

# FR\_GERICHTE 608 2015 77 vom 10. November 2016

FR Kantonsgericht, 2016-11-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2015\\_77](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_77)

FR: FR\_GERICHTE 608 2015 77 du 10 novembre 2016

IT: FR\_GERICHTE 608 2015 77 del 10 novembre 2016

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 18

janvier 2005, 10 septembre 2008 et 19 juin 2012 le droit à la rente entière. C. Dans son questionnaire pour la révision de la rente qu'elle remplit le 5 mai 2008 (dos. OAI 112), tout en indiquant un état stationnaire, l'assurée avait coché les cases relatives au besoin de soins permanents de jour et d'une surveillance personnelle de jour et de nuit. Au vu cependant des précisions des besoins données dans le formulaire de demande et questionnaire pour personnes impotentes, du 5 septembre 2008 (dos. OAI 147), il ne fut pas donné suite à cette demande de prestations. Le 23 mars 2012, dans le questionnaire pour la révision de la rente (dos. OAI 154), l'intéressée avait annoncé une aggravation de son état de santé depuis octobre 2009, faisant valoir "tomber dans les pommes" depuis deux ans et demi du fait d'un problème de cœur et "donc" de tension, laquelle n'était jamais stable; elle n'osait pas rester seule à cause de son état de santé ne faisant que s'aggraver; s'agissant de l'impotence, elle cocha en outre positivement toutes les cases des Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 besoins, hormis celle pour les repas, indiquant pouvoir manger seule mais avoir besoin d'aide pour faire ceux-ci. Sont déposés au dossier par la suite un formulaire de demande d'allocation pour impotent, du 27 août 2012 (dos. OAI 182), un rapport d'enquête y relatif du 2 novembre 2012 (dos. OAI 197), complété le 29 janvier 2013 (dos. OAI 227), les pièces médicales dont dispose le médecin traitant G.\_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale (demande de l'OAI du 8 novembre 2012), un avis du 23 novembre 2012 (dos. OAI 221) du Service Médical Régional (SMR), du Dr H.\_\_\_\_\_, FMH anesthésiologie, sur la situation, notamment quant aux besoins d'aide pour les travaux habituels invoqués par l'assurée. Le 20 février 2014, le SMR, par le Dr I.\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, recommande la mise en place d'une expertise psychiatrique. Laquelle est confiée au Dr J.\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 10 janvier 2015, ce dernier pose les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail et ni entraînement d'une baisse de rendement, de: 1) dysphorie/dysthymie (F34.1); 2) dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F45.3); 3) majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques et sociales; processus d'invalidation figé (F68.0). Pour l'expert-psychiatre, la capacité de travail de l'assurée était entière au plus tard un an après l'accident. S'appuyant sur ces constatations d'expert, l'OAI a, après son projet de décision du

### E. 23

juin 2003; également rapport du 7 septembre 2016 de la Dresse O.\_\_\_\_\_: selon la patiente, ces malaises avec perte de connaissance existeraient depuis l'accident en 2002),

mais a continué à vivre pendant de nombreuses années sans demander des investigations médicales poussées à cet égard, ni faire valoir la nécessité d'une aide de tiers régulière pour ses activités quotidiennes ou d'un usage de moyens auxiliaires, et est devenue mère à nouveau. A noter encore une fois la très forte majoration des plaintes intervenue: l'on est passé de l'allégation d'une syncope chaque deux-trois mois, à deux ou trois par semaine, avec chute sans pouvoir faire quoi que ce soit, choc frontal ou sur le côté, perte totale de connaissance durant une dizaine de minutes et une intervention des ambulanciers quasiment à chaque fois, ainsi que des sudations froides, des hallucinations auditives, des idées délirantes (cf. rapport Dresse U.\_\_\_\_\_, du 13 octobre 2011, dos. OAI 217; rapport d'instruction pour l'allocation d'impotence du 2 novembre 2012, dos. OAI 196; également lettre de la recourante et de son époux du 26 octobre 2016, mentionnant une perte de connaissance à l'hôpital le 6 octobre 2016, que tout alla bien à cet égard lors d'un examen médical auprès d'un neurologue le 20 du même mois, mais ne disant rien des trois pertes de connaissances qui auraient eu lieu dans un centre psychiatrique le jour d'avant, selon ce qui ressort de la note interne du 25 octobre 2016), ce qui ne se retrouve nullement au dossier, respectivement n'a pas été objectivé médicalement. Elle allègue même désormais que cette perte de connaissance intervient quotidiennement et pendant une durée qui s'allonge (cf. rapport du

