

FR_GERICHTE 608 2018 50 vom 26. Oktober 2018

FR Kantonsgericht, 2018-10-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_50

FR: FR_GERICHTE 608 2018 50 du 26 octobre 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2018 50 del 26 ottobre 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi 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.

E. 2.2

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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 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 i. f.). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité.

E. 2.2.1

Depuis le 30.11.2017, la preuve du caractère invalidant d'un trouble dépressif doit désormais être apportée selon la même procédure probatoire structurée que pour les troubles somatoformes douloureux et autres pathologies associées, en appliquant les indicateurs définis à l'ATF 141 V 281 (TF 8C_841/2016). Cela vaut, en particulier aussi pour les dépressions légères à moyennes. Dans ce contexte, la résistance du trouble dépressif à un traitement conduit dans les règles de l'art n'est qu'un élément parmi d'autres. Il s'agit désormais aussi de comprendre les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, ce qui suppose de tenir compte d'un ensemble de facteurs considérés dans

leur globalité. Ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble. Dans cette évaluation des conséquences d'un trouble psychique, le diagnostic n'est plus au centre. Aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne saurait être déduite du seul diagnostic. Il convient plutôt d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves à l'aide des indicateurs, dès lors que des problèmes de preuve analogues se posent pour ce type de troubles. Au mieux, en fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. La preuve d'une invalidité ouvrant droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. La personne assurée conserve le fardeau de la preuve du caractère invalidant de sa pathologie. Le médecin, respectivement l'expert, doit expliquer de manière plausible comme un trouble dépressif léger ou moyen, malgré – en principe – une bonne accessibilité au traitement, entraîne des limitations fonctionnelles qui se répercutent sur la capacité de travail de la personne assurée. Dans le même élan, le TF étend l'application de la procédure probatoire définie à l'ATF 141 V 281 à l'ensemble des troubles psychiatriques, dès lors que la majorité des troubles psychiatriques sont en réalité aussi peu objectivables que les troubles somatoformes douloureux et pathologies associées (TF 8C_130/2017). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à la procédure structurée d'administration des preuves de l'ATF 141 V 281 lorsque celle-ci n'est pas nécessaire pour établir les faits ou qu'elle ne convient pas. Cela dépendra du besoin concret de preuve. Selon le TF, il en va ainsi, premièrement, lorsque l'on se trouve en présence de diagnostics « assimilables » à des troubles physiques (schizophrénie, anorexie, etc.) et que les évaluations médicales sont claires et concordantes, tant sur la question du diagnostic que celle des limitations fonctionnelles. Ensuite, on peut aussi renoncer à l'examen des indicateurs lorsque des rapports médicaux ayant pleine valeur probante concluent de manière convaincante à une incapacité de travail, sans que d'autres rapports de valeur équivalente n'établissent le contraire.

E. 2.2.2

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie ». Avec le changement de pratique adopté par le Tribunal fédéral, cela ne vaut plus de manière aussi absolue. La question déterminante est de savoir, comme pour les autres maladies psychiques, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, compte tenu du fait qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

E. 3.1

En vertu de l'art. 17 al. 1 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. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et

à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5). 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). Cela étant, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée – qui priment sur les mesures de réadaptation – suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86; voir également arrêt TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5,

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 in SVR 2011 IV n° 73 p. 220; voir également arrêts TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7; 9C_800/2014 du 31 janvier 2015 consid. 5; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1 et 4.2.2).

E. 3.2

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin (éventuellement aussi d'autres spécialistes) est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou 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 114 V 310, 105 V 156, 115 V 134 consid. 2, 125 V 261 consid. 4). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard,

l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157; RAMA 1996 no U 256, p. 217 et les références). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert 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; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (arrêt TF I 19/02 du 26.07.2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29.01.2008), 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.

E. 3.3

Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé. Ainsi le juge ne s'écartera pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 ss consid. 3b).

E. 4

En l'espèce, est litigieuse la question de la suppression de la rente d'invalidité qui avait été octroyée en 2001 en raison de « manifestations hystériques ainsi que d'un noyau psychotique », attestés par le Dr F. _____, spécialisé en psychiatrie. Depuis cette date, aucun examen approfondi n'est intervenu, de sorte que le point de comparaison pour juger de l'amélioration est celui de la date de la décision initiale.

