

FR_GERICHTE 605 2013 125 vom 25. Februar 2015

FR Kantonsgericht, 2015-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_125

FR: FR_GERICHTE 605 2013 125 du 25 février 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 125 del 25 febbraio 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, la recourante étant en outre directement atteinte par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a et les références). Ce n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque 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 (lit. a); qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b); enfin, lorsque, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (lit. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée

selon le taux d'invalidité: à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Ce dernier article indique que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 1 2e phr.). c) Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations 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 (ATF 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36).

E. 3

a) En vertu de 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. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b/VSI 2000 p. 314 et les références citées), respectivement du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108, 103 V 71). Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (cf. Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause S. [I 511/03] du 13 septembre 2004 consid. 2 et les références citées).

E. 4

Est en l'espèce litigieux le droit à la rente entière de la recourante au-delà du 1er août 2011. La recourante conteste la révision à la baisse, opérée dans la décision querellée, de son droit à la rente entière. Elle prétend ne plus pouvoir travailler du tout, fût-ce à mi-temps, vu la problématique psychique venue se rajouter à celle physique, plus ancienne. Elle critique notamment la valeur probante de l'expertise psychiatrique, faussée car réalisée sans le concours d'un traducteur. L'OAI considère au contraire que son assurée n'a plus droit qu'à une demi-rente à partir du 1er août 2011, l'estimant alors capable de retravailler à mi-temps dans une activité légère adaptée. Il s'agit en l'espèce de revenir brièvement sur le parcours médical de cette dernière, qui avait déjà bénéficié d'une rente entière par le passé, mais pour des raisons physiques. a) premier octroi d'une rente entière (décembre 2004) Née en Indonésie en 1954 et venue s'établir en Suisse en 1989 pour y être sommelière, ceci après

avoir vécu plusieurs années en Polynésie française, la recourante a commencé à souffrir au niveau de l'épaule droite dans le courant de l'été 2003. Comme l'a indiqué le Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine interne-rhumatologie, les douleurs sont devenues plus importantes encore à la fin de l'année 2003, à la suite d'une opération gynécologique : « Rappelons simplement qu'en été 2003 elle présente une omalgie D suite à la pratique de la nage. Trois jours après avoir été opérée d'une cystopexie en décembre 2003 elle présente un syndrome épaule-main. Elle bénéficie de physiothérapie qui n'améliore pas la situation. Les douleurs très aiguës au départ commencent à s'atténuer. Pendant la nuit, si elle ne bouge pas son MSD les douleurs sont supportables. La fonction de l'épaule D est très restreinte et même l'habillement devient problématique » (rapport du 13 avril 2004, dossier OAI, pièce 75). Celui-ci a conclu à l'existence d'une « capsulite rétractile secondaire à une périarthrite scapulo-humérale » et a retenu une « incapacité de travail à 100% pour au moins un mois encore » (rapport précité). Son médecin traitant, le Dr C. _____, spécialiste FMH en médecine interne, allergologie et immunologie clinique, a confirmé tout cela : « Madame m'a consulté le 10.02.2004 (...). Elle présentait le tableau d'une périarthrite de l'épaule droite. Traitement par anti inflammatoires per-os et locaux ainsi qu'une première série de physiothérapie à la clinique Garcia. Le 05.03.2004, persistance du tableau clinique avec difficultés à l'abduction et à la rétropulsion du bras droit évoluant en blocage de l'épaule droite au 24.03.2004. Ceci a justifié une consultation rhumatologique chez le Dr B. _____ » (rapport du 30 juillet 2004, dossier OAI, pièce 90). Vers la fin de l'année 2004, la situation s'était améliorée au niveau de l'épaule droite, mais l'épaule gauche était désormais également touchée : « La capsulite rétractile droite s'est améliorée de 30% par contre capsulite rétractile gauche aiguë depuis novembre 2004 » (rapport du 1er avril 2005 du Dr B. _____, dossier OAI, pièce 119).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 La capacité de travail demeurait « pour le moment, (...) nulle dans n'importe quelle profession » (annexe au rapport médical précité, dossier OAI, pièce 118). Le Dr D. _____, médecin du Service médical régional de l'AI (SMR), en convenait : « Il est clair que si l'assurée ne peut pas se servir de ses 2 épaules, je ne vois quelle activité (même adaptée) on pourrait lui proposer. Le Dr B. _____ dans son dernier rapport parle d'une capacité de travail nulle. Même s'il me manque des renseignements importants, je propose de faire une incapacité de travail de 100% avec une révision rapprochée dans 6 mois. Le problème de l'épaule gauche est encore récent et ne peut pas être considéré comme stabilisé pour le moment » (rapport du 27 juillet 2005, dossier OAI, pièce 139). Dès lors, par deux décisions du 30 novembre 2005 (dossier OAI, pièce 153) et du 16 décembre 2005 (dossier OAI, pièce 155), l'OAI a octroyé à son assurée une rente entière, ceci à partir du 1er décembre 2004. b) évolution et maintien de la rente entière (décembre 2008) En été 2006, les douleurs aux épaules avaient diminué, mais la recourante présentait une nouvelle atteinte au niveau du genou gauche : « L'anamnèse intermédiaire révèle une diminution des douleurs des épaules sans pour autant que la mobilité soit complètement restaurée. Depuis un mois, elle présente une gonalgie G prédominant lors de la descente des escaliers ou lors du changement de position assis-debout. Pas d'instabilité à la marche ni blocage » (rapport du Dr B. _____ du 1er juillet 2006, dossier OAI, pièce 177). Le Dr B. _____ diagnostiquait alors « un syndrome fémoro-patellaire et une arthrose du compartiment interne du genou G » (rapport précité). Il faisait malgré tout remarquer que « l'état de santé s'était amélioré » (rapport du 14 juillet 2006, dossier OAI, pièce 178). A l'automne 2006, il estimait la capacité de travail partiellement recouverte et suggérait qu'une activité en tea-room ou une activité adaptée dans la petite mécanique

