la nécessité d'une seconde expertise et demande uniquement à ce que le dossier soit traité avec célérité. Quant à l'expertise du Dr D., le Dr B. a, par courrier du 24 février 2015, validé l'anamnèse mais reproché à l'experte, de manière étonnante, de se baser "sur ce qu'elle constate et pas sur la réalité des faits". Le Dr B. y est en outre contradictoire en indiquant que les "[...] remarque[s] de l'expert au sujet des mains de la patiente serai[en]t correcte[s] si la patiente souffrait d'un rituel de lavage des mains, ce qui n'est pas le cas", alors que la recourante a expressément indiqué à l'experte que parmi les rituels dont elle souffre, se trouve le fait de se laver les mains "20 à 25 fois par jour". Le Dr B. reproche encore à l'experte de prendre en compte l'absence d'hospitalisation depuis 1998, de ne pas tenir compte pleinement des symptômes somatiques et conteste en termes généraux les diagnostics. Aucun de ces arguments ne constitue un élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par l'experte. Comme l'indique de manière convaincante le Dr G. du SMR dans un avis médical du 13 avril 2015, la présence d'une hospitalisation est un élément parlant en faveur de la gravité d'une affection et le prendre en compte est légitime. En sus, l'état somatique est précisé à satisfaction par l'experte qui relève l'absence d'agitation psychomotrice, l'absence de ralentissement, fait des constatations relatives au poids de l'assurée ainsi qu'à son absence de libido. Enfin, au regard de la jurisprudence, le seul fait que le Dr B. ne soit pas d'accord avec l'experte ne constitue pas, faute d'explications objectivement vérifiables, un élément à

même de remettre en cause l'expertise, eu égard notamment à son statut de médecin traitant et à la relation de confiance qu'il entretient avec sa patiente. Ainsi, force est de constater que l'expertise du Dr D. soutient l'examen lorsqu'elle est confrontée à l'avis du Dr B. et la Cour de céans ne saurait ainsi s'en écarter. Enfin, le rapport du Dr H. du 4 février 2015, médecin spécialiste en médecine interne générale et, apparemment, médecin traitant de la recourante, soutient à tort que l'expertise du Dr C. aurait été écartée "pour des raisons obscures". En effet, comme l'explique le SMR dans son avis médical du 9 juillet 2014, le rapport d'expertise du Dr C. est "[t]rès mal structuré et même souvent confus, parsemé d'interprétations d'inspiration psychanalytique, de commentaires subjectifs et d'erreurs de date ou de contradictions [et il] est difficilement utilisable". Pour ces raisons, et celles développées précédemment (cons. 3d), cet avis médical est dénué de valeur probante. C'est dès lors à raison que l'office intimé a mandaté une nouvelle expertise. Le Dr H. conteste également l'expertise en ceci que le traitement médicamenteux ne serait pas compatible avec une capacité de travail de 75 %. Il apporte également divers éléments somatiques. Force est de constater que le médecin en question – spécialiste en médecine interne – n'est pas un expert reconnu dans le domaine de la psychiatrie à l'inverse du Dr D., qu'il reconnaît d'ailleurs lui-même en tant que "spécialiste des troubles bipolaires". Or la question de la médication de la recourante a été prise en compte et, partant, rien ne permet à la Cour de s'écarter des conclusions de l'experte, vu ses compétences reconnues. S'agissant enfin des troubles somatiques, ces éléments ne sont pas à la base de la demande de rente d'invalidité; ils ne sont dès lors pas pertinents et ne nécessitent aucun développement. f) En définitive, il n'existe aucun avis médical au dossier mettant en lumière des éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans l'expertise du 19 janvier 2015 et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du Dr D., dont l'expertise satisfait au demeurant pleinement aux exigences jurisprudentielles en matière de preuve. En conséquence, c'est à juste titre que l'office intimé a constaté que l'état de santé de la recourante ne s'était pas aggravé de façon à modifier, de manière notable au sens de l'art. 17 LPGA, le droit aux prestations de l'assurée. Le recours est mal fondé. 5. a) La recourante sollicite l'assistance judiciaire. Les conditions d'octroi de l'assistance judiciaire gratuite sont en principe remplies si les conclusions ne paraissent pas d'emblée vouées à l'échec, si la requérante est dans le besoin et si l'assistance d'une avocate est nécessaire ou du moins indiquée ( ATF 125 V 202 cons. 4a). En l'espèce, le recours ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec et l'assistance d'une mandataire était nécessaire. b) Une partie est indigente lorsqu'elle ne peut assumer les frais liés à la défense de ses intérêts sans porter atteinte au minimum nécessaire à son entretien et à celui de sa famille ( ATF 128 I 225 cons. 2.5.1, 127 I 202 cons. 3b). Pour déterminer l'indigence, il convient de prendre en considération l'ensemble de la situation financière du requérant au moment où la demande est présentée, celui-ci devant indiquer de manière complète et établir autant que faire se peut ses revenus, sa situation de fortune et ses charges. La part des ressources excédant ce qui est nécessaire à la couverture des besoins personnels doit être comparée, dans chaque cas, aux frais prévisibles de la procédure pour laquelle l'assistance judiciaire est demandée. Le soutien de la collectivité publique n'est en principe pas dû, au regard de l'article 29 al. 3 Cst. féd., lorsque cette part disponible permet d'amortir les frais judiciaires et d'avocat en une année au plus, pour les procès relativement simples, et en deux ans pour les autres (arrêt du TF du 28.07.2010 [1B\_228/2010] ; ATF 135 I 221 , cons. 5.1 et les arrêts cités). S'agissant des ressources du requérant, l'autorité doit se baser sur le revenu mensuel net et prendre en compte la fortune mobilière et immobilière. Pour déterminer les charges d'entretien, il

