

FR_GERICHTE 605 2015 147 vom 9. Januar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-01-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_147

FR: FR_GERICHTE 605 2015 147 du 9 janvier 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2015 147 del 9 gennaio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 30

juillet et 11 août 2015 respectivement des Drs G._____ et H._____. Elle réitère au demeurant ses conclusions. Dans ses observations du 15 mars 2016, l'OAI conclut au rejet du recours. L'autorité intimée soutient que l'art. 26 RAI ne saurait trouver application en l'occurrence, dans la mesure où le fonctionnement intellectuel limité est sans influence sur la capacité de travail. Elle se fonde en outre sur le rapport d'expertise et ses compléments du Dr F._____, lesquels auraient à son avis une pleine valeur probante. Enfin, elle estime qu'un abattement supplémentaire du revenu d'invalidité ne se justifie pas, les limitations de l'assurée ayant suffisamment été prises en compte dans l'appréciation médicale de sa capacité de travail. D. Dans ses contre-observations du 9 juin 2016, la recourante reproche à l'autorité intimée de ne pas avoir examiné ses capacités mentales à satisfaction et requiert qu'un tel examen soit ordonné à tout le moins au titre d'instruction complémentaire. L'autorité intimée, par écriture du 14 juillet 2016, estime que les rapports médicaux nouvellement produits par la recourante ne sont pas de nature à remettre en cause l'expertise du Dr F._____. Elle soutient que l'art. 26 RAI ne s'applique pas au cas d'espèce, attendu que les capacités mentales de la recourante n'étaient pas invalidantes avant ses 18 ans. L'OAI confirme dès lors implicitement ses conclusions. E. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments de ces dernières, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 2. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences

d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPG; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). c) La dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268). On ajoutera que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêts TF 8C_356/2012 du 11 février 2013 consid. 3; 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2; sur l'ensemble de la question, cf. arrêt TF I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les références citées). d) Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé

(ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). 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 LPGA) 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 (art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 3. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail 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 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (arrêts TF 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174; 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement réalisé au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). A ce titre, il convient en général de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé après la survenance de l'atteinte à la santé, le Tribunal fédéral admet pour le calcul de l'invalidité le recours aux données statistiques suisses telles qu'elles ressortent de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 b) L'art. 26 RAI est un cas particulier d'application de la méthode générale de la comparaison des revenus et permet de déterminer le revenu sans invalidité des assurés qui n'ont pas de formation professionnelle à cause de leur invalidité. Selon l'al. 1 de la norme d'exécution, lorsque la personne assurée n'a pas pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'elle pourrait obtenir si elle n'était pas invalide correspond en pour-cent, selon son âge, aux fractions mentionnées par la disposition de la médiane, actualisée chaque année, telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires. Aux termes de l'art. 26 al. 2 RAI, lorsque l'assuré a été empêché par son invalidité d'achever sa formation professionnelle, le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide est le revenu moyen d'un travailleur de la profession à laquelle il se préparait. L'art. 26 al. 2 RAI énonce une unique exception par rapport à la règle de l'al. 1, exception qui ne peut être réalisée que si l'invalidité qui a empêché l'assuré d'achever sa formation professionnelle est identique à celle qui l'a empêché d'acquérir des connaissances professionnelles suffisantes (arrêt TF I 358/85 du 16 mai 1986 consid. 3c). 4. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux

d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2). b) 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 suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. arrêt du TF I 511/03 du 13 septembre 2004 consid. 2; ATF 125 V 417 consid. 2d et les références citées). Dans un tel cas, pour déterminer si un changement important s'est effectivement produit, il convient de comparer l'état de fait au moment de l'octroi ou du début de la rente avec celui existant au moment de la réduction ou la suppression de celle-ci (ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A l'inverse, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles

il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). 6. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assurée, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la décision du 24 juillet 2006, dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente (premier refus de rente), avec son état de santé au moment de la décision portée céans (second refus de rente), ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. a) premier refus de rente (2006)