seraient même à terme pleinement réalisables : « Comme sommelière dans un restaurant, elle doit souvent effectuer des mouvements au-dessus de 90° d'autant plus qu'elle est de petite taille (!) et porter des plateaux relativement lourds. Par contre, dans un tea-room, en évitant les mouvements au-dessus de l'horizontal, la capacité de travail devrait être actuellement de 50% pendant 1 mois afin de laisser à la patiente le temps de se reconditionner puis dès le 2ème mois à 100%. Une activité dans la petite mécanique sans soulever de poids lourds et sans faire des mouvements au-dessus de l'horizontal, la capacité de travail est de 100% sans diminution de rendement » (rapport du 23 novembre 2006 du Dr B. _____, dossier OAI, pièce 180). La recourante fit alors un stage en CEPAI auprès du centre d'intégration socioprofessionnelle, à Fribourg, du 7 avril au 6 juillet 2008. Malgré les douleurs toujours affichées, le stage a laissé entrevoir l'existence chez elle d'une capacité de travail: « Nous ne remarquons pas de difficultés avec les membres inférieurs. Par contre pour les membres supérieurs, sitôt que l'activité nécessite un peu de force, des mouvements de moyenne amplitude avec les avant-bras décollés du corps, Mme se plaint, par la suite, de douleurs. Pour des activités avec les avant-bras en appui sur la table, cela ne pose pas de difficulté. Mme n'a jamais exercé d'activités manuelles de manière soutenue, comme elle l'a fait au centre. Nous remarquons, entre le début et la fin du stage, une meilleure dextérité, sans

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 toutefois une augmentation significative de la vitesse de travail. Elle a montré, pendant le stage, qu'elle était capable d'agir debout, avec de petits déplacements, mais elle privilégie la position assise » (rapport de fin de stage du 7 juillet 2008, dossier OAI, pièce 215). La relative faiblesse de son rendement semblait moins découler d'une problématique physique que d'un déconditionnement. Elle a par ailleurs été absente trois semaines au cours du stage censé en durer treize : « Nous avons observé un reconditionnement, mais insuffisant par rapport aux objectifs de départ. (...) Les trois semaines d'absence en cours de stage ont freiné une reprise progressive d'activité. Mme avait également besoin de temps pour ce reconditionnement. L'objectif de finir le stage à 100% est atteint, manque une consolidation de ce reconditionnement. (...) Comme relevé plus haut, les rendements maximums observés tout au long du stage se sont situés entre 25 et 35%, dus à une gestuelle lente. Pour nous, il n'y a pas d'arguments qui permettent d'objectiver un rendement aussi faible. De notre point de vue, il manque à Mme une période de reconditionnement mise sur la préparation à la reprise d'une activité » (rapport précité). La recourante était jugée apte à travailler dans une activité simple ne nécessitant pas de gestes en amplitudes : « Les limitations médicales ne permettent pas de gestes en amplitude, d'avoir les avant-bras décollés du corps (sauf s'ils sont en appui), ainsi que l'utilisation de la force. L'activité devrait pouvoir se faire assis, mais une alternance assis-debout et de petits déplacements sont possibles. Les activités possibles sont du petit conditionnement, du montage simple sans outillage, ou par exemple comme auxiliaire dans une papeterie » (rapport précité). Vu le déconditionnement, une prolongation du stage fut envisagée. Mais celle-ci s'est mal passée, la recourante devenant de plus en plus plaintive et de moins en moins présente : « M. du CEPAI nous appelle le 06.08.2008. Il nous informe que la prolongation de stage de l'assurée ne suit pas l'évolution escomptée. Mme devient de plus en plus plaintive et commence à avoir de l'absentéisme. Il y a d'abord eu le certificat médical du Dr. B. _____ qui atteste d'une réduction du taux d'activité de 30 %, certificat médical que Mme a compris comme attestant d'une capacité de travail de 30 % seulement, ce qui a nécessité des clarifications à maintes reprises. Ensuite, l'assurée a été en vacances la semaine dernière et n'a pas repris le travail comme convenu le 04.08.2008 » (rapport

