

FR_GERICHTE 605 2017 53 vom 14. September 2017

FR Kantonsgericht, 2017-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_53

FR: FR_GERICHTE 605 2017 53 du 14 septembre 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2017 53 del 14 settembre 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 12

novembre 2010, elle y a encore effectué un stage aux ateliers professionnels. Par décision du 6 août 2014, confirmée sur opposition le 17 avril 2015, D. _____ a mis un terme au paiement de l'indemnité journalière au 31 août 2014, refusé tout droit à la rente d'invalidité et versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité sur la base d'un degré de 30%. Par arrêt du 20 septembre 2016 (605 2015 116), la Cour de céans a rejeté le recours interjeté contre cette décision, jugeant notamment que le taux d'invalidité n'excédait pas 9%. Cet arrêt n'a pas été contesté. C. Parallèlement à la procédure devant l'assureur-accidents, le 27 janvier 2009, l'assurée a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci- après: OAI) se plaignant de fractures multiples ainsi que de problèmes d'incontinence. Suite à un projet de décision contesté par l'assurée, l'OAI a mandaté le Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du Dr G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, afin qu'ils réalisent une expertise dans leurs spécialités. Dans leurs rapports datant du 1er septembre 2015 et du 9 juin 2016, les experts concluent en substance à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Par décision du 9 février 2017, reprenant le contenu d'un second projet du 22 juin 2016, l'OAI a considéré que son assurée n'avait pas droit à une rente en présence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Maxime Morard, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité et, subsidiairement, au reclassement dans une profession équivalente. A l'appui de son recours, elle se plaint du fait que l'OAI n'a pas pris en compte l'avis de ses médecins traitants, lesquels attestent d'une capacité de gain considérablement diminuée. Elle conteste en outre l'avis de l'expert en orthopédie qui ignore la persistance de ses douleurs et se fonde sur un dossier incomplet, une nouvelle imagerie demeurant nécessaire pour déterminer si

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 une ablation du matériel postérieur est nécessaire. Elle estime ensuite que l'expert-psychiatre n'établit pas de manière convaincante les types de troubles dont elle souffre. Elle met encore en cause la comparaison des revenus effectués, regrettant qu'aucun métier concret n'ait été envisagé. Enfin, rappelant n'être au bénéfice d'aucune formation professionnelle, elle soutient ne pas être en mesure de se réadapter dans une nouvelle formation et demande une aide au reclassement. Par mémoire séparé daté du même jour, la recourante demande en outre l'octroi de l'assistance judiciaire totale (ci-après: AJT) ainsi que la désignation de son mandataire en tant que défenseur d'office (605 2017

59) pour la procédure de recours précitée, la décision la mettant dans une situation économique pénible et les chances de succès ne faisant à son avis aucun doute. E. Dans ses observations du 21 août 2017, l'OAI propose le rejet du recours sans se prononcer sur la requête d'assistance judiciaire. Il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés ces dernières à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 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, dûment représentée, 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. 2. a) A teneur 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. Est réputé incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). 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 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). c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 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 un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011, consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5). d) D'après l'art. 8 al. 1 et 3 let. b de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), les assurés

invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; LPGA; RS 830.1) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Les mesures de réadaptation comprennent des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement). Conformément à l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement. Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RAI; RS 831.201). Selon la jurisprudence, une perte de gain durable ou prolongée, dans toute activité exigible ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire, est suffisante pour ouvrir un droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsqu'elle est de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références citées). Ce taux ne constitue pas une limite absolue. Selon les circonstances du cas particulier, une invalidité légèrement inférieure à 20% peut déjà ouvrir droit à une mesure de reclassement (arrêt TF I 665/99 du 18 octobre 2000). 3. 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). a) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par