E. 4.1

L'OAI s'est fondé sur un rapport d'expertise psychique, commandé lors de la révision d'office de la rente, pour décider de sa suppression. Aux termes de ce rapport, l'expert a mis en exergue les éléments suivants.

E. 4.1.1

S'agissant des atteintes à la santé, l'expert signale que: « Du point de vue psychiatrique, je n'ai pas pu retenir durant l'entretien ni du point de vue anamnestique des signes et symptômes d'une maladie psychiatrique. Toutefois, en ce qui concerne la personnalité, au moment de l'entretien l'assurée a présenté juste à la fin de l'entretien une crise hystérique et selon les éléments figurant dans votre dossier, nous pouvons considérer que cette assurée présente une personnalité à traits hystériques, mais sans aucune limitation fonctionnelle objectivée pendant l'entretien ni du point de vue anamnestique qui justifierait l'incapacité de travail de cette assurée qui bénéficie d'une rente AI depuis 2001 ». Il poursuit: « Signalons que le Dr F._____, médecin psychiatre à Fribourg, avait examiné l'assurée en 2001. Si j'ai bien compris sa lettre au médecin traitant, sans l'aide d'un traducteur, il parlait de manifestations hystériques ainsi que d'un noyau psychotique, noyau que je n'ai pas pu objectiver; en effet, pendant l'entretien, cette assurée ne présentait aucun signe ni manifestation psychotique, elle s'exprimait correctement, pouvait sourire parfois avec l'interprète. L'assurée se plaint fondamentalement de fatigue, ce qui peut être un signe clinique d'un registre hystérique mais également de la neurasthénie ».

E. 4.1.2

Dans son analyse détaillée de la personnalité de l'assurée, le médecin expert retient que la patiente présente « une neurasthénie (F48.0 selon la CIM-10), dont la caractéristique essentielle est une plainte concernant la fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une diminution des performances professionnelles et des capacités à affronter les tâches quotidiennes ». Selon lui, la recourante « présente donc une problématique névrotique qui fait partie des troubles névrotiques, selon la CIM-10, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40, F48), sans limitation fonctionnelle handicapante ». Il signale également que la recourante, malgré la séparation conjugale, a été en mesure d'élever seule ses trois enfants et se remarier en 2009, faisant preuve de ressources personnelles tout au long de son existence. Il relève toutefois l'existence de difficultés culturelles importantes chez une assurée de nationalité suisse qui ne peut s'exprimer ni en français ni en suisse-allemand.

E. 4.1.3

Aux termes d'une analyse fouillée du dossier de la patiente, en particulier des avis exprimés par ses confrères et les médecins traitants de la recourante, l'expert a posé les diagnostics de « neurasthénie (F48.0), traits de la personnalité histrionique (F60.4), difficultés liées à l'environnement social, signalons que cette assurée ne parle ni le français ni le suisse-allemand alors qu'il y a de nombreuses années qu'elle est en Suisse (Z60) ». Tous ces diagnostics n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail; il n'y a, selon lui, aucun diagnostic ayant une incidence sur celle-ci.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14

E. 4.2

L'expert fait également part de ses doutes quant à certains éléments du dossier, en particulier s'agissant du diagnostic du Dr F._____ qui a retenu une problématique

psychotique sur la base d'un examen réalisé sans l'aide d'un interprète, alors que l'assurée ne s'exprime ni en français ni en allemand et que lui-même ne parle pas le turc. Il s'étonne aussi du fait que, nonobstant ses troubles psychiques, l'assurée n'est suivie par aucun psychiatre depuis 2002; elle n'aurait pris contact avec un spécialiste en psychiatrie qu'en mars 2017, à l'occasion de l'expertise en question. S'agissant du suivi des thérapies, il explique que « Cette assurée n'a pas été prise en charge du point de vue psychiatrique et le médecin traitant la voit une fois tous les deux mois et il parle d'une personnalité très fragile, ce avec quoi je ne peux pas être d'accord car l'assurée a davantage de ressources dont elle a fait preuve tout au long de son existence ». Dans son appréciation de la situation, il s'exprime de la sorte: « Il n'y a pas de divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, ainsi que mes propres observations; par contre, je m'éloigne sensiblement des observations effectuées par son médecin traitant qui parle d'une personnalité fragile. Certes, cette assurée présente une problématique névrotique, neurasthénie avec des traits histrioniques, mais avec des bénéfiques secondaires très importants; de par son attitude, sa famille et son entourage sont très près d'elle, mais il n'y a pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique qui empêcheraient cette assurée d'avoir une activité professionnelle ».

