

FR_GERICHTE 608 2015 28 vom 21. Mai 2015

FR Kantonsgericht, 2015-05-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_28

FR: FR_GERICHTE 608 2015 28 du 21 mai 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2015 28 del 21 maggio 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 6

décembre 2010, requis l'octroi de prestations de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) alléguant la présence de problèmes de dos. Cette demande a été rejetée par décision du 20 avril 2012. S'agissant des problèmes de dos, l'office a considéré que l'incapacité de travail avait disparu à l'échéance du délai d'attente et que la demande avait été déposée trop tardivement. Quant aux nouveaux troubles allégués en procédure d'opposition (varices et cholécystite), l'office a estimé que l'assurée avait présenté une évolution favorable lui ayant permis de retourner à son domicile le lendemain de l'opération. B. Le 2 juillet 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en alléguant les atteintes suivantes: "hernie discale – veines – calculs". Par décision du 16 juillet 2012, l'office a refusé d'entrer en matière. L'OAI est quand même entré en matière sur cette nouvelle demande le 18 octobre 2012 après réception d'un rapport du médecin traitant de l'assurée. Sur préavis de son Service médical régional (ci-après: SMR), il a mandaté le Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour la réalisation d'une expertise rhumatologique. Dans son rapport du 30 janvier 2013, le médecin conclut à une capacité de travail de 70% dans l'ancienne activité et entière dans une activité adaptée. Le 30 avril 2013, un collaborateur de l'office a réalisé une enquête domiciliaire. Par projet de décision du 30 août 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestation de l'assurée en raison d'un degré d'invalidité de 5,32% calculé selon la méthode mixte (capacité de travail entière dans une activité lucrative à 30%; capacité de travail réduite à 7,6% dans activité ménagère à 70%). Suite aux objections déposées par l'assurée le 3 octobre 2013, l'OAI a diligenté une expertise rhumatologique auprès du Dr E._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, et une expertise psychiatrique auprès du Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Leurs rapports respectifs datent du 27 mars 2014 et du 26 septembre 2014. Les experts concluent à une capacité de travail de 70% dans l'ancienne activité et de 100% dans une activité adaptée sur le plan somatique ainsi qu'à une capacité de travail entière dans toutes les activités sur le plan psychique. Par décision du 6 janvier 2015, l'OAI a rejeté la nouvelle demande en raison d'un degré d'invalidité toujours fixé à 5,32% selon la méthode mixte. C. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours le 9 février 2015 auprès de la Cour de céans concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, elle conteste dans

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 un premier temps le choix de la méthode mixte dès lors que sa situation financière est catastrophique, que l'ensemble de ses enfants sont majeurs et que son mari a des problèmes de santé l'empêchant de travailler. Elle allègue ensuite que l'expertise psychiatrique ne satisfait pas aux exigences des lignes directrices de la Société suisse de psychothérapie et psychiatrie dans le domaine de l'assurance-invalidité, invoquant en particulier le fait que l'entretien avec l'expert "n'a pas duré une heure", ce qui n'est, selon elle, "pas sérieux". Sur ce plan, elle ajoute que les conclusions de l'expert ne sont pas crédibles, ses compétences professionnelles ayant été publiquement mises en cause. Elle relève ne pas être en mesure d'exercer une autre profession que celle de femme de ménage, seule activité qu'elle a exercée jusqu'à ce jour. Finalement, elle estime que, compte tenu du fait qu'elle ne maîtrise absolument pas le français – en raison de ses problèmes intellectuels – un abattement salarial de 25% doit être retenu. Le même jour, elle sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (608 2015 29). Dans ses observations du 16 mars 2015, limitées à la question de l'assistance judiciaire, l'OAI s'en est remis à la justice. Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures. Il sera fait état des arguments, développés par les parties 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. 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) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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. b) 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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). 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). Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Enfin, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits 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). Une déduction globale maximale 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. 5b/aa-cc p. 79). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 consid. 3.3 p. 399), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (cf. ATF 130 III 176 consid. 1.2 p. 180). c) 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 dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode spécifique; cf. art. 28 al. 2bis LAI jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28a al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI). L'ancien art. 27bis al. 1 RAI, désormais l'art. 28 al. 2ter, puis 28a al. 3 LAI, consacre la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité pour les cas où l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint. Cette méthode a été souvent remise en cause mais confirmée à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral, et très récemment encore (ATF 137 V 334).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, 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'OFAS (CIIAI; ATF 121 V 366 consid. 1b). La méthode utilisée par l'enquête ménagère consiste, dans un premier temps, à établir un catalogue des activités que la personne assurée effectuerait si elle n'était pas atteinte dans sa santé en tenant compte notamment de la composition de la famille et de la taille du logement. L'enquête ménagère permet de tenir compte de la particularité de chaque cas, puisque les empêchements ménagers se basent aussi sur les déclarations de la personne assurée et les constatations effectuées au domicile de cette

