

FR_GERICHTE 608 2015 1 vom 9. Mai 2017

FR Kantonsgericht, 2017-05-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_1

FR: FR_GERICHTE 608 2015 1 du 9 mai 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2015 1 del 9 maggio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 6

janvier 2010 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), invoquant connaître une incapacité de travail depuis septembre 2009 et mentionnant au titre de son atteinte à la santé une anxiété, des oublis et de la désorientation. Sur la base notamment d'une enquête économique sur le ménage du 22 février 2011 (cf. dos. OAI 53; ci-après: enquête 2011) et du rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse B. _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, du 15 novembre 2011 (cf. dos. OAI 90; ci-après: expertise 2011), l'OAI l'a, le 16 avril 2013, mise au bénéfice de trois-quarts de rente (taux d'invalidité 64.80% calculé selon la méthode spécifique) à partir du 1er juillet 2010. B. Le 14 juin 2013, l'assurée demanda d'être mise au bénéfice d'une allocation pour impotent (dos. OAI 187), essentiellement pour une aide indirecte nécessaire depuis janvier 2011. Au cours de l'instruction, le droit à la rente AI fut examiné également. Le 24 février 2014, une enquête économique sur le ménage (dos. OAI 216; ci-après: enquête 2014) et une instruction relative à une allocation pour impotent (dos. OAI 211; ci-après: enquête allocation pour impotent 2014) furent effectuées. Le 12 septembre 2014, le Dr C. _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, rendit son rapport d'expertise (dos. OAI 255; ci-après: expertise 2014). Après un projet du 17 septembre 2014, l'OAI refusa, par décision du 5 novembre 2014, l'octroi d'une allocation pour impotent. Cela ne fut pas contesté par l'assurée. Le 13 octobre 2014, l'office indiqua projeter la suppression de la rente invalidité. Des objections furent faites par l'assurée, des pièces médicales déposées. Le 17 novembre 2014, l'OAI supprima la rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, considérant notamment que les empêchements au ménage mentionnés par l'enquêteur à domicile relèvent de la seule situation de stress socio-culturel et ne sont donc pas couverts par l'AI. C. Contre cette décision l'assurée recourut, sous suite de frais et dépens, le 5 janvier 2015, concluant, principalement, à ce que ses droits aux prestations de l'assurance-invalidité soient constatés; subsidiairement, au renvoi du dossier à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, rien ne motive la suppression de sa rente, son état de santé ne s'étant en tout cas pas amélioré, bien au contraire; l'administration confond impotence, non objet de la présente procédure, et invalidité; elle n'a procédé à l'égard de cette dernière qu'à une appréciation différente d'une situation identique; le recours à l'emploi de la méthode spécifique est (implicitement) remis en cause: elle doit être déclarée invalide à 100%, n'ayant aucune capacité de travail résiduelle; enfin, un défaut d'instruction existe relativement à un problème de surdité, d'où la conclusion tendant à un complément

d'instruction. Le 10 février 2015, sa requête d'assistance judiciaire gratuite partielle est admise. Dans ses observations du 7 juillet 2015, l'OAI propose le rejet du recours. En résumé, au vu des circonstances, le recours à la méthode spécifique est justifié; l'expertise 2011 n'obéissait pas aux principes jurisprudentiels en matière de syndrome (ou état; ou trouble) de stress post-traumatique (ci-après: TSPT); il ne s'agit pas ici de démontrer une amélioration de l'état de santé, mais de reconsidérer le droit à la rente octroyé sur une base erronée; il n'y a pas de confusion entre

Tribunal cantonal TC Page 3 de 19

impotence et invalidité; il est avéré que les facteurs psychosociaux imprègnent l'anamnèse; vu le diagnostic retenu par les médecins, il devrait exister un autre trouble psychique spécifique, ce qui n'est pas le cas; l'assurée a suffisamment de ressources pour accomplir, aidée par ses proches, les tâches ménagères; quant à la surdité, elle peut présenter une demande de moyens auxiliaires. Le 25 février 2016, l'office, y invité par l'Instance de céans au vu de sa mention d'un TSPT, produit un complément de détermination relativement à la jurisprudence de l'ATF 141 V 281; pour lui, les enquêtes ménagères ne peuvent être suivies, faute d'être objectives; il maintient ses conclusions. La recourante maintient son argumentation et ses conclusions dans ses contre-observations du 28 juin 2016; même en ne prenant en compte que l'activité ménagère et non une lucrative, la rente devrait être maintenue au minimum. Les ultimes remarques de l'OAI interviennent le 6 octobre 2016. Le 3 avril 2017, le service social compétent se prononce sur le versement de son aide. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants de droit du présent arrêt.

en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

2. 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. 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 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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b) Selon la jurisprudence (cf. arrêt TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.1 et l'ATF 127 V 294 consid. 5a cité), les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi; pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé; plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y

Tribunal cantonal TC Page 4 de 19 a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant. L'autorité appliquant le droit ne devra pas purement et simplement ignorer de tels facteurs imprégnant le tableau clinique, mais examiner si l'appréciation médicale de la capacité de travail prend de surcroît en considération des aspects étrangers à l'invalidité (en particulier ces facteurs) qui ne sont pas déterminants pour le droit de l'invalidité; en effet, de tels facteurs, dans la mesure où ils influencent directement la symptomatologie, doivent être considérés comme non invalidants et non assurés; cela étant, s'ils contribuent purement au maintien, à la conservation de l'atteinte (autonome) à la santé ou à la péjoration de ses conséquences (indépendantes des éléments étrangers à l'invalidité existant), il conviendra de vérifier soigneusement dans le cadre de l'appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2 2ème phrase LPG, que l'évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de l'atteinte à la santé repose non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (cf. arrêts TF 9C_55/2016 précité consid. 4.2 in fine et les références; 8C_14/2017 du 15 mars 2017 consid. 5.3 et les références). c) Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et

d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

Tribunal cantonal TC Page 5 de 19 connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 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). d) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois quarts de rente; et de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). e) Les différents éléments rappelés ci-dessus valent pour les cas où, en dérogation à l'art. 16 LPGA, qui prévoit 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 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 (méthode ordinaire dite classique), l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels, soit selon la méthode dite spécifique d'évaluation du taux d'invalidité (cf. art. 28a al. 2 LAI). aa) Pour évaluer l'invalidité selon cette méthode spécifique, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'Office fédéral des assurances sociales (CIIAI; cf. n° 3079 ss). Cette enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93; arrêt TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Toutefois, en présence de troubles psychiques et en cas de divergence entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont en règle