l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 4. Est litigieuse la question de savoir si l'OAI était en droit de considérer que son assurée n'avait pas droit à une rente, ce qui dépend d'une appréciation médicale de son état de santé et de sa capacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 a) Dans sa décision contestée, l'OAI s'attache à l'avis des experts mandatés, le Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du Dr G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans rapport du 1er septembre 2015, au titre des diagnostics invalidants, le premier mentionne une "gonarthrose gauche avec lésions méniscales dégénératives interne et externe", un "status post maladie discale dégénérative L5/S1", une "discopathie sévère C5/C6 et C6/C7", un "status post spondylodèse L5/S1", un "status post rupture complète du ligament croisé gauche", un "status post spondylodèse avec instrumentation rigide postérieure L5/S1", un "status post implantation d'une prothèse totale de genou gauche" et une "gonarthrose interne droite débutante". En raison de ces troubles, l'ancienne activité n'est plus indiquée. Toutefois, selon lui, la capacité de travail est entière depuis le 6 mai 2008 dans une activité adaptée, citant les limitations suivantes: "la marche en terrain irrégulier, pentu ou glissant ainsi que le gravissement à titre professionnel d'escaliers est interdit. Le travail en positions agenouillée ou accroupie ainsi que sur des lieux élevés ou instable est interdit. Les limitations de classe 2 du rachis lombo sacré et du rachis cervical [dont le détail est présenté en fin d'expertise] sont retenues. Le travail érigé en situation monopodale est interdit, de même que l'utilisation de machines avec une commande au pied". L'expert précise qu'il s'agit, en substance, d'un "travail semi-sédentaire autorisant l'alternance des positions" (dossier OAI, p. 151). Pour sa part, dans son rapport du 9 juin 2016, le Dr G. _____ ne mentionne aucun diagnostic invalidant, faisant état d'une dysthymie (F34.1) et d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) sans incidence sur la capacité de travail. En l'absence de limitation fonctionnelle pour des motifs psychiques, il estime dès lors qu'il n'y a "pas d'incapacité de travail" mais que "les douleurs sont invoquées par l'assurée pour expliquer l'absence d'exercice d'activité professionnelle, de participation aux tâches ménagères et de loisir" (dossier OAI, p. 89). b) Dans son arrêt du 20 septembre 2016 (605 2015 116) rendu dans le cadre du contentieux relevant de l'assurance-accidents, la Cour de céans, qui s'était fait

produire le dossier complet de l'assurance-invalidité, avait eu l'occasion de se prononcer sur la valeur probante de ces deux rapports d'expertise. S'agissant de l'expertise en orthopédie, elle avait ainsi relevé que "pour rédiger ce rapport, le Dr F._____ s'est d'abord basé sur le dossier de l'assurance-invalidité dont il a résumé une grande quantité de pièces – médicales ou non – mettant notamment en exergue les diagnostics, les limitations et la relevance par rapport à la problématique psychique. Il s'est aussi fondé sur un entretien avec l'assurée ainsi que le dossier d'imagerie médical qu'elle a produit. Lors de l'entretien, l'assurée a pu indiquer ses plaintes lesquelles ont été retranscrites dans leur intégralité. L'expert a aussi procédé à un examen de l'assurée sur le plan de l'appareil locomoteur, précisant quand avaient éventuellement émises des plaintes. Ce n'est qu'ensuite que les questions médicales sont discutées. Force est de constater que le rapport se base sur des examens complets, l'expert ayant une connaissance poussée des aspects objectifs et subjectifs du dossier. Pour leur part, ses conclusions et observations sont indiquées de manière motivée et détaillée. A cet égard, on peut relever que l'expert souligne sans ambiguïté l'existence d'une tendance à l'exagération ainsi que des contradictions entre comportement et plaintes. Cette expertise, d'excellente facture, possède une entière force probante" (arrêt précité consid. 6b). Quant à l'expertise psychiatrique, la Cour avait retenu que "l'avis de l'expert psychiatre se fonde sur le dossier assécurologique – il a par ce biais une connaissance complète de l'anamnèse et de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 la situation médicale – ainsi que sur un entretien du 7 juin 2016. Lors de cet entretien de 2h30, l'assurée a été en mesure de présenter librement ses plaintes, en particulier les troubles qui l'affectent. L'expert discute, de manière distincte et argumentée, non seulement des diagnostics figurant dans le dossier médical, mais également de certains diagnostics qui n'y sont pas mentionnés. Il indique les raisons de leur sélection ou de leur exclusion, se fondant notamment sur ses propres observations, les déclarations de l'assurée ou son historique (social, professionnel, familial). Enfin, l'expert examine la question de la capacité de travail également en relation avec les critères mentionnés dans l'ATF 141 V 281, relevant notamment la présence de ressources bien supérieures à celles alléguées. L'expertise est particulièrement bien structurée, détaillée et argumentée. Elle revêt une valeur probante pleine et entière" (arrêt précité consid. 11b). Ces considérants, non contestés par la recourante à l'époque, peuvent être repris dans le cadre de la présente procédure. Dès lors qu'ils sont en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, les rapports d'expertise des Drs F._____ et G._____ ont pleine valeur probante. L'autorité intimée était en droit de se baser sur ces analyses. c) Aux avis des experts, la recourante oppose ceux du Dr H._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du Dr I._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon elle, ces deux médecins, qui la suivent hebdomadairement depuis de nombreuses années et seuls à même de suivre l'évolution de son état de santé, attestent que "seule une capacité de gain diminuée peut être retenue". Dans son arrêt du 20 septembre 2016, la Cour de céans n'avait déjà pas été convaincue par les avis de ces deux médecins. Elle avait ainsi relevé que "l'avis du Dr H._____ n'est pas exempt de contradictions, ainsi que le relève le Dr J._____ [spécialiste FMH en anesthésiologie] dans un avis du 27 février 2015. Ainsi, il souligne de manière convaincante que le chirurgien a revu l'exigibilité à la baisse alors même qu'aucune justification ne pouvait être tirée de ses rapports, tant implicitement ou qu'explicitement (dossier OAI, pièce 848). C'est par ailleurs cette contradiction qui a motivé l'OAI à diligenter une expertise auprès du Dr F._____ " (arrêt précité consid. 12c). Quant au Dr I._____, la