intermédiaire sur la réadaptation professionnelle du 12 août 2008, dossier OAI, pièce 242). Après discussion avec elle, il fut décidé d'interrompre le stage, ce qui a du reste paru la soulager : « En l'état actuel de la situation, l'assurée ne se voit pas reprendre son stage immédiatement. Elle pense que, d'ici quelques jours elle pourra à nouveau recommencer à 50 %. Par contre, lorsque nous l'interrogeons sur sa manière de voir l'évolution de son stage à moyen terme, Mme ne s'imagine pas à nouveau aller vers une augmentation de son taux d'activité. Dans ce contexte, il nous semble que la poursuite de ce stage de préparation à la reprise d'une activité et de reconditionnement au travail n'a plus vraiment de sens. En conséquence, nous décidons de mettre un terme aux mesures au 11.08.2008. Mme nous confie se sentir soulagée par cette décision » (rapport précité). A la même époque, soit en été 2008, le Dr B. _____ suggérait, comme cela avait été relevé en cours de stage, que l'atteinte aux épaules ne générerait en soi presque plus d'incapacité de travail: « Objectivement, ces restrictions de mobilité des épaules ne devraient pas jouer un rôle prépondérant dans son activité qu'elle m'a décrit dans cet atelier. En effet, les mouvements ne sont pas amples et restent en dessous de l'horizontal sans porter de poids. Cependant, il est clair que chez cette patiente qui a toujours travaillé dans un domaine où les contacts avec les autres

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 sont privilégiés, les mouvements répétitifs nécessitant une précision méticuleuse n'est peut-être pas l'emploi idéal » (rapport du 23 août 2008, dossier OAI, pièce 248). Une activité de sommelière à mi-temps ou une activité industrielle légère à 70% étaient alors à nouveau envisageables selon lui: « L'activité comme sommelière devrait être possible si on évite les mouvements au-dessus de l'horizontal ce qui est très difficile vu sa petite taille. Oui à 50%, c'est-à-dire 4 heures/jour. Son travail dans la petite mécanique ou dans la vente est, à mon avis, compatible avec son atteinte à la santé mais au maximum à 70% car lorsqu'elle travaille plus elle développe des cervico-lombalgies fonctionnelles et des céphalées dues à la concentration nécessaire à son travail » (annexe au rapport précité, dossier OAI, pièce 246). Pour sa part, le Dr D. _____ considérait qu'il existait d'autres raisons que médicales expliquant le faible rendement observé durant le stage et semblait ainsi favorable à une suppression de la rente : « Il existe clairement d'autres raisons qui expliquent ce faible rendement, l'absentéisme et les douleurs alléguées. Ces raisons sont évoquées aussi bien dans les rapports du CEPAI que dans celui du Dr B. _____. Il s'agit en l'occurrence d'un problème de déconditionnement et très certainement d'un désintérêt pour les activités proposées qui sont essentiellement manuelles. (...) Les problèmes de motivation, de déconditionnement et de choix de l'activité « idéale » ne font pas partie du domaine médical. Une activité adaptée à 100% (horaire et rendement) reste parfaitement exigible » (rapport du 19 septembre 2008, dossier OAI, pièce 253). Des explications complémentaires plus pessimistes du Dr B. _____ ont probablement incité l'OAI à finalement maintenir la rente : « En conclusion, la patiente a présenté une caspulite rétractile D en 2004 et G en 2006 qui, malheureusement a mal évolué. En effet, dans 95% des cas, la fonction de l'épaule est retrouvée sans atteinte fonctionnelle. Chez cette patiente, l'incapacité fonctionnelle est importante et empêche une reprise de travail comme sommelière. Elle a essayé de reprendre une activité dans le cadre de l'AI, mais la position assise constante et la concentration nécessaire à l'activité déployée (met des petites pièces dans un endroit déterminé) provoque des céphalées tensionnelles, des tendomyoses des trapèzes et des lombalgies basses. Le bilan radiologique n'a pas mis en évidence de discopathie franche. Finalement, il semble que même une activité théoriquement compatible avec son atteinte rhumatologique soit