Tribunal cantonal TC Page 6 de 19 générale plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt TF 9C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2). bb) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité d'effectuer ses tâches ménagères et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure convenable, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre d'eux, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (ATF 130 V 97 consid. 3.3; arrêt TF I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également MEYER- BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 1997, p. 222). f) 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Dès lors, il peut y avoir également un changement fondant une révision dans le cas où un diagnostic est certes demeuré le même, mais que l'affection s'est modifiée dans son intensité et son influence sur la capacité de travail (cf. arrêt TF 8C_339/2001 du 25 août 2015 consid. 3.1 et les références). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 387 consid. 1b). Déterminer si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment, respectivement, de la décision initiale de rente ou de la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4), d'une part, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse, d'autre part (cf. ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 126 V 75 consid. 1b; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Selon l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la

capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que

Tribunal cantonal TC Page 7 de 19 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. 1 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. g) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passée en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt TF 9C_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1; U 378/05 du 10 mai 2006 consid. 5.3). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 349 s. consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (par ex. consid. 4.5 de l'arrêt M. du 27 mars 2006, I 302/04, consid. 1.2 de l'arrêt B. du 23 février 2005, I 632/04). 3. La question litigieuse est de savoir si l'assurée peut (encore) se prévaloir d'une invalidité ouvrant le droit à une rente. a) La recourante conteste d'abord l'application de la méthode spécifique, considérant que c'est de celle ordinaire de comparaison des revenus dont il aurait fallu faire usage, et qu'au vu de sa situation financière et familiale, elle travaillerait, sans atteinte à la santé, à 100%. aa) Le choix de la méthode dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation doit aussi prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré, qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs établis au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. arrêt TF I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1; ATF 126 V 353 consid. 5b). Ce choix ne dépend pas du point de savoir si l'exercice de telle ou telle activité serait raisonnablement exigible, mais de la détermination de quelle activité exercerait l'assuré et à quel taux, dans des circonstances semblables, en l'absence d'atteinte à la santé. Est déterminant non pas le taux

d'activité qu'on pourrait raisonnablement exiger de l'assuré s'il était en bonne santé mais le taux hypothétique,

Tribunal cantonal TC Page 8 de 19 c'est-à-dire celui auquel il travaillerait sans atteinte à la santé mais dans des circonstances identiques. Pour des personnes mariées, la nature de l'activité exercée depuis le mariage sans la survenance de l'atteinte à la santé est essentielle; il faut évaluer si elles auraient voué l'essentiel de leur activité à leur ménage ou à une occupation lucrative compte tenu de leur situation. bb) L'assurée est née en 1961, dans une fratrie de 6 enfants (5 filles, toutes devenues femmes au foyer et ménagères, et un garçon, agriculteur désormais; cf. expertise 2014, p. 3); vivant avec sa famille, dans un milieu rural et simple (p. 15), elle a suivi 8 ans d'école primaire; elle n'a pas appris de formation – seul un "apprentissage" de 6 mois de couturière lui fut donné, "dont le but était plus d'apprendre à tenir un trousseau que d'acquérir une formation professionnelle" (expertise 2011, p. 7); après son mariage, en 1985, et son départ du domicile de sa famille, elle vécut avec des proches de son époux, lequel, saisonnier, partageait son temps entre la Suisse et le Kosovo; elle est la mère de 6 enfants (nés entre 1986 et 1998). Elle n'a jamais exercé une activité professionnelle lucrative, y compris après son arrivée en Suisse, aux Grisons, à 38 ans; sa seule expérience hors domicile fut le suivi de cours de français 2 heures par semaine durant les années scolaires 2002-2007, sans pouvoir assimiler une langue étrangère malgré sa participation très régulière (cf. attestation du 23 octobre 2014 du service social concerné, dos. OAI 274). L'époux, né en 1959, travailla en Suisse dès 1981; en juin 1998, il fut victime d'un accident de la circulation. En janvier 2004, l'OAI-GR a rejeté la demande de prestations déposée en octobre 1998 auprès de lui, au vu d'un degré d'invalidité de 33.33%. Taux retenu par l'assureur-accidents, qui lui octroie une rente en conséquence, mais qui ne fut pas augmenté après que l'assuré lui annonça, en mars 2006, une rechute. En mai 2008, l'OAI-FR lui a refusé l'octroi de prestations demandé en mai 2006. En février 2017, le Tribunal fédéral a rejeté son recours contre l'arrêt du Tribunal de céans de septembre 2016 dont il ressortait que son état de santé ne s'était pas péjoré du point de vue somatique depuis la décision de l'OAI-GR de 2004 et qu'il n'existait aucune incapacité de travail du point de vue psychique. Un soutien financier public du service social D. _____ de la famille de l'assurée débuta en 2002. S'agissant de la répartition des tâches et des rôles adoptée par le couple de l'assurée, il ressort du dossier que le soin des enfants et du ménage a été dévolu à l'assurée – qui ne s'est jamais occupée des finances (cf. enquête 2014, p. 4), que le mari ne s'implique aucunement dans les tâches ménagères, lesquelles sont désormais assumées par les enfants seuls (cf. notamment expertise 2014, p. 10 et 14; enquête 2014, p. 5; enquête allocation pour impotent 2014, p. 2). Ce partage des tâches a toujours existé et en particulier n'a pas été modifié bien que le mari allègue connaître une inactivité professionnelle totale depuis de nombreuses années, et en particulier pas après qu'a débuté, en 2002, le soutien de la famille par l'aide sociale. Même dans ces circonstances, l'assurée n'a pas eu ni cherché à avoir une activité lucrative, même très partielle, et ce alors qu'aucune incapacité de travail n'était alléguée et médicalement attestée pour elle avant février 2009 (cf. infra, "décompensation"). Depuis toujours, dès avant l'atteinte à la santé de l'assurée et sans aucune interruption, les époux apparaissent avoir convenu de ce mode de fonctionnement déterminé; l'assurée n'a jamais ni acquis une formation ni exercé une profession lucrative; l'entier de son activité a toujours été uniquement voué aux soins du ménage; ce qui s'est poursuivi avec la naissance des six enfants, dont elle assumait (seule) les soins et l'éducation. S'agissant d'un point où s'applique aussi le principe dit des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure", qui veut que, en présence de deux versions différentes et

contradictoires d'un fait, la préférence soit accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en