Cour avait précisé qu'il fallait "tenir compte du fait qu'en tant que médecin traitant de l'assurée, le psychiatre est susceptible de présenter un avis favorable à son patient (cf. ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc). En outre, son avis est écarté de manière convaincante par l'expert. Celui-ci remarque que tous les symptômes ne sont pas réunis, ce que confirme d'autres pièces du dossier telles qu'un rapport d'observation du 28 février 2013 ou les déclarations de l'assurée" (arrêt précité consid. 11c). Enfin, la lecture des rapports médicaux des Drs H._____ et I._____ montre que les médecins fondent en grande partie l'évaluation de la symptomatologie – et le diagnostic qui en découle – sur les dires de leur patiente, notamment sur des douleurs, son manque d'entrain et son sentiment d'inutilité. Or, la Cour avait retenu que "la capacité de travail de la recourante semble influencée par des facteurs extra-médicaux. Mis à part l'aspect démonstratif des plaintes, on peut encore citer son âge, sa faible motivation à reprendre un travail, ses connaissances linguistiques et sa scolarité limitée" (arrêt précité consid. 12d). On le rappelle, ces facteurs ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 Ces considérants peuvent être repris dans le cadre de la présente procédure. Les avis médicaux des Drs H._____ et I._____ ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des experts. d) Au demeurant, on peut relever que d'autres membres du corps médical partagent l'avis des Drs F._____ et G._____, ainsi qu'il avait été relevé par la Cour dans son arrêt du 20 septembre 2016. Le Dr K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre conseil, lequel fait ainsi état des diagnostics de dysthymie (F34.1) et de majoration des symptômes (F68.0). Selon lui, ces troubles n'ont pas d'influence sur la capacité de travail (rapport du 27 février 2014, dossier OAI, p. 365). De même, le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, médecin d'arrondissement de D._____, diagnostique un "status après accident de travail" avec notamment pour conséquence "une fracture du bassin au niveau S2/S3, une incontinence urinaire post traumatique, contusion du genou [gauche] avec rupture partielle des ménisques interne et externe + du LCA qui seront suturée, et installation d'une arthrose au niveau du genou [gauche]". Il estime que la capacité de travail est nulle dans l'ancienne activité. Par contre, il la considère comme entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée. Selon le médecin, cette activité doit permettre une alternance des positions, avec possibilité de se dégourdir les jambes, limiter le port de charge supérieures à 20 kg. Elle doit aussi ne pas imposer certains types de déplacements (échelles, échafaudages, terrain irrégulier, pente, escaliers), de s'accroupir ou de s'agenouiller, ainsi que des positions de contraintes (rapports des 6 novembre 2013 et 14 avril 2015, dossier OAI, p. et 495). Tous ces éléments confirment les conclusions des Drs F._____ et G._____. 5. Partant, la Cour retient que la capacité de travail de la recourante est entière, sans perte de rendement, dans une activité adaptée, soit, en substance, un travail semi-sédentaire autorisant l'alternance des positions. a) Dans la décision litigieuse, le revenu de valide a été fixé à CHF 50'050.-. Selon les considérants, ce montant a été fixé en référence au salaire déclaré par l'employeur pour l'année 2008, soit CHF 43'511.30 (cf. dossier OAI, p. 905). Toutefois, il appert que ce montant, bien que non contesté en l'espèce, n'est pas favorable à la recourante. En effet, les montants de CHF 49'205.30 et CHF 49.464.80 mentionnés pour les années 2006 et 2007 sont bien supérieurs à celui retenu pour l'année 2008 (dossier OAI, p. 905). Les revenus mensuels de la recourante ont en effet baissé suite à son accident en mai 2008, passant de CHF 3'850.- à CHF 3'080.-. Partant, la Cour retient que le revenu de valide doit être fondé sur le revenu de CHF 49'464.80 perçu en 2007 et non celui de CHF 43'511.30 perçu en 2008. Compte tenu