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 Par décision du 24 juillet 2006, confirmée par arrêt du Tribunal cantonal du 27 août 2008, l'autorité intimée a rejeté la demande de rente d'invalidité déposée par l'assurée. Elle a en effet considéré que celle-ci pouvait exercer son activité habituelle à 70%. L'autorité intimée s'est alors essentiellement fondée sur la documentation médicale suivante : - Le rapport d'expertise psychiatrique du 29 juillet 2005 du Dr E. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur, en rémission partielle, épisode isolé, d'intensité actuelle mineure (F32.4), de dépendance alcoolique (F10.2), de trouble panique (probable) avec agoraphobie (F40.1), de personnalité borderline (F60.31), de traits évitants et obsessionnels-compulsifs et de fonctionnement intellectuel limite (R41.8) (probable). S'agissant de la capacité de travail, il a estimé que « la capacité de travail actuellement exigible est d'au moins 70% dans une activité adaptée à condition que l'assurée bénéficie de mesures professionnelles. En raison de l'agoraphobie de l'assurée, une activité favorisant un travail à l'extérieur est recommandée, telle qu'une activité de jardinage. L'assurée se montre également très motivée pour un travail de nettoyage de bureaux ou d'écoles, à condition que les bâtiments présentent des fenêtres. Une activité de vendeuse n'est pas indiquée, malgré le diplôme d'employée de magasin, compte tenu de l'agoraphobie, des traits évitants et de l'irritabilité. L'activité de livraison n'est pas souhaitable en raison de la dépendance alcoolique. Les limitations fonctionnelles n'ayant pas permis à cette assurée d'accéder à un emploi jusqu'à présent, des mesures de placement s'avèrent donc nécessaires. Compte tenu des traits évitants et de la limitation intellectuelle présentés par l'expertisée, ces mesures

sont indispensables » (dossier AI pce p. 86 à 105). - Le complément d'expertise du 2 juin 2006 du Dr E. _____, qui a maintenu les diagnostics précédemment posés. Il a toutefois noté une aggravation de l'atteinte de la personnalité qui devient de plus en plus décompensée, ainsi que l'apparition de traits paranoïaques qui entravent le contact avec autrui et une aggravation de la problématique alcoolique. Il a considéré que son fonctionnement intellectuel constituait également une limitation mais dans une moindre mesure pour la reprise d'un travail dans une activité adaptée. Il a, nonobstant l'aggravation constatée, conclu à une capacité de travail inchangée par rapport à celle retenue dans son rapport d'expertise de juillet 2005 (dossier AI pce p. 145 à 171). b) second refus de rente (2015) L'assurée a déposé une nouvelle demande le 22 juillet 2011. L'OAI est alors formellement entré en matière sur la nouvelle demande et a instruit le dossier plus avant. Pour fonder sa décision de refus du 8 juin 2015, l'office s'est fondé sur les pièces médicales suivantes : - Le courrier du 18 août 2006 de la Dresse I. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a souligné que la situation clinique de sa patiente s'était péjorée. Elle a fait état d'un syndrome dépressif réactionnel, avec augmentation de la consommation d'alcool, qui reste irrégulière, mais qui est prise dans le but d'un soulagement (dossier AI pce p. 199 à 201). - Le certificat d'incapacité de travail totale du 4 avril 2007 du Dr J. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale (dossier AI pce p. 336). - La prise de position du 12/13 octobre 2011 du Dr K. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, qui a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (dossier AI pce p. 1077 et 1088).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 - Le certificat d'incapacité de travail partielle (50% depuis le 3 janvier 2011) du 22 décembre 2010 de la Dresse I. _____ (dossier AI pce p. 1037). - Les rapports médicaux des 9 septembre et 6 octobre 2011 de la Dresse I. _____, qui a derechef fait état d'une aggravation de la situation médicale de sa patiente et conclu à une capacité de travail résiduelle de 30 à 40% (dossier AI pce p. 1061 s. et 1076). - Le rapport médical du 18 novembre 2011 du Dr H. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, qui a essentiellement diagnostiqué un trouble anxio-dépressif (diagnostic à préciser lors d'une expertise psychiatrique) et une suspicion d'oligophrénie (un QI à 60 anamnestiquement) (dossier AI pce p. 1098 à 1104). - Le rapport du 29 novembre 2011 de la Dresse I. _____, qui a souligné que la situation clinique de sa patiente s'était à nouveau péjorée et repris sa dernière appréciation relative à la capacité de travail résiduelle de sa patiente (dossier AI pce p. 1106 et 1108 s.). - Le rapport d'expertise psychiatrique du 10 mai 2012 (dans sa version corrigée par lettres des 28 février et 5 juillet 2013) du Dr F. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu, comme diagnostics avec conséquences sur la capacité de travail, un fonctionnement intellectuel entre faible à limite (QI verbal 90; QI des performances 69; QI total 73) une personnalité de type état limite inférieur et, comme diagnostics sans conséquences sur la capacité de travail, une agoraphobie (phobie sociale) et un abus d'alcool. L'expert a exclu un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère. A son sens, l'assurée présente un trouble de la personnalité de type état limite inférieur sur fond d'immaturité, associé à des mécanismes de défense particulièrement archaïques qui ont pris une importance croissante qui est amplifiée par les problèmes d'intelligence. Le psychiatre dit rejoindre l'appréciation médicale de la Dresse I. _____ et a ainsi conclu à l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 50% dès le 18 août 2006 et de 30% dès le 12 décembre 2008. Il a encore précisé que « la différence d'appréciation avec l'expertise du Dr E. _____ tient en grande partie à l'absence de véritable analyse du fonctionnement de personnalité de [l'assurée],