Tribunal cantonal TC Page 9 de 19 ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a), l'on relèvera aussi que l'assurée n'a jamais avant le présent recours soutenu que sans atteinte à la santé déterminante, qui intervint vers 2009 seulement (cf. infra), elle aurait exercé une activité lucrative professionnelle, et à plein temps, pour répondre en particulier à la situation familiale financière difficile. Elle ne le soutint d'ailleurs pas lors de la première procédure AI, terminée par une décision déterminant déjà son degré d'invalidité selon la seule méthode spécifique. Pour la Cour, dès lors, l'usage de la méthode spécifique et non de celle comparative ne souffre aucune critique et le recours, infondé, doit être rejeté sur ce point. Cela signifie notamment que l'argumentation de la recourante relative à l'invalidité qui résulterait d'une incapacité totale de travail est sans pertinence ici. Seule doit être examinée l'incapacité pour les travaux habituels. b) La recourante relève que le second expert a qualifié d'avancée sa surdité, mais que ce point n'a fait l'objet d'aucune instruction de l'OAI, alors que cela "doit toutefois jouer un rôle important quant aux éventuelles capacités que pourrait mettre en œuvre la recourante que cela soit dans une éventuelle activité lucrative ou ménagère"; un complément d'instruction s'imposerait dès lors, et elle conclut, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'office à cet effet. L'Instance de céans rappelle que si la procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA), ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Le juge peut en outre renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (voir ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1). Le second expert, dont la spécialité est la psychiatrie, s'est borné à relever (p. 7) comme "Remarque préliminaire" du "Résumé du dossier et historique médical" qu'il comporte "aussi une partie somatique (surdité avancée)", sans en faire nulle autre mention ni lier cette circonstance à un quelconque empêchement, y compris pour le déroulement de l'entretien. Manifestement, il se référait là aux rapports médicaux des 15 septembre, 3 et 8 novembre, et 9 décembre 1999 (dos. OAI 127 à 131), pièces mentionnant une otite moyenne chronique droite et un status après tympanoplastie et mastoïdectomie de novembre 1999, avec la précision que l'opération menée devait permettre une rapide diminution des plaintes et une amélioration de l'audition (par rapport à la surdité importante qui était combinée avec l'otite chronique D). Et de fait, rien n'indique que cette problématique représenta par la suite une atteinte déterminante; les enquêtes excluent la présence d'une problématique somatique; aucun médecin spécialiste ne s'est prononcé en ce sens. Même le médecin traitant, la Dresse E. _____, FMH médecine interne générale, qui suit l'assurée depuis 2005, ne retint jamais cela, ne soulignant que la seule atteinte psychique (cf. rapports du 12 juillet 2013,

dos. OAI 189; du 13 mai 2014, dos. OAI 202; du 30 mars 2010, dos. OAI 34; du 10 novembre 2014, dos. OAI 286, où rien n'est dit même quant à l'opération subie, selon l'enquête 2014, p. 1, à l'oreille droite sous mandant d'un spécialiste ORL,

Tribunal cantonal TC Page 10 de 19 en janvier 2014, suite à "une baisse d'ouïe", pour laquelle aucune pièce ne fut produite). Si l'assurée a indiqué lors de la seconde expertise (ultérieure à l'opération alléguée précitée), parmi d'autres plaintes somatiques (varices, mal au dentier, etc.), "des problèmes d'oreilles", elle ne s'est pas davantage étendue à cet égard, mais a précisé que son plus grand handicap était les oublis (p. 4). A aucun moment, elle n'a soutenu que cette problématique auditive constituait un empêchement, une gêne importante par rapport à la vie de tous les jours (regarder la télévision, s'entretenir avec les autres) et la conduite du ménage. Une demande d'appareillement auditif ne fut jamais faite. Suggérer en procédure de recours uniquement, sans plus le motiver ni l'établir, que cet élément devrait jouer un rôle important pour l'appréciation des possibilités d'activité (habituelle) contrevient en outre au devoir de collaboration. De ce qui précède résulte que le grief de la recourante d'instruction insuffisante est manifestement mal fondé; un renvoi à l'OAI pour complément d'instruction ne se justifie aucunement et serait en tout état de cause impropre à apporter quoi que ce soit pour l'appréciation de l'invalidité de l'assurée. La conclusion subsidiaire de la recourante en ce sens doit être rejetée. c) Dans ses observations (cf. point 2), l'OAI indique qu'après avoir ré-instruit la cause, il a reconsidéré sa décision d'octroi de rente de 2013, manifestement entachée d'erreurs; il ne s'agirait pas ici de démontrer une amélioration de l'état de santé, mais de reconsidérer ce droit à la rente. La décision d'octroi de rente de 2013 était en particulier fondée sur une expertise psychiatrique dans laquelle était diagnostiquée, avec effet sur la capacité de travail, mais aussi sur la tenue du ménage, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe F60.2 (recte: F62.0; ci-après: modification de la personnalité; diagnostic posé également par le psychiatre traitant, le Dr F. _____, FMH psychiatrie et psychologie; cf. notamment rapports du 18 mars 2010, dos. OAI 28; du 3 mars 2011, dos. OAI 57); sans effet sur cette capacité, une dysthymie F34.1. L'instance de céans ne dispose pas d'éléments médicaux propres à écarter ces diagnostics, que confirma d'ailleurs entièrement le second expert, ce qu'admet l'office (cf. observations, ch. 2 p. 8; le diagnostic "n'est pas contredit, mais [...] la traduction qu'elle [la première experte-psychiatre] en a fait en matière de "capacité résiduelle" a été remis[e] en cause"; les deux experts diffèrent dans leur conclusions d'un point de vue de médecine d'assurance). L'OAI fonde ses observations et sa reconsidération sur la présence d'un TSPT; cf. notamment ch. 7, 15, 16; point 2 p. 8; point 3 ch. 1), atteinte déterminante à laquelle devraient être appliqués les principes relatifs à la capacité de surmonter des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Or, ce n'est pas cette pathologie qui a été retenue par les experts et le psychiatre traitant – elle (F43.1) ne fut mentionnée que par des psychiatres grisons, peu après les épisodes traumatisants de guerre et de fuite subis (cf. rapports des 10 décembre 1999 et 8 septembre 2000, dos. OAI 122 et 126), mais celle de modification de personnalité, avec lequel elle ne se confond pas. Sont ainsi sans portée ici l'argumentation et les rappels jurisprudentiels de l'OAI relatifs en particulier à la latence entre la survenance du traumatisme et celle du trouble, et au caractère surmontable du TSPT au titre de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (cf. arrêts TF 9C_62/2015 du 20 novembre 2015 consid. 4.2; 8C_730/2015 du 24 février 2016 consid. 4.2 et 5.1; 8C_538/2014 du 6 février 2015 consid. 4.2.3; ATF 142 V 342 consid. 5.2.3). En outre, même si cela intervient rarement, un TSPT peut déboucher ultérieurement sur une

modification de personnalité. Or, pour poser le diagnostic de celle-ci, l'écoulement d'un certain