de l'inflation (OFS, tableau T39), cela correspondrait à un montant de CHF 53'873.50 en 2015 (dernier indice disponible). C'est ce dernier montant qui doit être retenu comme salaire de valide.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 Mais cela n'aura toutefois aucune incidence sur le sort du litige, comme on va le voir. b) L'autorité intimée a déterminé le salaire d'invalidé sur la base du salaire moyen du secteur privés selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2012 (ci-après: ESS). Dans son mémoire de recours, la recourante conteste cette manière de faire et demande que son revenu d'invalidé soit déterminé sur la base d'un revenu in concreto dans une activité de substitution précise. Sur ce point, on peut préciser que, selon le prescrit de la loi (art. 16 LPGA) et la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le salaire d'invalidé est fixé sur la base de ce qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle sur un marché du travail équilibré, ceci dans le droit sens, d'une part, de l'obligation qui lui est faite de diminuer son dommage et afin d'éviter, d'autre part, que ne soient pris en compte, dans le calcul du taux d'invalidité, des facteurs économiques étrangers à l'atteinte à sa santé. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (ATF 110 V 276 consid. 4b; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 332; cf. ATF 130 V 346 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5 et les arrêts cités). En outre, comme déjà précisé dans l'arrêt du 20 septembre 2016, "dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités existant sur le marché du travail, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux aptitudes de la recourante, sans perte de rendement (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). Pour sa part, le choix du niveau de compétence 1 permet de tenir compte du fait que l'assurée ne possède pas de d'expérience. En effet, l'ESS différencie quatre niveaux de qualification et, en principe, le niveau 1 vise des personnes n'ayant pas de formation et est adapté à la situation d'espèce" (arrêt précité consid. 13b). Ainsi, c'est à juste titre que l'OAI s'est référé au salaire auquel peuvent prétendre des femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, lequel se monte à CHF 4'112.- (ESS 2012, TA1_skill_level, totaux, niveau de compétence 1, femmes; cf. arrêt TF 9C_632/2015 du 4 avril 2016 consid. 2.5.7). 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 2015 (41,6 heures, soit CHF 4'276.50) et compte tenu de l'indexation jusqu'à l'année 2015 (OFS, tableau T39) le montant statistique doit être porté à CHF 4'353.90, soit CHF 51'046.80 annuellement. Au moment de la décision sur opposition litigieuse, l'assurée était âgée de plus de 60 ans mais aucun autre facteur de réduction ne doit être appliqué ici. A cet égard, on doit rappeler que l'activité et le taux de travail exigible tiennent compte du handicap causé par ses troubles. Pour ces motifs, il convient d'opérer une réduction du salaire statistique à hauteur de 10% comme cela avait du reste été le cas en procédure d'assurance-accidents. Le revenu hypothétique d'invalidé est dès lors fixé à CHF 45'942.10.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 c) Compte tenu d'un salaire de valide de CHF 53'873.50 et d'un salaire d'invalidé de CHF 45'942.10, la perte de gain se monte à CHF 7'931.40. Cela correspond à un degré d'invalidité de 14.7%, soit 15%. Un degré d'invalidité inférieur à 40% est insuffisant pour obtenir une rente de l'assurance-invalidité. Bien