dernière, pour autant qu'elles soient en cohérence avec l'aspect médical. Afin d'assurer une égalité de traitement, on se base sur une table de l'OFAS qui répartit les activités ménagères en sept catégories et qui fixe un pourcentage minimum et maximum pour chacune d'elles (conduite du ménage : 2 à 5%, alimentation : 10 à 50%, entretien du logement : 5 à 20%, achats et courses diverses : 5 à 10%, lessive et entretien des vêtements : 5 à 20%, soins aux enfants ou aux autres membres de la famille : 0 à 30%, divers : 0 à 50%). Il convient ensuite d'identifier les activités ménagères que la personne assurée n'est plus en mesure d'effectuer compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de déterminer le pourcentage d'empêchements qui en résulte. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est, de jurisprudence constante, admis que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral I 761/81 du 15 septembre 1983 consid. 5 in RCC 1984 p. 143 s.). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/2012 du 11 avril 2013 consid. 4.4). Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2; 130 V 97 consid. 3.3.3). d) Selon la méthode mixte, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour cent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV no 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références). La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564). L'invalidité totale s'obtient en additionnant les degrés d'invalidité correspondant aux parts respectives attribuées aux activités lucrative et non lucrative (VSI 1999 p. 231 consid. 2b et les références). Soulignons que l'incapacité de travail ne se confond pas avec la perte de gain subie par l'assuré dans le cas où le taux d'activité professionnel n'est pas de 100% (arrêt du Tribunal fédéral I 151/06 du 29 juin 2007). Il incombe en effet aux assurés exerçant une activité professionnelle à temps partiel de mettre à profit toute la capacité de travail raisonnablement exigible (ATF 123 V 230 consid. 3c et les références), de sorte que l'incapacité de travail correspond alors à la différence entre le taux d'activité professionnelle et la capacité de travail médicalement attestée. En ce sens,

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 la jurisprudence considère d'ailleurs que l'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé (sur l'ensemble de la question, voir ATF 125 V 146; arrêt du Tribunal fédéral, I 156/04 du 13 décembre 2005 publié in SVR 2006 IV no 42 p. 151 et la référence citée). e) 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 (ATFA I 946/05 du 11 mai 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA I 946/05 susmentionné). 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. L'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 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. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). Aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 aRAI (cf. art. 87 al. 2 RAI; ATF 130 V 71) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force 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, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). g) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. 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). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (Tribunal fédéral, arrêt 9C_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 3). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant.

Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4). Finalement, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donné alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; arrêts du Tribunal fédéral 9C_428/2007 du 20 novembre 2007 consid. 4.3.2, 9C_454/2008 du 27 février 2009 consid. 2.2, 9C_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2). 3. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est péjoré au point de justifier l'octroi d'une rente. Il s'agit de comparer son état de santé au moment de la décision initiale avec celui qui était le sien au moment de la décision de révision, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. a) A titre préliminaire, amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate que les critiques formulées dans le recours ne permettent pas de mettre en doute la décision du 6 janvier 2015. En effet, il ressort du dossier de la cause que la recourante, mère au foyer à plein temps jusqu'en 2004, a travaillé par la suite et jusqu'en 2010 à un taux de 30% en tant que femme de ménage (cf. dossier OAI, pièces 13, 84, 219, 255 et 344). Déjà bien avant la survenance du premier cas allégué d'invalidité, elle travaillait à un taux très réduit, alors même que sa situation familiale ne pouvait déjà plus être considérée comme un frein à une augmentation de son taux de travail. De surcroît, il appert qu'elle n'a allégué souhaiter travailler à temps plein que dans le cadre de ses objections – soit après qu'elle ait eu connaissance des conséquences juridiques de ses déclarations – alors même qu'elle affirmait auparavant souhaiter travailler à temps partiel. Pour ces motifs, elle ne rend pas vraisemblable qu'elle aurait, sans invalidité, travaillé à temps plein. Ensuite, la recourante remet en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr F._____. Ses arguments ne sont pas convaincants. D'une part, ses simples dires que l'entretien avec l'expert n'a duré qu'un peu moins d'une heure ne suffisent pas encore à remettre en cause le bien-fondé du rapport d'expertise. La jurisprudence fédérale a en effet maintes fois confirmé que la durée de l'entretien d'expertise n'était à elle seule pas déterminante pour juger de la valeur probante de l'expertise et que c'est bien plus le contenu de cette dernière qui importait. D'autre part, pour revenir sur un motif présenté dans les déterminations du 22 octobre 2014, cette