Tribunal cantonal TC Page 11 de 19 temps entre le déroulement des événements traumatisants et les premières manifestations de l'affection est médicalement requis (cf. CIM-10): ces dernières doivent avoir existé pendant une période d'au moins deux ans, s'ajoutant à une d'au moins deux ans en cas de TSPT préexistant. Enfin, la première experte s'est déterminée, comme requis par l'office, non seulement sur la capacité de travail dans une activité lucrative, mais également spécifiquement relativement à la tenue du ménage; considérant que les empêchements allégués à cet égard relevaient "bel et bien" de son état psychique, elle a conclu que la "reprise d'une activité professionnelle, même celle de femme au foyer, est aujourd'hui inenvisageable" (cf. expertise 2011, p. 17 et 22). Au vu de ce qui précède, il subsiste à tout le moins des doutes raisonnables quant au caractère erroné de la décision d'octroi de rente; partant, il n'y a pas lieu de reconsidérer la décision du 16 avril 2013. Seule doit être examinée la question de la révision (cf. décision du 17 novembre 2014: mention de la révision et indication que les "empêchements au ménage ne trouvant pas ou plus d'explications au sens de la LAI, votre droit à une rente s'éteint"). 4. Doit être déterminé ici si l'état de santé de l'assurée et/ou ses conséquences sur la capacité d'assumer les travaux habituels ont subi une modification influençant son droit à la rente. a) La décision du 16 avril 2013 était notamment fondée sur l'enquête 2011 et sur l'expertise 2011. Les diagnostics retenus par l'experte-psychiatre – ainsi que par le psychiatre traitant et, plus tard, par le second expert – ont été rappelés plus haut; la première experte considère la capacité pour toute activité, y compris pour une reprise de celle de femme au foyer, comme nulle "aujourd'hui" (cf. p. 17); l'expertisée "est psychiquement débordée, et ne dispose pas de réelles ressources psychiques permettant de surmonter cet état "de pétrification" (cf. p. 17 et 22). L'incapacité – résultant du seul état psychique – à accomplir les travaux habituels fut fixée à 64.80% par l'administration. b) La décision du 17 novembre 2014 se base sur les enquêtes 2014 et la seconde expertise psychiatrique menée. Les parties ne disputent pas – à tout le moins pas de façon suffisamment étayée – le contenu même de l'expertise 2014, mais en font une appréciation différente relativement à l'incapacité pour les travaux habituels, l'OAI estimant qu'il n'y en a pas du tout, qu'il n'existe pas à cet égard de diagnostic invalidant, mais que seuls sont à l'œuvre dans cette situation des facteurs non pertinents pour l'AI (empêchements mentionnés par l'enquêteur relevant de la seule situation de stress socio-culturel); la recourante, que l'activité ménagère ne lui est pas possible, à tout le moins pas entièrement mais seulement partiellement, dans une mesure justifiant au minimum le maintien de sa rente. aa) Pour son expertise, dûment motivée, le second expert s'est fondé sur l'étude du dossier assécurologique, l'anamnèse, les plaintes subjectives et les constatations objectives lors de l'examen clinique à l'occasion duquel il a pu examiner personnellement l'assurée et observer son comportement, ainsi qu'entendre une de ses filles. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire; il s'est déterminé sur d'autres avis médicaux présents au dossier, y compris et notamment sur la première expertise psychiatrique, et ne s'est pas contenté de considérer de manière abstraite la problématique; il a également apprécié les enquêtes à domicile réalisées. La Cour peut confirmer que cette expertise satisfait pleinement aux critères de la jurisprudence devant être remplis pour lui accorder valeur probante. Il appartient à la Cour de déterminer si l'atteinte à la santé déterminante – la modification de la personnalité – représente (toujours) une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI – une révision du

Tribunal cantonal TC Page 12 de 19 droit à la rente pouvant être justifiée même dans les cas où l'état de santé et le diagnostic posés sont restés les mêmes. Dans un contexte (purement) psychiatrique, comme en l'espèce, ce qui est déterminant, ce n'est pas, fondamentalement, le diagnostic, mais uniquement le point de savoir quels effets une maladie a sur la capacité de travailler et/ou d'accomplir les travaux habituels; prévaut à cet égard l'expertise psychopathologique effectuée lege artis et le degré de gravité de la symptomatologie (cf. 9C_59/2016 du 6 janvier 2017 consid. 6.1 et les références citées). Le second expert (cf. p. 16) indique faire très largement siens les constats et conclusions de l'expertise 2011: l'assurée présente un dysfonctionnement majeur au niveau de la personnalité et des interactions sociales: elle paraît démunie, perplexe, la plupart du temps en quelque sorte déconnectée par rapport aux questions, sujets et enjeux de son ménage, qu'elle n'a souvent pas vraiment saisis, ses réponses et réflexions sont extrêmement limitées; les capacités cognitives sont diminuées dans tous les registres; il y a des troubles formels, des symptômes négatifs et un ralentissement psychomoteur hautement significatif (p. 13); l'aspect affectif est moins perturbé, présentant des fluctuations plutôt systhymiques-dysphoriques. Cette problématique de base, qui a une certaine gravité (p. 17), induit une incapacité totale pour l'exercice d'une activité lucrative. Ce n'est cependant pas cet aspect qui est déterminant ici, mais bien les effets de l'atteinte quant à la capacité d'accomplir les travaux habituels, et de savoir si une amélioration est intervenue ou aurait dû, conformément à l'obligation de diminuer son dommage, intervenir sur ce plan par rapport à la conclusion de la première experte selon laquelle l'incapacité était alors ("aujourd'hui") totale. bb) Avant d'examiner ce point, il convient de rappeler ceci: à son arrivée en Suisse, l'assurée fut vue deux fois (1999 et 2000) par des spécialistes en psychiatrie aux Grisons, pour notamment déterminer la faisabilité d'imposer un retour au pays; fut diagnostiquée la présence d'un trouble post-traumatique (F43.1). Hormis ces deux consultations, aucun suivi psychiatrique n'apparaît avoir dû être mis en place avant fin septembre 2009, auprès du Dr F._____. Dès lors, avec le second expert (cf. p. 15), il faut en conclure que jusqu'à ce temps environ, elle fut en mesure d'assumer plus ou moins ses tâches de mère, d'épouse et de ménagère, et que des traces d'un dysfonctionnement (déterminant) ne sont visibles qu'à partir de 2009. C'est ce qui ressort d'ailleurs du rapport de la Dresse E._____, qui la suit depuis 2005, du 30 mars 2010 (dos. OAI 34): une "décompensation psychique" est intervenue, l'assurée développant "au début de 2009 un état anxieux sévère, un ralentissement psychomoteur et des troubles du sommeil marqués. Peu à peu, la patiente devient incapable de gérer les tâches familiales telles que la préparation des repas, le ménage. Elle est très vite fatiguée, désorientée, oubliant rendez- vous, lieu de rangement, ingrédients dans une recette. Ses filles prennent le relais des tâches ménagères". Cette praticienne explique, le 1er mai 2012 (cf. dos. OAI 164), que le "soutien psychologique" reçu aux Grisons "l'aurait un peu améliorée" et que la situation aurait été ensuite plus ou moins gérable jusqu'en 2008, bien que mention fut faite de cauchemars très fréquents, de tristesse, de pleurs, de mal-être; c'est depuis cette année-là que la fille aînée l'aida plus particulièrement; la décompensation serait survenue progressivement (jusqu'à ce moment-là), par une accumulation d'évènements (divers traumatismes et "deuils" [fuite du Kosovo, accident du mari et incapacité de travail, etc.; la Cour relève qu'en mai 2008, l'OAI-FR a refusé un droit aux prestations à l'époux]), conduisant probablement à un épuisement de ses ressources; enfin (cf. le rapport du 10 novembre 2014, dos. OAI 286), c'est en 2010 que lui sont décrites "des difficultés à tenir le ménage et à faire à manger car elle oublie des ingrédients ou se trompe et se fatigue à rester debout"; des oublis et une désorientation, depuis 2009; la lessive est déjà faite par les filles.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 19 De même, la première experte, tout en estimant probable que des incapacités aient existé avant 2009, relevait qu'elles ne pouvaient être quantifiées a posteriori et que de surcroît, l'état psychique avait durant cette période montré des fluctuations, l'assurée étant par exemple en mesure de suivre des cours de français, ce qu'elle ne pourrait faire à présent (cf. p. 18-20). Il convient dès lors de considérer que lorsque l'expertise de 2011 fut faite, un suivi psychiatrique, qui, selon la première experte, était extrêmement bénéfique (cf. p. 17; assurée du même avis: p. 12 et p. 15), n'existait que depuis deux ans, à la suite d'une péjoration alléguée de l'état de santé psychique, lequel n'avait auparavant pas présenté un caractère invalidant tel qu'il nécessitât ce suivi. Cela n'est pas sans portée, puisque lorsque le second expert se prononce en 2014, ce suivi régulier existe depuis cinq ans et a manifestement contribué à une amélioration de la situation. cc)