inférieur au taux de 20%, il ne donne également pas droit à des mesures de réadaptation. 6. Il convient finalement de statuer sur la requête d'assistance judiciaire totale (605 2017 59) déposée par la recourante dans le cadre de son recours (605 2017 53). a) Selon l'art. 61 LPGa la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal, tout en devant satisfaire aux exigences fédérales prévues exhaustivement aux lettres a à i. Lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant (art. 61 let. f 2e phr. LPGa). Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence ou à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après la jurisprudence, un procès est dénué de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre, et qu'elles ne peuvent donc guère être considérées comme sérieuses, de sorte qu'un plaideur raisonnable et de condition aisée renoncerait à s'y engager en raison des frais qu'il s'exposerait à devoir supporter; il ne l'est en revanche pas lorsque les perspectives de gain et les risques d'échec s'équilibrent à peu près, ou lorsque les premières sont seulement un peu plus faibles que les seconds. L'élément déterminant réside dans le fait que l'indigent ne doit pas se lancer, parce qu'il plaide aux frais de la collectivité, dans des démarches vaines qu'une personne raisonnable n'entreprendrait pas si, disposant de moyens suffisants, elle devait les financer de ses propres deniers. La situation doit être appréciée à la date du dépôt de la requête, en principe avant l'exécution des mesures probatoires et sur la base d'un examen sommaire (ATF 133 III 614 consid. 5 et les références citées). D'après l'art. 143 al. 1 et 2 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). De jurisprudence constante, excepté pour certains cas très particuliers dans lesquels des démarches procédurales doivent encore être entreprises, la pratique consistant à statuer sur l'assistance judiciaire en même temps que sur le fond est généralement admise (arrêts TF 8C_911/2011 du 4 juillet 2012 consid. 6.1; 2D_3/2011 du 20 avril 2011 consid. 2.4; 9C_463/2009 du 8 juillet 2009 consid. 3.3.2 et 3.3.3; 4P.300/2005 du 15 décembre 2005 consid. 3.1).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 b) Il convient dans un premier temps d'établir les chances de succès du recours déposé, ce qui justifie d'examiner les griefs présentés par la recourante à l'appui de ses conclusions. En l'occurrence, l'ensemble des griefs de la recourante avaient d'ores et déjà été examinés et tranchés par la Cour de céans dans son arrêt du 20 septembre 2016. La recourante était alors représentée par le même mandataire professionnel. A cette occasion, la Cour de céans avait en particulier eu l'occasion de se prononcer sur la valeur probante de rapports d'expertise des Drs F. _____ et G. _____ et en avait expressément relevé la qualité. La Cour avait également écarté l'avis des Drs H. _____ et I. _____ dont la recourante se prévaut aujourd'hui. Enfin, elle avait pu préciser que, l'ESS comprenant un large éventail d'activités existant sur le marché du travail, le salaire d'invalide devait être déterminé sur la base salaire moyen du secteur privé, ce qui exclut un métier concret. On le rappelle, cet arrêt n'a pas été contesté et est entré en

force. Or, au moment du dépôt du présent recours le 17 mars 2017, cet arrêt datait de moins de six mois. Entre la demande de production du dossier du 6 juillet 2016 et la décision ici contestée du 9 février 2017 (dossier OAI, p. 59 à 78), aucune nouvelle pièce médicale n'a été déposée dans le dossier de l'assurance-invalidité. Postérieurement à la décision litigieuse, notamment à l'appui de son mémoire de recours, l'assurée n'a en outre produit aucun nouveau document, par exemple un rapport médical, quoi aurait permis d'évaluer son état de santé sous un nouvel angle. En résumé, lorsqu'elle a statué par arrêt du 20 septembre 2016, la Cour de céans avait les mêmes pièces médicales à disposition que dans le cadre de la présente procédure. Dans ces circonstances, force est de constater que la recourante soutenait une thèse clairement mal fondée, de sorte qu'un plaideur raisonnable aurait renoncé à s'y engager. Le recours était d'emblée dénué de toute chance de succès, cela quand bien même le revenu de valide, non contesté, pouvait certes être remis en cause: en effet, la comparaison de deux revenus plus ou moins équivalents (à quelque milliers de francs près) n'allait manifestement pas entraîner un taux d'invalidité sensiblement supérieur à celui qui avait été retenu à l'issue de la procédure d'assurance-accidents (15% au lieu de 9% précédemment retenus par la Cour, soit bien en deçà des 40% minimalement requis en assurance-invalidité). Il se justifie ainsi de rejeter la requête d'assistance judiciaire. Dès lors que la condition des chances de succès du recours n'est pas remplie, la question de l'indigence peut rester ouverte. 7. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours (605 2017 53) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2017 59) est rejetée. Les frais de justice dans la procédure sont fixés à CHF 800.-. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête: I. Le recours (605 2017 53) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2017 59) est rejetée. III. Les frais de procédure (605 2017 53) sont fixés à CHF 800.-. IV. Il n'est pas octroyé de dépens. 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 14 septembre 2017/pte Président Greffier

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