impossible, même à 50%. Si c'est le cas au fil des mois, il faudra recontacter l'AI car dans mon rapport, il me semblait que dans un emploi adapté, elle pouvait travailler à 50% » (rapport du 9 octobre 2008, dossier OAI, pièce 257). Elle a en effet été confirmée par décisions du 11 décembre 2008 (dossier OAI, pièce 263) et du 21 janvier 2009 (dossier OAI, pièce 265). c) amélioration et suppression de la rente entière (novembre 2009) Malgré tout et compte tenu des circonstances, il a été décidé de soumettre la recourante à une expertise rhumatologique dans le courant de l'année suivante. Celle-ci fut confiée au Dr E._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans un rapport d'expertise daté du 17 juin 2009 (dossier OAI, pièce 280), il a posé les diagnostics suivants : « Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. Status après capsulite rétractile bilatérale. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : Rachialgies chroniques. Gonalgies droites » (p. 7, dossier OAI, pièce 274).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 Il est notamment revenu sur l'évolution de l'atteinte aux épaules à partir de la fin de l'année 2004, en amélioration progressive par la suite: « L'évolution va se révéler lentement favorable, l'assurée développant dès novembre 2004 une altération douloureuse de la mobilité de son épaule gauche dans un contexte là aussi de capsulite rétractile. Grace à la poursuite des mesures conservatrices au long cours, les symptômes des deux épaules vont progressivement s'améliorer, l'assurée gardant toutefois une altération douloureuse de la mobilité, algies prédominant du côté droit, douleurs fluctuantes en fonction des périodes restées stationnaires jusqu'au jour de l'expertise. L'assurée rapporte que lorsque les douleurs d'épaules s'exacerbent, elles se prolongent d'une douleur allant à la nuque sur un trajet musculaire, s'associant des céphalées ceci dans un contexte migraineux connu depuis l'enfance » (expertise E._____, p. 7, dossier OAI, pièce 274). A côté de cela, les examens réalisés se sont avérés dans l'ensemble rassurants, notamment pour ce qui concerne le haut du dos et le genou gauche: « L'examen clinique actuel se relève relativement rassurant pour ce qui est du rachis, il n'y a pas de limitation fonctionnelle objectivable tant de la nuque que du tronc. On retrouve à la palpation segmentaire des douleurs diffuses et mal systématisées des vertèbres cervico-dorso-lombaires et des masses musculaires s'y rattachant sans contracture musculaire notoire correspondante. (...) L'examen du genou gauche est normal sans limitation fonctionnelle objectivable ni épanchement ou trouble tendino-musculaire. Il n'y a pas de signe irritatif, les réflexes ostéotendineux sont vifs et symétriques, il n'y a pas de trouble de la sensibilité ni de la force » (expertise E._____, p. 8, dossier OAI, pièce 273). La mobilité des épaules a en revanche été plus difficile à évaluer, en raison des mouvements d'opposition de la recourante : « Au-delà des épaules, il n'y a pas de limitations fonctionnelles objectivables des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ou de synovite. A rapporter que l'examen des épaules se révèle difficile d'appréciation compte tenu de nombreux signes de surcharges fonctionnels venant parasiter le status sous la forme d'une exagération de la réponse verbale, d'une projection non-anatomique de la douleur, de mouvements de contrepulsions et d'oppositions actives, amplitudes articulaires modifiée en fonction de son degré d'attention. (...) Le testing de la coiffe des rotateurs reste lui aussi difficile d'interprétation en raison de pseudo-lâchages antalgiques mais permet toutefois d'écartier une rupture franche » (expertise E._____, p. 8, dossier OAI, pièce 273). Au final, rien n'expliquait, d'un point de vue médical, l'importance des plaintes de la recourante : « Au-delà d'une séquelle de capsulite retractile bilatérale bien réelle mais entraînant somme toute une limitation fonctionnelle modeste, force et de constater que ni l'examen clinique ni les radiographies ne

permettent d'expliquer la globalité des symptômes dont souffre l'assurée, leurs localisations, leurs intensités et leurs retentissements sur son fonctionnement actuel. L'expert n'a pas d'explication organique quant à la globalité des douleurs alléguées par l'assurée » (expertise E. _____, p. 8, dossier OAI, pièce 273). L'expert estimait tout de même que la capacité de travail de cette dernière était diminuée de moitié dans son ancien métier de sommelière, vu la sollicitation des membres supérieurs dans ce type d'activité : « Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée est de 50% dans une activité professionnelle de sommelière, ceci en tenant compte de sa diminution de rendement même si cette activité n'est pas forcément indiquée au vue de l'examen clinique actuel, étant à craindre que cette activité, qui n'épargne pas les travaux impliquant les membres supérieurs soit pour le service soit pour porter des charges, n'exacerbe les douleurs » (expertise E. _____, p. 8, dossier OAI, pièce 273).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 Il la jugeait en revanche presque totale dans une activité légère adaptée : « Sur la durée, une activité professionnelle légère, excluant les ports de charges au-delà de 10kg, les mouvements répétitifs et prolongés impliquant les membres supérieurs principalement au-dessus de l'horizontal paraît plus adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Dans ce type d'activité, la capacité de travail serait de 90%, ceci en tenant compte de la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le haut du corps et les membres supérieurs ou la prise éventuelle de pauses supplémentaires liées aux douleurs » (expertise E. _____, p. 9, dossier OAI, pièce 272). Attestée ainsi par un expert, l'amélioration significative de l'état de santé fut alors prise en compte par l'OAI, qui décida le 18 novembre 2009 de supprimer la rente entière de son assurée (dossier OAI, pièce 319). Compte tenu du revenu auquel elle pouvait prétendre dans une activité légère adaptée à 90%, revenu sur lequel était encore opérée une réduction de 15% pour cause de désavantage salarial, son taux d'invalidité ne se montait en effet plus qu'à 7%. d) octroi de la rente puis d'une demi-rente (juillet 2013) Peu de temps après la suppression de la rente, l'assuré a déposé une nouvelle demande en 2010, alléguant que son état de santé s'était aggravé d'un point de vue psychique. Elle était soignée depuis le mois de mars 2010 par les psychiatres du Centre psycho-social de Fribourg pour une dépression et souffrait en outre d'hallucinations : « Elle nous a été adressée en mars 2010 par son médecin traitant en raison d'un état anxio-dépressif, d'hallucinations auditives nocturnes avec des insomnies sévères. Malgré l'introduction d'un traitement antidépresseur et neuroleptique son état est resté inchangé, raison pour laquelle Mme a été hospitalisée en mai 2010 au Centre de soins hospitaliers - site de Marsens » (rapport du 2 février 2011 du Dr F. _____ et de la Dresse G. _____, dossier OAI, pièce 350). Elle fut en effet hospitalisée au mois de mai 2010, se disant alors en proie à des hallucinations, mais n'apparaissant toutefois pas particulièrement désorientée ni incohérente : « La patiente se présente dans une tenue hygiéno-vestimentaire correcte. La patiente est consciente, calme, collaborante et orientée dans les quatre modes. Nous ne notons pas de troubles cognitifs manifestes. L'attention et la concentration sont dans les normes. La patiente s'exprime de façon compréhensive en français avec un accent Le discours est cohérent, discrètement logorrhéique. Le contenu de la pensée met en évidence des hallucinations de plusieurs types (cénesthésiques, olfactives, auditives et visuelles) que la patiente décrit depuis 5 ans. Par ailleurs, la patiente fait part de ruminations concernant son avenir et celui de ses enfants (qui aimeraient repartir). Pas de trouble du Moi. Le patient se dit angoissé. L'humeur est euthymique. Le comportement de la patiente est adéquat Le patient dit avoir des troubles du sommeil avec réveil nocturne. De plus, la patiente mentionne une envie de défenestration