L'on observera en effet d'abord qu'alors que les consultations avec le psychiatre traitant avaient lieu tous les 15 jours, voire chaque semaine, et avec le spécialiste de médecine interne chaque 15 jours (cf. expertise 2011, p. 11), les premières ont lieu désormais tous les deux mois, les secondes de temps en temps (cf. expertise 2014, p. 6); et que la médication préconisée par le Dr F. _____ n'a pas augmenté, mais au contraire pu diminuer partiellement: le Risperdal est toujours pris à un comprimé par soir de 0.5 mg (la plus petite quantité disponible) – une diminution d'un comprimé avait déjà pu intervenir quelque temps après le début du suivi psychique, cf. rapport de la Dresse E. _____ du 30 mars 2010, dos. OAI 35: 2 comprimés par jour; alors qu'elle indiquait s'endormir grâce au Trittico, médicament contre les troubles dépressifs avec ou sans anxiété et qui avait été préconisé pour améliorer le sommeil (cf. expertise 2011, p. 10, 11, et 15), celui-ci n'est désormais plus pris (cf. expertise 2014, p. 6). L'augmentation à 2 comprimés par jour du Risperdal selon le rapport du psychiatre F. _____ du 29 octobre 2014 (dos. OAI 284) ne modifie rien à cette amélioration durable: elle s'inscrit dans le cadre de l'hospitalisation psychiatrique – la première – du 16 au 20 octobre 2014 de l'assurée, brève péjoration réactionnelle (cf. infra); l'on notera d'ailleurs qu'alors que sa patiente n'est sortie que depuis quelques jours et qu'il reprend pour le Risperdal le dosage de 2 comprimés adoptés à l'hôpital, il ne mentionne pas d'autre médication, singulièrement pas les deux médicaments en sus préconisés en cas d'anxiété, agitation et/ou insomnie par les médecins de l'hôpital (cf. rapport du 5 novembre 2014, dos. OAI 293). Cette absence désormais de médication "pour le sommeil" (présentant aussi un caractère anti-dépressif et anti-anxiologique) atteste objectivement de l'amélioration de toute cette problématique; à cet égard, l'indication contraire donnée par l'assurée (cf. expertise 2014, p. 5: elle se lève cent fois par nuit car n'étant pas bien) témoigne d'une amplification. Ce d'autant qu'une amélioration importante existe aussi quant aux cauchemars, qu'elle faisait auparavant très régulièrement, avec des images traumatisantes (guerre,...), se mettant même parfois à hurler et à vouloir prendre les enfants de leur chambre pour s'enfuir, et qu'elle relatait incessamment le lendemain (cf. expertise 2011, p. 9 et 10: désormais, elle ne connaît que "parfois" des rêves et cauchemars (cf. expertise 2014, p. 5); l'expertisée ne les met plus (spontanément) en avant, ne s'exprime plus à cet égard, pas davantage que sa fille. Avec un endormissement à 22h00 et un lever à 8h30, cela devrait en toute logique contribuer à un mieux relativement à la fatigue diurne, à la dynamique; étant noté qu'il n'apparaît pas que le psychiatre traitant ait considéré utile de donner suite à la proposition de la première experte de recourir à un antidépresseur incisif, nouvel essai médicamenteux qui pourrait peut-être aider la patiente à devenir plus active (cf. p. 17), et que le second n'a pas estimé nécessaire de faire d'autres propositions thérapeutiques et médicamenteuses.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 19 De même en va-t-il de la focalisation totale sur son expérience traumatique (cf. expertise 2011, p. 13 et 16), constamment remémorée, voire revécue, amplement relatée devant la première experte, parfois avec des pleurs, ainsi que de son insistance à dire, en peinant à différencier ce qui est de l'ordre du réel et de l'imaginaire, qu'elle voit et parle à des proches décédés, boit le café avec eux, de ces "conversations" à voix haute avec ces personnes ou elle-même qu'auraient observées ses filles également (cf. expertise 2011 p. 9). Or, ce point est loin d'être anodin quant à la capacité pour les travaux habituels puisque la première experte parlait de "terreurs" vécues, retenait que la "présence de ces réminiscences envahissantes, de souvenirs intenses et de rêves répétitifs envahit la vie de l'expertisée, l'obnubile et la coupe de la réalité", et relatait un véritable état de pétrification qu'elle ne pouvait dépasser (cf. p. 17 et p. 22: "Figée, pétrifiée dans son monde d'horreurs et de douleurs", elle ne peut "appréhender (...) les gestes du quotidien"; "(...) elle est incapable d'initiative, d'une part, et malhabile, d'autre part"; également enquête 2011, dos. OAI 48: "... assurée qui ne fait que revivre les moments pénibles de la guerre nuit et jour" et dos. OAI 51; rapports du Dr F._____ des 18 mars 2010 et 3 mars 2011, dos. OAI 27 et 57). Ces ruminations délétères constantes ne sont plus évoquées – à tout le moins pas avec une telle intensité, ni spontanément – par l'expertisée en 2014, ni par sa fille; il n'y a plus de pleurs y compris lorsque l'expert évoque ces traumatismes passés, et plus de délires et d'hallucinations mentionnés (cf. expertise 2014, p. 10; il était d'ailleurs relevé en 2011 que pour le psychiatre traitant, l'introduction du Risperdal avait déjà permis une amélioration de la symptomatologie floride, expertise 2011 p. 11); un aspect véritablement paralysant de ces différents "terreurs" revécues incessamment, un état de pétrification ne sont plus retenus par le second expert. Autres points positifs figurant dans la seconde expertise (cf. p. 14 et 16): l'assurée, stimulée par ses enfants, fait parfois des commissions seule à proximité, se rend et retourne régulièrement seule d'un parc proche de chez elle, va seule en consultation médicale. Et elle y est en mesure de se débrouiller suffisamment en français pour se passer d'interprète (cf. p. 14; également enquête pour allocation d'impotent 2014, dos. OAI 211: "semble tout de même la [la langue] comprendre", par exemple va chercher spontanément une pommade lorsque l'on parle du traitement médicamenteux). Sa thymie présente un mieux: alors qu'une de ses filles la voyait toujours plus déprimée (expertise 2011, p. 12), qu'elle s'isolait en pleurant et mangeait seule, après les autres (p. 17), ces éléments ne sont pas relatés par le second expert (cf. également enquête 2014: une fille essaie de la faire collaborer à la préparation des repas, même si le résultat est non concluant). Le second expert indique que la mise en place de l'expertise fut compliquée du fait que l'assurée voulait partir pour plusieurs semaines au Kosovo (cf. p. 9). Ce retour au pays – totalement exclu pour elle à son arrivée en Suisse, cf. les rapports de 1999 et 2000 – est un indice supplémentaire de l'amélioration de la situation intervenue relativement à l'état anxieux sévère observé auparavant par la Dresse E._____, au temps de la survenance de la "décompensation", mais aussi quant aux cauchemars et réminiscences extrêmement fortes et paralysantes liés aux événements traumatisants survenus dans ce pays, ainsi que quant à sa faculté de se mobiliser pour un projet et de sortir du seul environnement physique et social de son appartement. Là où la première experte retenait alors une incapacité totale relativement aux travaux habituels (cf. p. 17, 19), le second expert-psychiatre considère que le dysfonctionnement dû à l'état psychique n'est que partiel (cf. p. 17; infra). Enfin, ainsi que le relève l'expert (cf. p. 17), le ménage représente une charge moindre par rapport au temps de la première expertise; et en effet, les enfants ont avancé en âge et sont davantage encore autonomes, d'une part, et