d'une prise en compte de l'aspect de la dimension historique - on peut noter que [l'assurée] a une "histoire pleine d'histoires" - car il est habituellement plus facile de repérer les traces que ce dysfonctionnement laisse dans la biographie du sujet que d'en percevoir des symptômes à l'observation clinique, surtout lorsqu'il s'agit d'une investigation unique à visée assécurologique ». Finalement, il a suggéré une réévaluation de la situation clinique de l'assurée dans les 12 mois, afin de déterminer si sa capacité de travail peut être augmentée (dossier AI pces p. 1123 à 1155, 1165, 1179 à 1188; cf. également p. 1110 s., 1114 s. et 1117 s.). - Les prises de position des 15 mai 2012 et 10 septembre 2013 du Dr L. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, qui a requis un complément d'expertise s'agissant de l'évolution de la capacité de travail de l'assurée (dossier AI pces p. 1189 s. et 1157 s.). - Le complément d'expertise du 15 mai 2014 du Dr F. _____, qui a retenu, comme diagnostics avec conséquences sur la capacité de travail, une personnalité état limite inférieur et une intelligence limite et, comme diagnostics sans conséquences sur la capacité de travail, un abus d'alcool, une dysthymie et une éventuelle légère agoraphobie ou phobie sociale. Il a considéré que la situation médicale semblait bien stabilisée et que l'addiction n'entraînait pas d'altération psycho-organique ou autre, qu'elle n'avait pas valeur d'atteinte incapacitante en tant que telle. Il a souligné que l'évolution avait été favorable depuis le dernier examen, caractérisée par le peu de

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 consultations psychiatriques et l'absence de traitement antidépresseur ou stabilisateur de l'humeur. Il a ainsi attesté d'une certaine maturation de la personnalité : « Il y a moins d'impulsivité, les conduites abandonniques sont moins marquées, les recours aux abus d'alcool tout autant. Elle est moins projective et caractérielle dans sa façon de se "relationner" à son environnement ». L'expert a, en conclusion, retenu que « l'assurée présente une personnalité de type état limite inférieur, en voie de maturation, par le cours naturel des choses et l'expérience de la vie, puisque la psychothérapie est toujours aussi peu soutenue. En tant que tel, on ne comprend pas bien ce qui depuis le 1er janvier 2014 pourrait l'empêcher de réaliser une activité simple, de manutentionnaire, ou autre, dans une usine ou un magasin, si elle en avait la possibilité. Il s'agit dans cette situation, plus d'un cas qui devient maintenant social plutôt que strictement médical ». Il a derechef retenu une capacité de travail de 50% dès le 18 août 2006, de 30% dès le 12 décembre 2008. Il a toutefois estimé qu'à compter du 1er janvier 2014, l'assurée présentait une capacité de travail entière, avec toutefois une diminution de rendement de 30%, dans une activité simple, adaptée à ses compétences et à sa motivation, évitant de préférence un contact avec la clientèle et lui permettant une certaine autonomie. A son sens, l'activité habituelle reste exigible, à condition qu'elle respecte les limitations mentionnées (dossier AI pce p. 1202 à 1217). - La prise de position du 11 août 2014 du Dr L. _____, du SMR, qui a estimé que seul le diagnostic de personnalité limite (F60.31) pouvait avoir une influence sur la capacité de travail de l'assurée, l'addiction à l'alcool en particulier n'en ayant aucune. Il a fait siennes les dernières conclusions du Dr F. _____ (dossier AI pce p. 1229 s.). - Le rapport médical du 3 septembre 2014 du Dr M. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne et intensive, qui a indiqué que l'EEG réalisé n'avait pas révélé de foyer épileptogène. Il a considéré que l'assurée avait, en date du 26 juillet 2014, fait une crise convulsive sur probable sevrage éthylique avec consommation éthylique à risque (dossier AI pce p. 1236 à 1238). - Le complément d'expertise du 30 avril 2015 du Dr F. _____, qui a précisé qu'il n'avait pas relevé de diagnostic de claustro-agoraphobie et que « le dysfonctionnement relationnel, professionnel et affectif n'est plus au premier plan. Autrement dit, il s'agit d'une personnalité "décompensée" [...]