E. 4.3

Pour ce qui est de la capacité de travail, l'expert déclare: « En l'absence de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique, cette assurée est capable de travailler au moment de l'entretien ainsi que du point de vue anamnestique et ceci vraisemblablement depuis plusieurs années ». Il met aussi l'accent sur le fait qu'il n'a pas été en mesure d'objectiver un diagnostic handicapant avant son examen, l'assurée n'ayant pas été suivie par un psychologue ou un psychiatre et il n'a pas été possible de déterminer si elle a pris des médicaments psychotropes; il propose donc de fixer la capacité de travail à partir de la date de l'entretien, tout en soulignant que la recourante perçoit une rente depuis de nombreuses années, qu'elle n'a pas travaillé depuis 2001 et qu'il y a lieu de s'attendre à ce qu'elle fasse une décompensation à caractère hystérique en cas de retrait de la rente. Selon lui, le diagnostic posé jusqu'ici est celui de « traits de la personnalité histrionique », mais le diagnostic principal est de « neurasthénie », maladie qu'il définit comme « un trouble névrotique qui se manifeste surtout par une fatigue, ce qui est la plainte principale de l'assurée, et qui ne provoque aucune limitation du point de vue psychiatrique ». Partant, il estime la capacité de travail de la recourante à 100%, tout en tenant compte du fait qu'elle n'a plus exercé d'activité depuis 2001, qu'elle est sans formation et qu'elle n'a travaillé que dans les nettoyages.

E. 5.1.1

Le 27 février 2018, E._____ a produit un rapport à la demande de la recourante. Il est fait état d'une consultation en mars 2017 suite à une crise de tétanie, au cours de laquelle elle avait été trouvée par terre par son époux, mutique et avec une respiration accélérée. A cette occasion, le diagnostic de « trouble dépressif majeur récurrent, dysthymie, trouble somatoforme et trouble de conversion » ont été retenus. Malgré la mise en place d'un traitement, les troubles sont restés inchangés et l'assurée a été déclarée en incapacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 Le 24 avril 2017, le Dr G._____, psychiatre traitant à E._____ qui suit sa patiente depuis le 13 mars 2017, indique qu'elle souffre d'un «

trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), comorbidité avec dysthymie (F34.1) » (expertise psychiatrique, page 17), atteintes qui, aux dires de la recourante, constituent des limitations psychiques à l'exercice d'une activité lucrative. Le médecin généraliste traitant, quant à lui, a, dans ses divers rapports, souligné une personnalité borderline émotive (cf. expertise psychiatrique page 15) et a fait mention, dans une missive datée du 8 mars 2017, à l'expert psychiatre, ainsi que cela ressort de l'expertise (page 15), d'une « importante fragilité sur le plan psychique ».

E. 5.1.2

S'appuyant sur ces constats, la recourante critique l'expertise en la qualifiant de lacunaire. Elle considère que ces nombreux troubles, du sommeil, de la fatigue qui l'oblige à se reposer après la moindre activité et de son apathie lui rendent impossible toute tentative de s'imposer un rythme de vie, et ce malgré sa bonne volonté. Cela étant, elle considère que tous ces éléments versés au dossier nécessitent une investigation plus approfondie que celle fournie par le rapport d'expertise, lequel n'a pas pris en considération ses plaintes et n'a pas motivé ses conclusions dans la mesure où elles s'écartent de celles émises par ses médecins traitants.

E. 5.2

La recourante expose qu'elle était âgée de 44 ans au moment de l'expertise et qu'elle avait perçu une rente d'invalidité complète depuis plus de 15 ans. Dès lors, elle estime que l'expert ne pouvait, sans autre, écarter la mise en œuvre de toutes mesures de réintégration dans le marché du travail, en particulier la prise de mesures spéciales autres que d'ordre professionnel. A tout le moins, cet aspect aurait nécessité une approche motivée pour en justifier le rejet.