l'époux apparaît clairement connaître un mieux-être, pouvant ainsi soutenir son épouse et s'impliquer dans le ménage, puisque que bien que se déclarant alors

Tribunal cantonal TC Page 15 de 19 toujours en incapacité totale et soutenant devoir être alité 22/24 heures par jour et chercher à s'isoler selon son état (cf. arrêt TC FR 605 2016 18 du 26 septembre 2016 consid. 7b), il est désormais souvent absent du domicile toute la journée, ne rentrant que pour manger et dormir (cf. enquête 2014, dos. OAI 207) – le bien-fondé du refus de prestations de l'AI sera d'ailleurs définitivement confirmé par le Tribunal fédéral. dd) A ce stade, la Cour relève qu'on ne retrouve que très peu le reflet de ces nombreux éléments positifs, de cette amélioration importante et durable, dans les enquêtes 2014, le tableau en découlant étant relativement superposable à celui de la première menée – à noter tout de même ces points: il n'est plus évoqué qu'elle ne fait que revivre, jour et nuit, les moments de guerre; elle peut quand même entreprendre des actions (modestes) sans simulation préalable; on essaie de la faire collaborer aux préparations des repas; elle accompagne sa fille dans les magasins, qu'elle évitait complètement avant; elle porte la seille d'habits à la buanderie et participe au pliage. Ce qui confirme l'avis du second expert (p. 17), pour qui les "enquêtes ménagères ne reflètent finalement que la situation comme l'assurée et ses filles la présentent et selon le comportement montré" et que puisque l'assurée "fonctionne jour après jour comme si elle est impotente", "son potentiel n'est jamais mis[] à l'épreuve"; et qu'alors qu'il y a lieu d'objectiver la capacité d'assumer les travaux habituels, on se trouve "dans une zone qui est très fortement influencée par la vision et le comportement subjectif de l'assurée". Il y a donc lieu de se distancier du contenu de ces enquêtes dans cette mesure et de se fonder principalement sur l'avis du second expert-psychiatre, primant en une telle situation. Cela se justifie d'autant plus que l'enquêteur, s'il dut rapporter la situation qui lui était présentée, a à plusieurs reprises souligné de points d'exclamation le fait que l'assurée ne faisait rien alors qu'il n'y avait pas de limitations somatiques et ou fonctionnelles. Dit autrement, la Cour doit ici s'écarter des seuls perception et comportement subjectifs de l'assurée (et de ses filles), du "conditionnement total d'être aidée, choyée", etc. (cf. expertise 2014, p. 10, et 16) qu'elle a développé, et objectiver les empêchements que l'atteinte psychique, non niée, induisent à présent quant à l'incapacité d'effectuer les travaux habituels; elle doit procéder à une "différenciation entre le comportemental, les habituations et l'exigibilité objective" (cf. p. 17). Certes le second expert estime-t-il ne pouvoir participer davantage à l'éclaircissement de cela et qu'une observation extérieure, avec stimulation, mise à l'épreuve, serait susceptible d'augmenter les chances d'une meilleure différenciation et d'objectiver les restrictions dans la conduite du ménage (cf. p. 17 et 19). Cependant, avec l'office, force est de constater qu'une telle observation et stimulation extérieures pourraient difficilement être mises en œuvre et qu'il est peu vraisemblable que l'intéressée, déjà stimulée par ses enfants, mais totalement passive (cf. p. 10), dans un "laisser-aller extrême", imposant ses désirs de manière caractérielle et dans une résistance devant une demande de participation et qui s'accroche au statu quo (cf. p. 16 s.) y répondrait favorablement, avec l'effort de volonté qu'on peut raisonnablement exiger d'elle. Cela n'implique pour autant pas que le Juge de céans n'est pas en mesure, avec les éléments dont il dispose, en particulier la seconde expertise, de procéder à cette différenciation, à cette objectivation des effets de l'atteinte. ee) A cet égard, la Cour souligne ceci: l'expertisée elle-même "confirme qu'elle peut faire certaines choses, mais, comme elle dit, "c'est mieux si mes enfants le font"" (cf. expertise 2014, p. 10); il y a des éléments d'amélioration importants, relevés plus haut; l'existence d'un certain potentiel ("elle peut assumer des éléments basiques", cf. p. 14), une réponse

positive à la stimulation et une certaine autonomie accrue ont été observées tant par les enfants que les médecins traitants et l'expert C. _____ (cf. par exemple expertise 2014, p. 14 et 16), et ce