L'expert a estimé qu'il y avait maintenant une certaine maturation qui allait de pair avec un meilleur fonctionnement en général, dans son rapport avec elle-même et avec autrui. Relevons que [l'assurée] n'a plus eu de grosse décompensation, autrement dit de troubles psychiques incapacitants manifestes depuis le 10.5.2012 ». L'expert confirme dès lors expressément l'absence de comorbidité psychiatrique et une maturation de la personnalité et réitère ses conclusions (dossier AI pce p. 1268 à 1270). - La prise de position du 26 mai 2015 du Dr L. _____, du SMR, qui a retenu que « le niveau d'intelligence [était] à considérer comme sans effet sur la capacité de travail en vertu des chiffres restant dans la norme inférieure étant entendu que l'incapacité de travail était principalement motivée par la personnalité décompensée. Par ailleurs, son niveau d'intelligence inférieure n'a pas empêché l'assurée de travailler normalement avant l'épisode de décompensation » (dossier AI pce p. 1271). Par écriture ampliative du 9 juin 2016, la recourante a versé au dossier deux nouveaux rapports médicaux : - Le rapport médical du 30 juillet 2015 du Dr G. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a estimé que sa patiente était actuellement totalement incapable de

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 travailler, une réévaluation de son aptitude devant être effectuée à sa sortie de N. _____ où elle sera admise dès le 21 septembre suivant (dossier AI pce p. 1291 s.). - Le rapport médical du 11 août 2015 du Dr H. _____, qui a estimé que l'assurée disposait d'une capacité de travail résiduelle de moins de 50% dans son activité habituelle. Il a précisé que l'oligophrénie vraisemblablement présentée par sa patiente en sus des troubles psychiatriques diagnostiqués rendait une activité professionnelle difficile. L'interniste a précisé que l'exigibilité d'une activité professionnelle devait être évaluée (dossier AI pce p. 1293 s.). c) En l'espèce, le Dr F. _____ a, dans son rapport d'expertise psychiatrique du 10 mai 2012 et ses compléments d'expertise des 15 mai 2014 et 30 avril 2015, conclu à une capacité de travail résiduelle de 50% dès le 18 août 2006, de 30% dès le 12 décembre 2008 (aggravation par rapport au premier refus de rente), puis à une capacité de travail entière, avec toutefois une diminution de rendement de 30%, à compter du 1er janvier 2014 (amélioration par rapport à 2008). En ce qui concerne l'aggravation par rapport au premier refus de rente – qui n'a pas été prise en considération par l'autorité intimée –, si le Dr F. _____ a exposé avoir procédé à une appréciation différente de celle du Dr E. _____, il a néanmoins explicitement souligné que certains troubles et mécanismes avaient pris une importance croissante. La diminution de capacité de travail résiduelle de la recourante au 18 août 2006 (à 50%) et au 12 décembre 2008 (à 30%) correspond par ailleurs aux conclusions de la Dresse I. _____, psychiatre traitante de l'assurée (cf. également ses rapports des 18 août 2006, 9 septembre et 6 octobre 2011 et 29 novembre 2011), ainsi que l'a souligné le Dr F. _____. Elle est en outre corroborée par le certificat d'incapacité de travail totale du 4 avril 2007 du Dr J. _____. Il sied de noter au surplus qu'une aggravation avait déjà été relevée par le Dr E. _____ dans son complément d'expertise du 2 juin 2006. Ainsi, la situation médicale n'était pas stabilisée en 2006 et était susceptible d'évoluer entre les expertises des Drs E. _____ et F. _____, les deux experts ne s'étant selon toute vraisemblance pas fondés sur un état de fait identique pour rendre leur appréciation médicale réciproque. Aussi convient-il de retenir qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée a bien eu lieu en 2006 respectivement 2008. d) En ce qui concerne l'amélioration de l'état de santé de l'assurée retenue au 1er janvier 2014 – qui est contestée par la recourante –, il convient de souligner que le Dr F. _____ a explicitement constaté que l'évolution avait été favorable depuis le dernier examen, caractérisée par le peu de