## **E. 28**

janvier 2015 du service des urgences, Dresse V.\_\_\_\_\_, dans lequel, nouvelle amplification, il est repris que l'accident de 2002 aurait été causé par un sac lourd tombant sur la tête d'une hauteur de 3 mètres, qui provoqua "un coma pour plusieurs jours" ainsi qu'une hernie discale). L'assurée n'a pas expliqué pourquoi, selon elle, cette symptomatologie des syncopes serait apparue depuis octobre 2009. Elle pourrait être mise en relation avec le décès de son père peu avant, d'un infarctus (elle s'est plainte et a consulté pour son cœur et sa tension; un de ses frères est décédé de ce fait également). Mais tout au plus cet élément est-il réactionnel (cf. également rapport d'entretien téléphonique du 28 janvier 2015, dos. OAI 320: le mari affirme qu'après réception du projet de décision, sa femme a connu une nouvelle perte de connaissance et dû être amenée aux urgences) et n'est pas constitutif d'une incapacité de travail. Quant à la réaction à son accident et la perte de son emploi consécutive, elle ne peut être, treize ans après sa survenance, être admise comme invalidante. Il en va ainsi de son absence totale de motivation pour reprendre un travail – ce qui induit une inutilité de l'octroi de mesures professionnelles. L'on relèvera que malgré ses fortes plaintes et les constats négatifs de ses médecins traitants, l'assurée n'a pas plus accepté une nuit d'observation en hôpital après la survenance d'une de ses syncopes alléguées – le traitement médicamenteux très léger donné alors suffit à améliorer son état, d'ailleurs – qu'une hospitalisation psychiatrique. La nécessité médicale ne paraît pas avoir été donnée, sans qu'on puisse y voir là nullement un échec des thérapies appropriées et justifiées par son état de santé médicalement objectivé. Eu égard à ce qui précède, il faut conclure que l'état de santé de la recourante s'est notablement amélioré et qu'elle présente au jour de la décision entreprise une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité légère, sans perte de rendement. Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 f) Comme le signale l'expert-psychiatre, la situation est marquée par plusieurs éléments extra-médicaux (cf. p. 22). Outre ceux déjà évoqués ci-dessus, l'on mentionnera également les éventuelles difficultés que pourrait rencontrer l'assurée, restée pratiquement toujours sans activité hors de son foyer depuis son arrivée en Suisse en 1994, pour trouver un travail, difficultés qui ne sont cependant pas directement liées à son état de santé et à la capacité de travail en