Tribunal cantonal TC Page 16 de 19 dernier estime qu'une poursuite d'une certaine stimulation devrait permettre encore une légère augmentation de l'autonomie à domicile (cf. p. 19). Autre élément à prendre en considération, le fait que pour l'expert précité, il n'y a pas d'impotence avérée (cf. p. 19) – ce qui fut retenu par l'OAI également dans sa décision du 5 novembre 2014, contre laquelle il ne fut pas recouru. Certes, cette notion d'impotence ne se confond-elle pas avec la capacité d'assumer les travaux habituels examinée sous l'angle de l'invalidité; la conclusion de l'expert susmentionnée ne constitue pas moins un indice important que cette incapacité n'est pas/plus totale, qu'il n'y a au plus qu'un dysfonctionnement partiel à cet égard, et que l'effort que l'on peut exiger de l'assurée, cas échéant en faisant appel à l'aide de ses proches (cf. infra), doit largement permettre d'y remédier. En effet, il ressort des enquêtes 2014 que l'aide requise est indirecte, essentiellement sous forme de stimulation et rappels (cf. dos. OAI 207; par exemple, pour ne pas confondre parfois l'envers et l'endroit d'un vêtement, cf. dos. OAI 209; également rapport de la Dresse E. _____ du 14 juin 2013, dos. OAI 183 et 185). A noter également que tant le second expert que le psychiatre traitant, notamment, mettent en exergue l'intelligence faible, voire très faible (sans qu'un retard mental puisse cependant être affirmé; cf. expertise 2014, p. 15) "structurelle" de l'assurée. Et de fait, malgré un suivi de cours de français pendant plusieurs années, avant la péjoration de 2009, elle n'a pu l'apprendre. Cet élément "préexistant" (cf. également le ralentissement psychomoteur important constaté par les psychiatres), s'il peut avoir une certaine incidence par exemple quant au potentiel pour maîtriser les programmes et boutons d'une machine à laver, l'organisation et la rapidité d'exécution des tâches, ne vaut cependant pas atteinte (autonome) invalidante, pas davantage que l'absence de maîtrise de la langue – malgré que la Dresse E. _____ estime l'handicap linguistique majeur, cf. rapport du 10 novembre 2014) –, ou parfois un oubli d'ingrédients dans les recettes et un "lâchage" d'ustensiles, un côté malhabile, étant souligné aussi qu'il ne s'agit pas ici d'apprécier une capacité à exercer une activité lucrative extérieure, mais des travaux habituels. De plus, l'assurée a su indéniablement faire montre de ses ressources, de ses capacités d'adaptation, s'est toujours "débrouillée" suffisamment; elle est, ainsi, en mesure de consulter ses médecins seule et sans interprète, sait user d'une touche spéciale pour appeler directement une de ses filles, peut faire des commissions à proximité, etc. Le fait qu'il faille un certain temps pour s'habituer à ces nouveaux médecins, pour "apprivoiser" ces lieux de rendez-vous, effectuer seul des sorties et des achats – étant rappelé en sus que l'environnement des magasins peut devenir rapidement familier, puisqu'à 10 min à pied de son domicile – ne signifie pas qu'elle ne peut le faire et n'est pas un élément valant invalidité durable, ce d'autant moins que sa situation a connu une amélioration depuis la première expertise. Au temps de la première expertise, ces ressources étaient considérées comme épuisées, alors qu'à celui de la seconde, plusieurs éléments (cf. supra) démontrent qu'elle a pu "dépasser" cet état paralysant et les recouvrer à nouveau ou en développer de nouvelles. Surtout, la Cour doit, pour objectiver les effets de l'atteinte psychique sur la capacité de réaliser les travaux ainsi que les diminutions de la capacité que l'assurée pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et qui ne doivent pas être supportées par l'AI, apprécier dans quelle mesure une organisation et une répartition des tâches ménagères ainsi que le recours à certains moyens appropriés, mais aussi l'aide convenable que les proches peuvent et doivent apporter

diminueraient le dommage de l'assurée. Outre l'usage de divers moyens (listes d'achats pour pallier les oublis mnésiques, handicap que l'intéressée fait valoir principalement; achats effectués en semaine, lorsque moins de personnes sont dans les magasins, ou avec l'assistance d'un proche, voire achats et livraison organisés par un enfant sur internet; cuisine de recettes simples

Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 avec le stimuli de l'époux ou d'un enfant, éventuellement pour plusieurs jours, avec un réchauffement dans un micro-onde, sans danger quant à un oubli de plaque – l'assurée sait se servir seule de ce qu'il y a à manger ou qui se trouve dans le frigo –, rappels de la part du mari, des enfants, etc.), l'on pouvait raisonnablement attendre, au temps où fut prise la décision entreprise, non seulement des enfants mais de l'époux, lequel ne s'appliquait aucunement dans le ménage malgré l'absence de toute incapacité déterminante et l'amélioration nette de son état (cf. supra), une assistance de l'assurée (stimulation, aide indirecte, etc.) dans toute la mesure utile et convenable, ce dans une mesure dépassant ce qui serait requis si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Cette aide possible de l'époux représente aussi une amélioration notable de la situation. ff) Enfin, le second expert a pu mettre en exergue (cf. p. 17) plusieurs facteurs extra- médicaux: passivité, résistances caractérielles, interaction familiale avec forte pression sur les enfants de rester au service de l'assurée; probables raisons financières; acculturation. Pour la Cour, ces facteurs, qui n'ont pas valeur d'atteinte (psychique) invalidante, influencent négativement le maintien de l'atteinte psychique déterminante (autonome) et ses conséquences sur la capacité (objective) à effectuer les travaux habituels. Il en va ainsi, par exemple, de l'intérêt financier au maintien de la rente (eu égard en particulier de l'absence de revenus et de prestations AI pour le mari); de l'acculturation – que connaît au reste également l'époux, quant à la langue à tout le moins –, qui, pour la Cour, favorise le recours (et une certaine dépendance) à l'aide des enfants et rend plus difficile, mais pas insurmontable, l'adaptation et l'interaction avec l'extérieur; de la forte pression sur les enfants, singulièrement sur les filles (aspect socio-culturel), ainsi que de la très importante désapprobation à ce qu'elles prennent des libertés pour des loisirs (extérieurs, ...), aspect que ses médecins traitants estiment devoir s'aggraver à mesure qu'elles s'émanciperont davantage (âge, etc.; cf. rapports Dresse E. _____, du 12 juillet 2013, dos. OAI 189; Dr F. _____, du 13 janvier 2014, dos. OAI 205, et des 29 et 30 octobre 2014 (dos. OAI 281 et 285), mais qui, pour la Cour, doivent être considérés, avec le second expert (cf. p. 16), à l'instar de l'extrême passivité, comme n'étant pas à première vue médical, mais renvoyant "à des parties comportementales et à l'interaction familiale, non à des raisons purement psychiques". Ce d'autant plus que dans la période à examiner, finissant au temps du prononcé de la décision attaquée, cette émancipation et cette absence de présence et d'aide régulière des enfants n'était pas intervenue, d'une part, et il pouvait être attendu de l'époux, aucunement participatif jusqu'ici, sans motif, qu'il pallie largement, cas échéant, une telle modification, d'autre part. gg) Les différentes pièces médicales des médecins traitants, y compris celle produites après l'expertise, ainsi que le rapport de l'hôpital psychiatrique dans lequel l'assurée, qui aurait fait un tentamen après que lui fut communiqué le projet de suppression de rente, a été hospitalisée 5 jours, ne comportent aucun élément permettant de s'écarter des différents aspects rappelés ci-dessus, et notamment rien qui permette de considérer que des éléments objectifs déterminants auraient été ignorés par le second expert. S'agissant en particulier des rapports de la Dresse G. _____ du 13 janvier et du 10 novembre 2014 (dos. OAI 204 et 286), leur contenu a été apprécié par l'expert et ci-dessus; il s'agit en outre ici d'une atteinte purement