E. 5.3

L'OAI a soumis au SMR les critiques du rapport d'expertise, émises par la recourante, en particulier s'agissant de savoir s'il était vrai que le Dr C. _____ n'apportait aucune explication à la conclusion que les critères de la dépression ne sont pas remplis. Le SMR a répondu en date du 18 janvier 2012, que: « La problématique névrotique, à laquelle se rattachent les symptômes décrits au point 3, p.4, est traitée dans la CIM-10 au chapitre F40-F48 « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress, et troubles somatoformes ». Alors que les critères de la dépression sont traités au chapitre des « Troubles de l'humeur F30 à F39 ». Il n'y a donc rien de surprenant et encore moins de contradictoire à ce que les symptômes névrotiques n'aboutissent pas à un diagnostic de dépression ».

E. 5.4.1

La recourante reproche encore à l'expert un diagnostic contradictoire dans la mesure où tous les symptômes dont elle souffre, qu'il a dûment listés, ont été considérés comme ne faisant pas partie du diagnostic de dépression selon la CIM-10, alors que, selon elle, ils le sont bel et bien. Or, le rapport d'expertise est lacunaire à ce sujet, puisqu'en les écartant, l'expert aurait dû motiver son argumentation.

E. 5.4.2

A cet égard, l'OAI a posé la question au SMR, lequel s'est prononcé une nouvelle fois le 13 avril 2018. A son avis, « Sur le plan formel, le rapport d'expertise psychiatrique du 15.05.2017 se fonde sur une pleine connaissance du dossier de l'expertisée. L'expert a

complété le dossier en demandant des renseignements au médecin traitant et au psychiatre traitant. Des examens cliniques et paracliniques complets ont été effectués. Les plaintes de l'expertisée ont été prises en considération. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. L'appréciation de la situation médicale est claire. L'analyse des « indicateurs standards » est complète. Les conclusions sont motivées. Sur le fond médical, les diagnostics attestés par l'expert sont

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 concordants avec les données cliniques rapportées et conformes aux critères de la CIM-10. Les conclusions du rapport d'expertise sont cohérentes avec l'atteinte à la santé objectivée et conforme à la jurisprudence, qui s'applique à la neurasthénie (F48.0) par analogie avec les troubles somatoformes douloureux ».

E. 5.4.3

S'agissant des diagnostics posés par les médecins de E._____, le SMR considère qu'ils sont eux-mêmes contradictoires. « On doit toutefois relever que les diagnostics de « trouble dépressif majeur récurrent » et de « dysthymie » sont incompatibles. En effet, par définition, la dysthymie est une « Dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen (F33.0 ou F33.1) ». Il est également intéressant de relever que, selon la CIM-10, « La dysthymie présente de nombreux points communs avec les concepts de névrose dépressive et de dépression névrotique ». Cette pièce médicale atteste des diagnostics ne reposant pas sur les critères de la CIM-10 et incompatibles entre eux. L'incapacité de travail alléguée résulte d'une appréciation différente d'une même situation que celle évaluée par l'expert, l'absence d'évolution étant confirmée ». Enfin, la conclusion du SMR au sujet de l'expertise psychiatrique est claire: « 1) Le rapport d'expertise psychiatrique du 15.05.2017 satisfait entièrement aux critères de qualité attendus d'une expertise médicale. 2) Le courrier des psychiatres traitants du 27.02.2017 décrit la même situation médicale objective que celle relatée par l'expert et confirme l'absence d'évolution. Il ne remet donc pas en cause les conclusions de l'expertise. 3) Il n'y a aucun motif médical pouvant justifier une nouvelle expertise. 4) Les diagnostics allégués par les psychiatres traitants ne reposent pas sur les critères de la CIM-

E. 10

5) L'incapacité de travail alléguée par les psychiatres traitants ne peut pas être validée sous l'angle de la médecine d'assurance ». 6. 6.1. Dans le cas d'espèce, la Cour constate que des divergences d'interprétation existent entre les médecins qui ont examiné la recourante. Néanmoins, divers éléments du dossier permettent de se forger une opinion à satisfaction de droit. La recourante a bénéficié d'une rente de l'assurance-invalidité pour des raisons psychiatriques. Partant, même si l'on ne saurait écarter sans autre les constatations du médecin généraliste traitant, force est de constater qu'il n'a pas la spécialisation d'un psychiatre, de sorte que son diagnostic ne saurait être prépondérant en l'état. Par ailleurs, il semble à tout le moins assez curieux que, depuis 2001, date à partir de laquelle la recourante a été reconnue en incapacité totale de travail pour des raisons psychiatriques, elle n'ait pas été suivie par un spécialiste en psychiatrie. Ce dernier, en effet, aurait pu lui prescrire une médication adéquate pour, si ce n'est complètement venir à bout de ses affections, à tout le moins, faire en sorte d'en limiter la portée sur la capacité de travail. Il paraît tout aussi curieux que son médecin traitant, qui suit sa patiente de manière très régulière et n'a