résultant, mais à d'autres éléments tels qu'une intégration insuffisante et des connaissances un peu limitées de la langue parlée dans sa région de domicile. Il en va également ainsi de la fragilité financière de la famille. Et de la passivité de l'intéressée exacerbée dans une certaine mesure lorsqu'est présent son époux, lequel a tendance à prendre toute la place et à donner sa (seule) vision de son état de santé de façon non exempte d'exagération. Ce sont là des éléments dont ne répond pas l'assurance-invalidité. g) Enfin, s'agissant des différentes pièces déposées dans le cadre de la procédure de recours, la Cour retient qu'elles ne sont pas susceptibles de remettre médicalement en cause l'exigibilité de l'exercice d'une activité à plein temps et sans perte de rendement au vu de l'état de santé pris en compte jusqu'à la décision attaquée. Une certaine réserve s'impose en outre quant aux pièces de médecins traitants. Le courrier des psychiatres de W. \_\_\_\_\_ du 25 mars 2015 se borne à mentionner que l'état de santé (maladie dépressive) reste stationnaire, sans aucune évolution ces dernières années; une hospitalisation en milieu psychiatrique pour pouvoir réaliser une fenêtre thérapeutique a été proposée à plusieurs reprises car "à cause de chutes et ses pertes de connaissance constantes, un changement médicamenteux à domicile est difficile"; la patiente mentionne une absence de tout plaisir dans la vie, des moments de désespoir, des idéations suicidaires précises, éléments manifestement basés sur les seules indications subjectives de l'intéressée et sur lesquels l'expert s'est prononcé ou qui ne sont pas établis médicalement et objectivement, à tout le moins dans le temps courant jusqu'à la date de la décision contestée. Cela atteste d'avantage d'une réaction de l'assurée à la réception de cette dernière. Le rapport du médecin traitant G. \_\_\_\_\_, du 1er mai 2015, est succinct également et n'apporte en particulier aucun élément déterminant sur le plan somatique, pour lequel il est spécialiste, contrairement à celui psychiatrique. L'aggravation mentionnée (depuis janvier 2015, au domicile) n'est pas motivée ni même décrite. En outre, il ne dit rien de la différence entre la prescription antalgique et anti-inflammatoire alléguée et le résultat des analyses en laboratoire opérées dans le cadre de l'expertise. Il en va de même de son attestation du 1er septembre 2016, bien ultérieure à la décision attaquée. A relever d'ailleurs que malgré l'évolution défavorable y rapportée, il est écrit que la patiente ne peut pratiquement plus faire de tâches ménagères, ce qui pourrait presque laisser paraître l'attestation d'une amélioration intervenue, puisqu'auparavant elle alléguait n'en faire aucune et demeurer quasiment tout le temps clouée au lit. Les mêmes considérations doivent être apportées au rapport du 7 septembre 2016 O. \_\_\_\_\_/P. \_\_\_\_\_. Après une très courte hospitalisation en psychiatrie en avril 2016, l'assurée a commencé à fréquenter une clinique de jour début août 2016, soit là aussi bien après la décision entreprise. D'ailleurs, selon l'intéressée, c'est depuis quelques mois seulement qu'est intervenue une péjoration (cauchemars, etc.), laquelle paraît surtout s'inscrire de façon réactionnelle à la révision du droit à la rente et être liée à des éléments dont ne répond pas l'assurance-invalidité (inquiétude quant à la situation financière et les enfants); enfin, il n'y a pas de diagnostics clairs posés, avec indication quant à leur survenance, leur caractère durable et leurs effets sur la capacité de travail, , nombre d'observations, telles la présence d'une humeur Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 dépressive, d'une dysphorie avaient déjà été faites par l'expert-psychiatre sans que celui-ci retienne une atteinte avec caractère invalidant, et cette pièce médicale ne contient aucune motivation propre à mettre à mal cette analyse. Au domicile, la Cour n'a pas à prendre en considération des modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1), ici le 5 mars 2015. En tout état de cause, en cas d'une évolution (déterminante) postérieure à la période prise en compte dans la décision, il appartenait ou

appartiendrait à l'assurée de la faire valoir dûment auprès de l'OAI. Cela s'applique aux diverses pièces produites le 2 novembre 2016. 4. Eu égard à tout ce qui précède, il faut conclure que l'état de santé de la recourante s'est notablement amélioré et qu'elle présente au jour de la décision entreprise une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité telle que décrite par l'OAI. Le calcul du degré d'invalidité de ce dernier n'est pas, à raison, remis en cause par la recourante. Il met en évidence que les conditions pour l'octroi d'une rente ne sont plus satisfaites. Le point de départ de la suppression de rente, deux mois après la notification de la décision, ne prête pas non plus le flanc à la critique, l'amélioration déterminante de l'état de santé étant suffisamment attestée depuis que fut rendue l'expertise psychiatrique à tout le moins. 5. Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée, confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, ici fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Celle-ci ayant cependant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale, ils ne seront pas perçus. Le mandataire de la recourante a déposé le 2 novembre 2016 des listes de frais dont une, qui concerne le présent dossier ainsi que celui 608 2016 80 à partir du 1er janvier 2016, sera appréciée ici pour moitié – il en ira de même des dépens pour le déplacement et les débats publics. Il est fait valoir quelque 10h30 au titre des honoraires. Au vu du temps consacré à l'affaire, la Cour fixera l'équitable indemnité à laquelle a droit le défenseur d'office à un total de CHF 2'356.10, à raison de quelque 10h30 d'honoraires à CHF 180.-, soit CHF 1'890.-, de CHF 67.50 (54 x 2.5) pour le déplacement, de CHF 150.- de débours (dont 162 photocopies x 0.4), de CHF 168.60 au titre de la TVA à 8 %, et CHF 80.- non soumis à TVA (rapport médical demandé au X. \_\_\_\_\_) et de la mettre intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils ne seront cependant pas perçus, au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite totale. III. L'indemnité allouée à Me Jacques Bonfils, avocat, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 2'356.10, soit CHF 1'890.- d'honoraires, CHF 67.50 d'indemnité de déplacement, CHF 150.- de débours, CHF 168.60 au titre de la TVA à 8 %, et CHF 80.- non soumis à TVA; elle est mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. 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 10 novembre 2016/djo Président Greffier-rapporteur