consultations psychiatriques et l'absence de traitement antidépresseur ou stabilisateur de l'humeur. Il a ainsi attesté d'une maturation de la personnalité, en soulignant la diminution de son impulsivité, des conduites abandonniques et des abus d'alcool. L'expert a d'ailleurs expressément exposé que l'assurée ne présentait plus de troubles psychiques incapacitants depuis mai 2012. Contrairement à ce qu'avance la recourante, il ne s'agit en rien d'un brusque changement d'avis non fondé : plus de deux ans se sont écoulés entre les examens effectués par l'expert et l'évolution favorable avait été pronostiquée par l'expert psychiatre, dans la mesure où dans son rapport d'expertise psychiatrique du 10 mai 2012 il a suggéré une réévaluation de la situation clinique de l'assurée dans les 12 mois afin de déterminer si sa capacité de travail peut être augmentée; c'est en ce sens que le Dr L. _____, du SMR, a requis un complément d'expertise.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 Au demeurant, en précisant que la situation était désormais plus sociale que médicale, il a fortement souligné la prise d'importance des facteurs extra-médicaux qui ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Pour le reste, il sied de noter que la dépendance ne constitue pas en soi une invalidité et que l'intelligence limitée a été largement prise en compte dans les 30% de diminution de rendement retenus par l'expert (le QI étant légèrement inférieur à 75; cf. à cet égard l'arrêt TF I642/04 du 6 décembre 2005 consid. 3.2); son niveau d'intelligence inférieure n'a d'ailleurs pas empêché l'assurée d'accomplir une formation complète et d'obtenir un diplôme. L'état de santé de la recourante s'est donc bien amélioré au 1er janvier 2014. Formellement, les rapports de l'expert psychiatre se fondent sur des examens complets et ont été établis en pleine connaissance du dossier, après que l'expert ait à réitérées reprises personnellement reçu et examiné la recourante. Ils prennent également en considération les plaintes exprimées et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude spécialement fouillée. De plus, l'appréciation médicale retenue est claire et univoque et les conclusions des experts sont dûment motivées. Aussi lesdits rapports satisfont-ils entièrement aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans fait siennes les conclusions médicales du Dr F. _____. e) Les preuves figurant au dossier, constituées essentiellement de pièces médicales, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise complémentaire, ainsi que l'a sollicité à titre subsidiaire la recourante. La recourante n'a pas fait valoir que son état de santé se serait aggravé entre le 12 mars 2014, dernier examen effectué par le Dr F. _____ ayant débouché sur le complément d'expertise du 15 mai 2014, et le 8 juin 2015, date de la décision attaquée. Aussi, si dans leurs rapports médicaux respectifs des 30 juillet 2015 et 11 août 2015 les Drs H. _____ et G. _____ devaient avoir fait état d'une aggravation de la situation clinique de l'assurée – ce qui ne ressort pas explicitement du texte des rapports en question –, ladite aggravation ne pourrait selon toute vraisemblance être considérée comme durable (plus de trois mois, art. 88a al. 2 RAI) que postérieurement à la décision attaquée. Dans un tel cas de figure, il appartiendrait à la recourante de déposer une demande de révision auprès de l'assurance-invalidité. f) Il sied donc de retenir, avec l'expert psychiatre, que la recourante a présenté une capacité résiduelle de travail de 30% dès le 1er janvier 2012 (l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a fait valoir son droit aux prestations, le 22 juillet 2011, conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA s'appliquant également en cas de dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations, cf. supra 3). A compter du 1er avril 2014 (1er janvier 2014 + trois mois, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI s'appliquant