dont elle dit avoir pris de la distance actuellement et se dit prête à être aidée » (rapport du 26 juillet 2010 du Dr H. _____, dossier OAI, pièce 376). Le traitement fut dans ces conditions rapidement efficace : « Le changement de traitement réalisé, la participation à différentes activités thérapeutiques ont permis toutefois une bonne évolution et Mme avait demandé sa sortie presque du jour au lendemain, sans mentionner l'existence d'une manifestation quelconque, dépressive ou psychotique. Elle envisageait même l'idée d'un travail à temps partiel dans un petit tea-room, sans pour autant construire un projet concret » (rapport précité).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 Au début de l'année 2011, elle présentait encore quelques traits d'anxiété: « On note des manifestations anxieuses (tremblements des mains, respiration accélérée) quand la patiente évoque ses préoccupations concernant son avenir. Il n'y a pas de signes florides de la lignée psychotique lors de l'entretien » (rapport du 2 février 2011 du Dr F. _____, dossier OAI, pièce 350). Elle dut alors se soumettre à une expertise psychiatrique. Celle-ci fut confiée au Dr I. _____, spécialiste FMH. Dans un rapport du 23 juin 2011 (dossier OAI, pièce 407), il a posé les diagnostics suivants : « Etat dépressif majeur, de gravité légère à moyenne. Eventuellement traits schizoïdes prémorbides. Pathologie somatique. Difficultés psychosociales, économiques » (17, dossier OAI, pièce 391). Il a d'emblée fait remarquer qu'aucun rapport n'avait jusqu'en 2010 mentionné la présence de troubles psychiques chez la recourante: « Dans les différents rapports médicaux la concernant, y compris ceux émanant des stages CEPAI à Marly, il n'est jamais mentionné de psychopathologie psychiatrique floride ou tout au moins frappant les différents intervenants du dossier médical. D'ailleurs, ceux-ci n'ont jamais allégué de problèmes psychologiques pour justifier une diminution de sa capacité de travail. Il a néanmoins été mis en évidence une certaine réticence de Madame face à une éventuelle reconversion professionnelle, qui s'était manifestée par des baisses de rendement non explicables par les éléments médicaux objectifs lors de son stage au CEPAI » (expertise I. _____, p. 18, dossier OAI, pièce 390). L'expert a néanmoins retenu qu'elle était bien atteinte d'un état dépressif de gravité légère à moyenne. Une amélioration lente et favorable avait néanmoins été observée dès le mois de mai 2011, en dépit toutefois d'une anxiété qui demeurait, liée à sa situation sociale : « D'un point de vue psychopathologique, lorsque nous l'examinons, Madame présente une symptomatologie psychique en faveur d'un état dépressif de gravité légère à moyenne, qui semble caractérisée ici par une hypersomnie, une forte irritabilité, un manque de motivation et d'initiative. Celle-ci ne confine néanmoins pas à l'apragmatisme, ou à l'aboulie marquée. Cette appréciation est confirmée dans le rapport du 23.05.2011 à notre intention des Dr F. _____ et G. _____, qui parlent d'une évolution lentement favorable, avec diminution de la tristesse et des pleurs, des idées suicidaires, avec amélioration du sommeil et une nette diminution des hallucinations auditives nocturnes. Il est toujours noté la persistance d'une symptomatologie anxieuse liée à ses préoccupations concernant son avenir, suite à une situation sociale et économique difficiles » (expertise I. _____, p. 19, dossier OAI, pièce 389). Selon lui, la présence d'hallucinations ne seraient pas prouvée et il ne serait pas non plus établi qu'elles soient de nature à limiter la capacité de travail : « Le diagnostic de "psychose hallucinatoire chronique" depuis 2004, évoqué dans le rapport des Dr F. _____ et G. _____, du 02.02.2010, paraît surtout être une hypothèse. Rétrospectivement, il est difficile d'attester des hallucinations auditives lege artis depuis 2004. En tout cas si celles-ci étaient présentes, ce qui reste à démontrer, elles n'ont pas véritablement interféré avec sa capacité de travail, partant ses relations sociales, ainsi que dans le contact avec ses différents médecins, ainsi