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 même jurisprudence a également précisé que des tests psychologiques n'étaient pas indispensables et n'avaient que valeur d'indice ou d'aide au diagnostic. Quant aux autres considérations morales relatives à la réputation de l'expert, elles n'ont pas à être prises en compte dans l'examen de la valeur probante de l'expertise médicale dans la mesure où elles ne remettent pas en cause, par des reproches concrets, le travail de l'expert. L'assurée affirme encore ne pas être en mesure d'exercer une autre activité que celle de femme de ménage, "seule et unique profession qu'elle ait exercée à ce jour". Cependant, de jurisprudence constante, il appartient à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer les conséquences du dommage. A ce titre, on est en droit d'attendre et d'exiger qu'elle mette tout en œuvre pour concrétiser les possibilités de gain dont elle dans une activité de substitution adaptée (voir: ATF 129 V 460 consid. 4.2 p. 463; 123 V 230 consid. 3c p. 233; 117 V 275 consid. 2b p. 278). Partant, les critiques relatives au choix d'une activité adaptée ne sont pas justifiées. Finalement, l'assurée se plaint de ce que la réduction supplémentaire à titre de désavantage salarial de 10% octroyé soit insuffisante. A ce titre,

elle exige qu'il soit tenu compte d'un abattement de 25%, soit le maximum autorisé par la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75, consid. 5). S'il est manifeste que les critères de nationalité et de connaissance du français constituent des circonstances dont il peut être tenu compte par une déduction sur le salaire statistique, force est de constater que la recourante, par ses critiques, ne convainc pas qu'une réduction de 10% serait tellement insuffisante qu'elle en deviendrait arbitraire. A ce titre, et tenant en outre compte du large pouvoir d'appréciation reconnu à l'OAI en la matière, la Cour de céans ne saurait revenir sur ce point. b) De façon plus générale, la Cour de céans relève que le dossier constitué permet d'établir une image claire de l'évolution de la situation médicale de la recourante. Sur le plan psychiatrique, dans son expertise du 31 juillet 2014, le Dr F._____ conclut à la présence d'une capacité entière de travail dans toutes les activités, diagnostiquant un "trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale" sans répercussion sur la capacité de travail (cf. dossier OAI, pièce 344). Cette conclusion, fondée sur un examen complet de l'assurée, en présence d'un interprète indépendant, ainsi que sur son dossier assécurologique, n'est pas contredite par les autres pièces au dossier. Certes, la Cour constate que tant le Dr D._____ (cf. expertise du 30 janvier 2013, dossier OAI pièce 256) que le médecin traitant de l'assurée, le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine interne générale (rapport médical du 19 avril 2013, dossier OAI, pièce 286), émettaient l'hypothèse qu'un trouble somatoforme douloureux puisse être présent, accompagné possiblement d'une dépression. Ils n'ont, par contre, jamais affirmé que ces troubles soient invalidants au sens de l'assurance- invalidité. Au contraire, le Dr G._____ a expressément admis qu'ils n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité (rapport médical du 19 avril 2013, dossier OAI, pièce 286). Quoi qu'il en soit, force est de constater que l'expert exclut la présence de troubles somatoformes ayant un caractère invalidant, par un examen détaillé des critères dits de Foerster sans que cette appréciation ne soit remise en cause tant par la recourante que par les autres pièces au dossier.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Sur le plan somatique, dans son expertise du 27 mars 2014, le Dr E._____ conclut à une capacité de travail de 70% dans l'ancienne activité et entière, avec une diminution de rendement de 10 à 20% "au vu de la longue inactivité professionnelle", dans une activité adaptée, soit évitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive de plus de 5 à 10kg. L'expert cite, comme seul diagnostic avec influence sur la capacité de travail, un syndrome lombo-vertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, ainsi que différents diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail (cf. dossier OAI, pièce 312). Force est de souligner avec la recourante, qui admet que cette expertise a été "établie de manière parfaitement correcte" (dossier OAI, pièce 356), que l'expertise possède une entière force probante. Il convient, à ce titre, de relever qu'elle correspond aux conclusions présentées en janvier 2013 par le Dr D._____ (dossier OAI, pièce 256). Ces conclusions sont proches aussi de celles du Dr G._____ (rapport médical du 19 avril 2013, dossier OAI, pièce 286). Partant, il apparaît que la recourante est apte à travailler à temps plein dans une activité adaptée. Sur le plan de la capacité de travail dans le cadre de l'activité ménagère, la Cour constate que l'assurée ne remet absolument pas en cause le taux d'invalidité de 7,60% retenu. Dans la décision litigieuse, des empêchements ont été cités dans les postes suivants: alimentation (10% pondéré à 24%), entretien du logement (30% pondéré à 12%), emplettes et courses diverses (2% pondéré à 7%), lessive et entretien des vêtements (15% pondéré à 10%) et divers (0% pondéré à 45%). A noter que les taux de pondération sont conformes aux minimas et maximas prévus dans la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans

l'assurance-invalidité (CIIAI, n° 3086). Il ressort du rapport d'enquête que ces limitations ne sont probablement même pas aussi importantes, si l'on s'en tient à une lecture attentive des observations poste par poste. En effet, il apparaît clairement que la famille a trouvé des solutions pour pallier aux limitations de la recourante, notamment par l'aide de ses enfants ou beaux-enfants lorsqu'elle ne s'estime pas apte à effectuer une tâche. En outre, la personne chargée de l'enquête a mis en exergue des contradictions dans les déclarations, notamment s'agissant de l'impossibilité de marcher plus de trente mètres. Quoi qu'il en soit, ce taux d'incapacité – qui tient compte d'une limitation dans l'accomplissement desdits travaux dans les différents champs d'activité en fonction d'une pondération de leur importance quantitative – repose sur un examen attentif et précis de la situation familiale, ainsi que sur les réponses fournies, en toute connaissance de cause, à la personne chargée de l'enquête. Il n'y a pas de raison de s'en écarter. Une brève comparaison permet d'observer que, sur le plan de l'activité lucrative (30%), la capacité entière de travail reconnue en 2012 (dossier OAI, pièces 89, 94 et 131) est superposable à l'incapacité de travail admise dans le cadre de la présente procédure. Bien que le plan de l'activité à domicile (70%) n'ait pas été examinée séparément en 2012, force est d'admettre une légère péjoration de l'état de santé dans ce domaine. Cependant, avec un degré d'invalidité de 7,6%, on ne saurait parler d'une aggravation significative de l'état de santé de la recourante, justifiant une révision de son droit à la rente. Quoi qu'il en soit, en raison d'un degré d'invalidité global de 5,32%, un quelconque droit à la rente doit être dénié. Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision de l'OAI confirmée.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 4. La recourante requiert le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. a) Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. 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 des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (Tribunal fédéral, arrêt non publié 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3); b) S'agissant de la première condition, il ressort du dossier que l'assurée et son époux sont assistés financièrement par le Service social du district de la Broye (cf. budget pour le mois de janvier 2015) et que, partant, ils ne disposent pas de ressources suffisantes pour supporter les frais de la présente procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à leur existence. S'agissant de la seconde des conditions, il convient de relever que les arguments invoqués à l'appui du recours n'apparaissent, à première vue, pas d'un grand poids. Cela étant, l'examen du dossier auquel a dû se livrer la Cour a tout de même présenté certaines difficultés, de sorte qu'il n'est pas possible de conclure que le recours était d'emblée dénué de toute chance de succès. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2015 29) peut être admise et que Me Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg, est désigné comme défenseur d'office. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par 800 francs, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne

sont toutefois pas prélevés, cette dernière étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire ainsi que des opérations effectuées par le mandataire de la recourante, consistant principalement en l'étude du dossier et le dépôt d'un mémoire de recours, la Cour de céans fixe ex aequo et bono l'indemnité à 1'200 francs, plus 96 francs au titre de la TVA, et la met intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2015 29) est admise pour la procédure de recours introduite le 9 février 2015 (608 2015 28) et Me Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg, est désigné défenseur d'office. III. Les frais de procédure, par 800 francs sont mis à la charge de la recourante. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. IV. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens, avocat, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à 1'200 francs, plus 96 francs au titre de la TVA, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. 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 21 mai 2015/pte Président Greffier

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