également en cas d'octroi d'une rente limitée dans le temps), elle présente une capacité de travail entière, avec toutefois une diminution de rendement de 30%, dans une activité simple, adaptée à ses compétences et à sa motivation, évitant de préférence un contact avec la clientèle et lui permettant une certaine autonomie.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 7. Le taux d'invalidité résultant de cette incapacité de travail doit encore être déterminé. a) A titre liminaire, il sied de noter que la recourante est au bénéfice d'une formation professionnelle complète, à savoir d'un diplôme d'employée de magasin. Par ailleurs, il ressort des diverses expertises produites au dossier que le fonctionnement intellectuel limité n'a en soi qu'une faible influence sur la capacité de travail de l'assurée (son QI n'étant que légèrement inférieur à 75) et ne génère qu'une éventuelle diminution de rendement (cf. le complément d'expertise du 15 mai 2014 du Dr F. _____, p. 14); il apparaît dès lors exclu de considérer qu'elle était dans sa jeune enfance et durant la période scolaire déjà, gravement atteinte dans sa santé physique et psychique (cf. SVR 2002 IV n° 25 77). Le cas présent relève ainsi de la règle générale de l'art. 16 LPGA et non de l'art. 26 RAI, contrairement à l'opinion de la recourante. b) aa) Sans atteinte à la santé, l'assurée exercerait l'activité de vendeuse dans le commerce de détail. Selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires, 2010, (TA1, commerce de détail, 47, femmes, niveau 4), le salaire mensuel brut s'élève à CHF 4'164.- pour ce genre d'activité. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,8 heures; La Vie économique, B 9.2, Autres activités de service), ce montant doit être porté à CHF 4'351.40, ce qui correspond à un revenu annuel de CHF 52'216.55. Indexé à 2012 (année déterminante pour la période durant laquelle l'état de santé de l'assurée s'est aggravé; + 1% + 1%; cf. évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels de l'Office fédéral de la statistique [OFS], T39, salaires nominaux, femmes) et à 2014 (année déterminante pour la période partant de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée; + 1% + 1% + 0.7% + 1%; ibid.) on obtient des revenus sans invalidité respectivement de CHF 53'266.10 et de CHF 54'175.35. bb) Le revenu d'invalidité est déterminé comme suit : selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires, 2010 (TA1, salaires totaux, femmes, niveau 4), le salaire mensuel brut s'élève à CHF 4'225.- pour le genre d'activité exigible de la recourante. Adapté à la moyenne usuelle des horaires de travail dans les entreprises en 2010 (41,6 heures; La Vie économique, B 9.2, total), ce montant doit être porté à CHF 4'394.-, ce qui correspond à un revenu annuel de CHF 52'728.-. Indexé à 2012 (+ 1% + 1%; cf. évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels de l'OFS, T39, salaires nominaux, femmes) et à 2014 (+ 1% + 1% + 0.7% + 1%; ibid.) on obtient des revenus d'invalidité respectivement de CHF 53'787.85 et de CHF 54'706.-. Pour la période durant laquelle l'état de santé de l'assurée s'est aggravé (2012), il sied d'opérer une déduction de 70% (l'assurée présentait une capacité résiduelle de travail de 30%), puis un abattement supplémentaire de 10% au titre de désavantage social (eu égard à l'ensemble des circonstances, notamment de la difficulté de trouver un tel emploi) : Pour la période s'étendant du 1er janvier 2012 au 31 mars 2014, le revenu d'invalidité est ainsi porté à CHF 14'522.70. Pour la période partant de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée (2014), il convient d'effectuer une réduction de 30% (l'assurée présentant une diminution de rendement éventuelle de 30%). Aucun abattement supplémentaire ne doit être opéré eu égard aux circonstances du cas d'espèce, ainsi que l'a retenu l'autorité intimée, qui dispose en cette matière d'un large pouvoir d'appréciation

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 (cf. arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2012). Les limitations fonctionnelles retenues par les médecins sollicités permettent en effet à l'assurée d'exercer un grand nombre d'activités simples dont celle pour laquelle elle est formée, la reprise d'une activité professionnelle étant par ailleurs exigible au vu de l'âge de l'assurée (cf. arrêt TF 9C_259/2007 du 8 mai 2008). En outre, la diminution de rendement de 30% étant théorique et éventuelle (cf. le complément d'expertise du 15 mai 2014 du Dr F. _____, p. 14), il faut admettre qu'elle prend déjà en compte les limitations fonctionnelles considérées par l'expert : pour la période à compter du 1er avril 2014, le revenu d'invalidité est ainsi porté à CHF 38'294.20. c) De la comparaison des revenus, il résulte une invalidité de 73% du 1er janvier 2012 au