que la réalisation du stage CEPAI réalisé en 2008 » (expertise I. _____, p. 19, dossier OAI, pièce 389). Les symptômes psychotiques auraient en outre été traités efficacement : « Actuellement, il existe des hallucinations qui paraissent plutôt être du type hypnagogique avec des fausses

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 reconnaissances, ou pseudo-hallucinations, lorsqu'elle doit dormir. A contrario, les symptômes psychotiques paraissent avoir répondu favorablement au traitement introduit et globalement ne devraient pas avoir d'incidence majeure sur sa capacité de travail » (expertise I. _____, p. 20, dossier OAI, pièce 388). A côté de cela, l'expert suggère en fait que c'est la décision de suppression de rente qui serait en partie à l'origine des problèmes de la recourante: « S'agissant de sa personnalité, il est difficile de se prononcer. Il existe éventuellement des traits schizoïdes prémorbides. On peut néanmoins évoquer ici une évolution assez régressive, chez une femme de 56 ans, très inquiète pour son avenir personnel. Rétrospectivement, il paraît tout à fait concevable que, des suites de la décision de l'assurance-invalidité de supprimer définitivement sa rente en avril 2009, cette symptomatologie dépressive a pu être relativement sévère, comme le mentionnent les Dr F. _____ et G. _____, justifiant alors une incapacité de travail complète du 08.03.2010 » (expertise I. _____, p. 20, dossier OAI, pièce 388). Quoiqu'il en soit, il a admis qu'elle avait bien été en incapacité de travail totale du 8 mars 2010 au 31 avril 2011, alors même qu'elle était relativement sévèrement dépressive, mais que sa capacité de travail n'était plus limitée que de moitié à partir du 1er mai 2011 : « Nous pouvons considérer que l'incapacité de travail peut être jugée comme totale du 08.03.2010 au 31.04.2011. Dès le 01.05.2011, elle doit être considérée à 50 % » (expertise I. _____, p. 22, dossier OAI, pièce 386). Il précise s'être fondé en cela fondé sur un rapport des Dr F. _____ et G. _____. Ceux-ci indiquaient en effet que l'état de santé de leur patiente s'était amélioré avec la mise en route d'un nouveau traitement: « Depuis la mise en route d'un traitement antidépresseur et neuroleptique, l'évolution est lentement favorable. On note une diminution de la tristesse avec des pleurs, la disparition des idées suicidaires, une amélioration du sommeil et une nette diminution des hallucinations auditives nocturnes. Par contre, une symptomatologie anxieuse reste toujours présente liée à ses préoccupations concernant son avenir suite à sa situation sociale difficile. Ces derniers temps, elle se plaint d'angoisses liées à la maladie de sa mère qui habite en Indonésie et du fait qu'elle n'a aucune possibilité d'aller la voir » (rapport du 23 mai 2011, dossier OAI, pièce 469). Cela étant, au printemps 2012, leur collègue du Centre psycho-social, le Dr J. _____, indiquait qu'elle souffrait toujours d'hallucinations : « Durant l'évolution de sa symptomatologie dans le cadre d'une psychose hallucinatoire chronique, Mme présente toujours des automatismes sensoriels et sensitifs avec des hallucinations, surtout auditives, riches et chroniques, à prédominance nocturne, où elle entend des voix dans différentes pièces de son appartement, y compris dans l'ascenseur et dans la cave. On relève également des hallucinations corporelles, d'ordre maléfique, où elle ressent des atouchements sur son corps par d'autres personnes, en plein milieu de la nuit. La symptomatologie psychotique induit chez elle des troubles anxieux et dépressifs avec une tendance régulière à vérifier les serrures de sa porte, à vérifier s'il y a d'autres personnes chez elle ou sortir carrément de son appartement pour soulager ses angoisses et ses souffrances. Malgré une médication antipsychotique, adaptée pour lutter contre ces hallucinations, la patiente n'a malheureusement pas bien répondu au traitement, et peut-être même, être amenée à vivre avec ces hallucinations » (rapport du 23 avril 2012, dossier OAI, pièce 467).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 Il semblait dès lors s'opposer à la diminution de la rente entière: « Ceci dit, un projet de demi-rente ne nous semble pas réaliste, car nous pensons clairement qu'elle n'est pas apte à travailler, même à 50% » (rapport précité). Les décisions querellées, rendues le 30 juillet 2013, vont finalement dans le sens de l'expert et allouent à la recourante une rente entière, puis une seule demi-rente à partir du 1er août 2011. C'est la diminution de la rente entière en une demi-rente qui est essentiellement ici contestée. e) validité de l'expertise psychiatrique aa) Sur la forme, la recourante déplore le fait qu'il n'y ait pas eu de traducteur durant l'expertise. Ce premier argument formel ne saurait manifestement être suivi. D'une part, aucune réelle difficulté de communication n'a été signalée par l'expert : « Durant l'entretien, Madame se montre courtoise, collaborante. Elle répond de manière claire et précise aux questions qui lui sont adressées. Elle ne maîtrise néanmoins qu'un langage assez simple, avec un vocabulaire limité » (expertise I. _____, p. 14, dossier OAI, pièce 394). Cela se comprend si l'on considère que la recourante, née en Indonésie, est arrivée à Fribourg en 1989, voici donc presque vingt-cinq ans, et qu'elle avait auparavant encore vécu durant presque dix ans en Polynésie française. D'autre part, pas un des psychiatres qui l'on suivie n'a allégué avoir eu des difficultés à communiquer avec elle. Elle ne s'est du reste jamais plainte du fait que ceux-ci, dont les conclusions allaient certes plus ou moins dans son sens, l'aient soignée sans recourir à un traducteur. bb) Sur le fond, la recourante n'est pas d'accord avec les conclusions de l'expert. Or, celles-ci sont claires et détaillées et ne font au final que confirmer une amélioration de l'état de santé constatée par les propres psychiatres traitants à partir du mois de mai 2011. Cette amélioration va dans le sens de la guérison très rapide en cours d'hospitalisation. La présence aujourd'hui encore d'hallucinations est dans ces conditions difficilement vérifiable et il n'est à tout le moins pas établi que celles-ci (entendre des voix la nuit dans l'ascenseur ou la cave) puissent avoir un véritable impact sur la capacité de travail. A cela s'ajoute le fait, comme l'a relevé l'expert, qu'aucun signe d'aucune atteinte psychique n'avait été rapporté ou signalé avant la suppression de sa rente entière et qu'il est ainsi vraisemblable que cette suppression fût à l'origine d'une partie au moins de l'aggravation de son état de santé au début de l'année 2010. Une décision négative ne saurait toutefois constituer une atteinte à la santé au sens de la loi, mais au contraire un facteur extérieur à celle-ci, dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre. Il en existe par ailleurs d'autres en l'espèce. f) facteurs extérieurs à l'atteinte à la santé