psychiatrique, domaine qui n'est pas sa spécialité. Le Dr F. _____ (cf. rapports du 13 janvier et des 29 et 13 octobre 2014) souligne la passivité, l'aboulie et l'adynamie extrêmes de sa patiente, qui devrait toujours être stimulée pour tous les actes de la vie quotidienne, pour faire quelque chose. Outre qu'il rattache surtout ces éléments à la question de l'évaluation de l'impotence (cf. dos. OAI 285), sur laquelle il se prononce plusieurs fois (jugant justifiée la demande de la famille d'avoir une aide familiale régulière), qui n'est pas

Tribunal cantonal TC Page 18 de 19 déterminante ici, et qu'il paraît ignorer que le second expert, qui ne partage pas son avis, s'est prononcé aussi sur l'incapacité pour assumer les travaux habituels (invalidité), la Cour relève que ces points ont été dûment pris en compte dans la seconde expertise – et ci-dessus –, et qu'il n'y a pas là une critique, une démonstration suffisantes et probantes relativement à la question du droit à la rente. De plus, le fait qu'il ait indiqué pour la première fois le 14 janvier 2014, qu'elle "exerce dans le même temps des pressions considérables pour obliger sa fille de rester auprès d'elle. Elle se plaint ainsi amèrement des libertés prises par ses enfants pour s'octroyer quelques activités de loisir " témoigne d'une certaine évolution intervenue – ce d'autant qu'un des aspects de l'atteinte diagnostiquée peut être une incapacité d'exprimer des sentiments négatifs ou agressifs, cf. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, DILLING et FREYBERGER, 8ème édition 2016, ad F62.0, let. B ch. 4, p. 251) – et relativise quelque peu cet aspect passif (le second expert parle de pouvoir de maintenir ses enfants dans leur rôle d'assistant, cf. p. 16). Dans son rapport du 18 octobre 2014 (dos. OAI 267), le psychiatre traitant ne démontre pas, de façon étayée, en quoi l'expertise du second expert devrait être écartée, se contentant de reprendre, s'agissant de la capacité pour les travaux habituels, un extrait de la première expertise et d'affirmer que, comme l'on pouvait s'y attendre, l'évolution est restée stationnaire depuis 2011 (cf. également rapport du 29 octobre 2014, dos. OAI 285: aucun changement significatif depuis 2010) et d'affirmer que l'état de paralysie psychique reste entier à ce jour; invoquant l'avis de la première experte et s'écartant de celui du second, il considère que les troubles du comportement et les interactions familiales sont (uniquement) les effets de la psycho-pathologie diagnostiquée. La Cour ne retrouve pas là non plus une critique suffisante et convaincante justifiant de s'écarter de tout ce qui précède; en particulier, le praticien paraît ignorer toute évolution et amélioration, y compris des signes d'autonomie. Une certaine réserve s'impose en outre s'agissant de déterminations – brèves, peu détaillées – d'un médecin traitant. Le 30 octobre 2014 – soit après l'hospitalisation de sa patiente (cf. infra), il indique que l'isolement psychosocial et la détresse tendent à s'aggraver en même temps que ses enfants quittent le domicile familial pour se rendre autonomes. La Cour (cf. supra), ne considère pas ces éléments comme une atteinte psychique ou ses conséquences induisant une incapacité (et une invalidité) totale relativement aux travaux habituels. Au demeurant, le mari peut et doit s'investir davantage pour pallier, si besoin est, un certain manque; et rien dans le dossier ne permet de dire qu'avant l'atteinte à la santé déterminante l'intéressée, qui a de bons contacts avec sa famille demeurée dans son pays (cf. expertise 2014, p. 3) et qui ne parle pas le français connaissait une vie extra-familiale psychosociale dense – une "intégration" pauvre est d'ailleurs aussi mentionnée pour son époux. S'agissant de l'hospitalisation de 5 jours en milieu psychiatrique (cf. rapport du 29 octobre 2014, dos. OAI 285), il indique lui-même qu'elle répond à un tentamen (elle aurait cherché à s'étrangler avec une corde dans la salle de bains, cf. pv du 21 octobre, dos. OAI 271; rapport d'hospitalisation du 5 novembre 2014) provoqué entre autres par la menace de suspension des prestations AI", ce qui présente un aspect réactionnel et non durable; le médecin parle d'ailleurs d'épisode dépressif récent (dos.

OAI 284), ajoutant qu'il est lié aussi à l'isolement grandissant avec l'émancipation de ses enfants – ce qui ne convainc guère dans la mesure où à cet égard, il n'y a pas eu de modification importante depuis la seconde expertise. Enfin, le rapport de l'hôpital psychiatrique du 5 novembre 2014 n'amène aucun élément déterminant – il y est relevé notamment que la brièveté du séjour empêche de se prononcer quant à la capacité de travail; les diagnostics posés d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'état de stress post-traumatique (F43.1) ne montrent au demeurant pas

Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 une péjoration notable et durable par rapport à ce que retenu par les psychiatres experts et traitant. hh) De tout ce qui précède, la Cour retient que l'état de santé psychique et ses conséquences objectives relativement à la capacité pour les travaux habituels se sont améliorés de façon importante au temps de la seconde décision de l'OAI, dans une mesure qui exclut un droit à la rente, l'incapacité y relative et donc l'invalidité pouvant être retenue ne s'élevant en tout état de cause pas à 40%. Cette amélioration existe à tout le moins depuis qu'a été effectuée la seconde expertise, mais très probablement avant, et l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période – le court épisode réactionnel n'est pas déterminant à cet égard. La suppression du droit à la rente ne souffre pas la critique. 5. Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, et le recours, rejeté. Il est renoncé aux frais de justice, la recourante étant au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle. Il ne sera pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure, au vu de l'assistance judiciaire gratuite partielle octroyée. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 mai 2017/djo Président Greffier-rapporteur

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