convient de se fonder sur le minimum vital du droit des poursuites augmenté de 25 % ( ATF 124 I 1 , cons. 2c; arrêt du TF du 26.05.2015 [4D\_30/2015] cons. 3.1; Ruckstuhl , in Basler Kommentar, schweizerische Strafprozessordnung 2011, n° 23 ad art. 132) ou de 30 % (arrêt du TF du 20.09.2002 [5P.250/2002] ), auquel il convient d'ajouter le loyer, la cotisation d'assurance-maladie obligatoire et les frais de transport nécessaires à l'acquisition du revenu qui sont établis par pièces. Le minimum vital du droit des poursuites n'est donc pas déterminant à lui seul pour établir l'indigence au sens des règles sur l'assistance judiciaire. L'autorité compétente doit éviter de procéder de façon trop schématique, afin de pouvoir prendre en considération tous les éléments importants du cas particulier. Elle peut certes partir du minimum vital du droit des poursuites, mais elle doit tenir compte de manière suffisante des données individuelles en présence et prendre en considération l'ensemble de la situation financière du requérant pour vérifier si l'indigence alléguée existe ou non, notamment des dettes d'impôt échues, dont le montant et la date d'exigibilité sont établis, pour autant qu'elles soient effectivement payées (arrêt du TF du 06.10.2011 [2C\_805/2011] , cons. 3.1; ATF 135 I 221 cons. 5.1; RJN 2002, p. 243 ). Il ne saurait être question de retenir des charges que le requérant ne paie pas ou pas régulièrement ( RJN 2002, p. 243 , cons. 2b et les références citées). c) En l'espèce, la situation qui doit être déterminée est celle de la recourante ainsi que celle de son époux en raison des obligations de droit civil (art. 163 ss CO). Des pièces à l'appui de la requête d'assistance judiciaire, il ressort la situation suivante : Au titre de charges mensuelles, les époux ont un minimum vital de 1'700 francs qu'il convient d'élargir de 30 %, pour être fixé à 2'210 francs. A ceci s'ajoute un loyer de 700 francs, charges comprises. La charge fiscale globale correspond à un montant de 171.50 francs et celle relative à l'assurance-maladie à 402 francs pour le couple. Les différents actes de défaut de biens et poursuites ne peuvent être pris en compte dès lors que rien au dossier n'établit que les créanciers aient mis en œuvre leurs droits. Par conséquent, au total, les charges mensuelles pour la recourante et son mari s'élèvent à 3'483.50 francs. Au titre de revenus, les époux réalisent les sommes de 400 francs pour la recourante et de 3'890 francs pour son époux, soit un total de 4'290 francs. Il en découle un solde positif mensuel de 806.50 francs. d) Il reste à mettre en relation ce solde avec les coûts prévisibles de la présente procédure (frais judiciaires et frais d'avocate) afin de déterminer si la recourante est en mesure de faire face à ces coûts dans un délai raisonnable. Le délai retenu sera d'un an, la présente procédure n'étant pas particulièrement complexe. Les frais de la procédure sont de 440 francs. Quant aux frais de la mandataire, qui n'a pas fait valoir de mémoire d'honoraires à ce stade, ils ne sauraient dépasser 2'500 francs. Partant, il s'agit d'un montant de 245 francs mensuel qu'il appartient à la recourante d'assumer sur une année. En définitive, il reste à la recourante et à son époux un solde mensuel de 561.50 francs, soit 280.75 francs chacun une fois la présente procédure prise en charge. Les revenus de la recourante sont ainsi supérieurs à ses charges d'entretien et s'opposent à la réalisation de la condition d'indigence. Partant, la requête assistance judiciaire doit être rejetée. 6. Le recours et la requête d'assistance judiciaire étant tous deux rejetés, les frais doivent être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 47 LPJA ). Elle n'a en outre pas droit à une allocation de dépens (art. 48 LPJA a contrario).

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