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 La recourante ne semblait, déjà lors du stage en 2008, pas véritablement disposée à retrouver un emploi, du moins si l'on tient compte des confidences du responsable à l'OAI: « En aparté, M. nous fait part de ses observations. L'assurée a déjà vécu, selon lui, difficilement le fait qu'elle doive travailler à plein temps. Dès lors, lorsqu'il lui a mis un peu plus de pression par rapport à son rendement et au respect des règles de l'atelier, elle s'est fâchée et s'est bloquée. M. pense que la motivation de Mme pour reprendre une activité est partielle » (rapport intermédiaire sur la réadaptation professionnelle du 12 août 2008, dossier OAI, pièce 242). Les soucis liés à ses difficultés personnelles et financières peuvent également jouer un rôle sur son état de santé psychique. A cet égard, on précisera que, divorcée deux fois, au bénéfice de seules expériences plus ou moins longues dans le service en milieu de la restauration, elle se trouvait au chômage depuis 2003 lorsqu'elle a bénéficié pour la première fois d'une rente : « Elle se marie une première fois en 1971 pour divorcer en 1985, 3 enfants étant issus de cette union, nés en 1972, 1973 et 1977. Elle se remarie une deuxième fois en 1986 pour divorcer en 1992. Elle va travailler dans la restauration comme sommelière dès 1990, à taux partiel, au fixe et aussi