E. 31

mars 2014 et de 29% à compter du 1er avril 2014. 8. a) L'autorité intimée n'était donc pas fondée à nier à la recourante tout droit à une rente de l'assurance-invalidité, ainsi qu'elle l'a fait dans la décision querellée. Eu égard à ce qui précède, la recourante a droit à une rente entière du 1er janvier 2012 au 31 mars 2014, tout droit à une rente de l'assurance-invalidité lui étant nié à compter du 1er avril 2014. Il s'ensuit l'admission partielle du recours. b) Les frais de justice, fixés à 800 francs, doivent être répartis à raison de CHF 400.-, soit la moitié, à charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- à charge de la recourante. Ces derniers ne sont toutefois pas perçus, la recourante étant au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle gratuite. c) Ayant eu par là partiellement gain de cause, la recourante a droit à des dépens réduits. Conformément aux art. 137 ss du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et de l'art. 11 al. 1 et 2 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; 150.12), sur le vu de la liste de frais produite le 28 novembre 2016 par Me Zürcher, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle ce dernier a droit à CHF 822.90, à savoir 6 heures 20 minutes (la moitié des heures effectuées) à CHF 130.- de l'heure (arrêts TF 9C_415/2009 du 12 août 2009 consid. 5.4; 9C_688/2009 du 19 novembre 2009 consid. 5), plus CHF 64.- au titre de débours (les photocopies étant facturées à CHF 0.40), plus CHF 70.95 au titre de la TVA à 8%. Cette indemnité totale de CHF 957.85 est intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée au mandataire de la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis. La décision du 8 juin 2015 est réformée en ce sens que A. _____ a droit à une rente entière du 1er janvier 2012 au 31 mars 2014, tout droit à une rente de l'assurance-invalidité lui étant nié à compter du 1er avril 2014. II. Les frais de justice sont fixés à 800 francs, doivent être répartis à raison de CHF 400.- à charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- à charge de A. _____. Ces derniers ne sont toutefois pas perçus, A. _____ étant au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle gratuite. III. Il est alloué à A. _____ pour ses frais de défense une indemnité de CHF 822.90, plus un montant de CHF 64.- au titre de débours, plus CHF 70.95 au titre de la TVA à 8%, soit à un total de CHF 957.85. Elle est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg et est directement versée à Me Marc Zürcher. IV. 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 9 janvier 2017/yho Président Greffière

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 Tribunal cantonal Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg Courrier A Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg Rte du Mont-Carmel 5 Case postale 1762 Givisiez Service de la justice A l'att. de Lise-Marie Graden Cheffe de service Grand-Rue 27 Case postale 1623 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 CP 17-1443-9 www.fr.ch/tc tribunalcantonal@fr.ch — N/réf.: 605 2015 147/mfa (à mentionner dans toute correspondance svp) V/réf.: AVS: 000 Fribourg, le 23 janvier 2017 A. _____ / Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg Mesdames, Messieurs, Madame la Cheffe de service, Nous vous informons de l'existence d'une erreur de plume au chiffre III du dispositif de l'arrêt 605 2015 147 du 9 janvier 2017. En effet, l'indemnité de partie de CHF 957.85 doit être mise à la charge de l'autorité intimée, soit en l'occurrence l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. Ceci ressort clairement du chiffre 8 c de l'arrêt en question. Par la présente, nous corrigeons par conséquent le chiffre III du dispositif de la manière suivante : "Il est alloué à A. _____ pour ses frais de défense une indemnité de CHF 822.90, plus un montant de CHF 64.- au titre de débours, plus CHF 70.95 au titre de la TVA à 8%, soit à un total de CHF 957.85. Elle est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée et est directement versée à Me Marc Zürcher". Cette erreur étant manifeste, l'on ne procédera pas à nouvelle notification formelle de notre arrêt, à moins que l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg ne l'exige, dans un délai de cinq jours, dès réception de la présente. Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, Madame la Cheffe de service, l'expression de notre considération distinguée. Marc Boivin Président Copie Procap, à Bienne, pour information

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