comme extra, ressortant du rapport d'entretien initial avec le conseiller de la réadaptation professionnelle du 20 novembre 2007, une période de chômage entre février 2001 et janvier 2003 avec des gains intermédiaires comme sommelière au restaurant dès le 5 septembre 2001, entre avril et août 2002, sommelière au restaurant dès le 6 novembre 2002 et des mesures actives dans la restauration entre 2002 et 2003. Lors de son atteinte à la santé de décembre 2003, l'assuré était au chômage » (expertise E. _____, p. 4, dossier OAI, pièce 277). Tout cela laisse augurer un très important déconditionnement, déjà constaté en 2008. Ses médecins traitants ont par ailleurs laissé entrevoir une importante composante psycho-sociale: « Autres diagnostics. Difficultés liées à l'emploi et au chômage. Solitude. Durant l'hospitalisation, à part une symptomatologie psychiatrique, on a mis en évidence que la patiente vit une situation sociale assez difficile. La perte de la rente AI avait engendré des conséquences néfastes au niveau financier, familial et social. Mme vit seule et pour ne pas demander d'argent à ses enfants, elle ne sort plus comme avant avec ses amies, elle est isolée, le futur l'angoisse car elle ne se voit pas reprendre un travail prochainement, et la perspective de vieillir dans la solitude lui fait peur. Etant donné la chronicité des symptômes d'origine psychotique et du contexte d'une situation sociale très difficile, le pronostic de son état est réservé » (rapport du 2 février 2011 du Centre psycho-social de Fribourg, dossier OAI, pièce 350). Lors du séjour à l'Hôpital psychiatrique de Marsens, les symptômes psychiatriques s'effaçaient même devant cette réalité sociale et surtout, comme le relèvera plus tard l'expert, devant la perte de la rente d'invalidité : « Notons par ailleurs que l'existence de ses symptômes est difficile à évaluer en l'absence complète de toute autre manifestation psychotique chez une patiente qui vit une situation sociale assez difficile. La perte de la rente AI avait engendré des conséquences néfastes au niveau financier, familial et social. Mme vit seule et, pour ne pas demander de l'argent à ses enfants, elle ne sort plus comme avant avec ses amis. Isolée, le futur l'angoisse, car elle ne se voit pas reprendre un travail prochainement et la perspective de vieillir dans la solitude ne la réjouit pas. Notons que nous avons essayé à plusieurs reprises d'inviter les enfants de Madame pour un entretien, ce qui ne s'était pas montré possible » (rapport du 26 juillet 2010 du Dr H. _____, dossier OAI, pièce 376).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 Sa situation financière est également très précaire: « Madame émarge actuellement aux Services sociaux. Depuis plus de 12 ans, elle aurait accumulé des dettes pour environ 50'000.- frs pour diverses factures et assurances impayées. Madame est titulaire d'un permis de conduire. Elle a subi un retrait de permis suite à un accident par perte de maîtrise de son véhicule, en avril 2010. Elle n'a de toute façon plus les moyens de faire réparer sa voiture, nous déclare-t-elle » (expertise I. _____, p. 11, dossier OAI, pièce 407). Dans ces conditions, toute motivation semble compromise : « En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Si elle en a la motivation, mais il semble aussi exister de nombreux éléments qui sortent du champ médical pour expliquer la revendication d'un status de malade » (expertise I. _____, p. 23, dossier OAI, pièce 385).

E. 5

Il découle de tout ce qui précède que les éléments expliquant que la recourante ne serait à l'avenir plus du tout capable de travailler sortent manifestement du champ médical. Déjà lorsque l'OAI avait hésité à supprimer la rente entière en 2008, certains de ces éléments étaient présents. Si l'on se réfère uniquement aux rapports médicaux, et notamment à ceux émanant de ses propres médecins traitants, que cela soit à l'époque le Dr B. _____ ou

plus récemment les spécialistes du centre psycho-social, il apparaît que la recourante conserve à tout le moins une capacité de travail de moitié dans une activité légère adaptée et qu'elle ne devrait ainsi plus avoir droit, pour l'avenir, qu'à une seule demi-rente. Le choix de l'activité encore exigible ne contrevient ni aux prescriptions faites au regard de l'atteinte physique, au demeurant en rémission et dont il n'est pas allégué qu'elle se soit aggravée, ni au regard de l'atteinte psychique. Aucun document médical figurant au dossier ne vient infirmer ce constat et il n'est dès lors pas utile de renvoyer l'assurée devant de nouveaux experts. Il s'agit au contraire de relever que la demi-rente octroyée est une rente à caractère fortement social dans le cas précis de la recourante, qui ne travaillait déjà plus depuis avant même la survenance de ses problèmes de santé en été 2003. La responsabilité de l'AI ne saurait dans ces conditions être pleinement engagée vis-à-vis d'elle. Il découle de tout ce qui précède que les deux décisions sont fondées, y compris en ce qui a trait à la fixation du taux d'invalidité, lequel ne saurait être remis en cause, même avec un abattement salarial de 15% du revenu d'invalidité. Au demeurant, l'abattement de 10% retenu n'apparaît pas comme insoutenable au regard de la seule atteinte objectivement constatée et du contexte dans lequel se trouve la recourante, probablement déjà influencé par des facteurs extra-médicaux dont l'assurance-invalidité ne saurait, même indirectement, tenir compte. Quoi qu'il en soit, comme l'a démontré l'OAI dans ses écritures, un nouveau taux d'invalidité ne modifierait pas le droit à la demi-rente. Partant, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16

E. 6

Des frais de justice de 800 francs sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés, vu l'octroi de l'assistance judiciaire partielle. Il n'est enfin versé aucune indemnité de partie. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté et les décisions querellées sont confirmées. II. Les causes 605 13 125 et 605 13 126, devenues sans objet, sont rayées du rôle. III. Des frais de justice d'un montant de 800 francs sont mis à la charge de la recourante. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés, celle-ci agissant sous couvert de l'assistance judiciaire partielle. IV. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. V.

Communication. 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 25 février 2015/mbo Présidente Greffier-rapporteur

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