constaté, tout au long de ces années, aucune amélioration de son

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 état de santé, n'ait pas jugé opportun de la diriger vers un spécialiste. Encore plus surprenante est sa manière de s'adresser à l'expert, lorsqu'il lui demande « la plus grande bienveillance dans la prise en charge de la patiente », car la sachant d'une si grande fragilité, on peine à comprendre qu'il n'ait pas tout mis en œuvre pour l'aider à se reconstruire. Ces éléments tendraient à accréditer les doutes, d'une part, sur des éléments psychiatriques non prépondérants dans l'incapacité de travail, et, d'autre part, sur la réelle volonté de la recourante de recouvrer sa capacité de travail. Les autres éléments du dossier – non contestés en l'occurrence – tendent à confirmer les constatations de l'expert. La recourante, née en 1973, était âgée de 28 ans au moment où elle a été mise au bénéfice d'une rente entière de l'assurance invalidité. A ce moment, elle était mère de 3 enfants, dont 2 jumeaux, nés respectivement en juin 1989 et mai 1993. Mariée et mère à l'adolescence, après 16 ans de mariage, son premier mari a quitté la Suisse en 2005, la laissant seule avec 3 enfants, âgés alors de 16 et 12 ans. Elle a donc dû élever seule trois adolescents, dont un fils malentendant, en dépit du fait qu'elle présentait un état dépressif moyen et qu'elle ne parlait aucune langue du pays. En 2009, elle s'est remariée avec un ressortissant turc, rejeté par ses enfants, raison pour laquelle les époux vivent dans deux domiciles séparés, situation qui perdure nonobstant le fait que les « enfants » sont largement majeurs. Autant dire que sa situation personnelle a été et est assez singulière. Pour une personne en bonne santé, une telle situation n'est pas si facile à gérer; cela doit tenir du domaine de l'impossible pour quelqu'un qui présente un état dépressif réellement avéré. Il est, dès lors, légitimement permis de considérer – comme le fait l'expert psychiatre – que la recourante dispose de bien plus de ressources qu'elle ne veut bien l'admettre et que, moyennant un effort de volonté raisonnablement exigible, elle serait en mesure de les utiliser dans une activité professionnelle adaptée. On peut également constater que l'expert a relevé que le retrait de la rente devrait produire une réaction psychique négative chez cette expertisée. Cela peut, en partie du moins, également expliquer les divergences entre l'expert et les médecins qu'elle consulte depuis la procédure de révision et l'annonce qu'elle devait se soumettre à une expertise. On ne saurait, en revanche, prendre en compte – pour juger le bien-fondé d'une suppression de rente – les effets de celle-ci. Relevons enfin que, lors de son stage au Centre D._____, la qualité de son travail, sa ponctualité et sa compréhension des tâches à accomplir ont été soulignées; par conséquent, il y a lieu de reconnaître qu'elle dispose de ressources adéquates pour faire face à un emploi adapté. Dans ces circonstances, la Cour ne voit aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expertise. Celle-ci est en tous points conforme à la jurisprudence ci-dessus rappelée, en ce qu'elle émane d'un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert a abouti à des résultats convaincants, lesquels recourent les autres constatations versées au dossier, de sorte que la Cour ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé. Il y a lieu de constater que l'état de santé s'est bel et bien amélioré. Partant, il n'est pas nécessaire de recourir à une contre-expertise depuis l'octroi initial de la rente. Mal fondé sur ce point, le recours doit être écarté et la conclusion subsidiaire de la recourante doit être rejetée. 6.2. Par surabondance, il sied encore de rappeler que la recourante a consulté des médecins psychiatres suite à une crise de tétanie survenue en mars 2017, alors que l'OAI, contrairement à

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 ce qui se passait jusqu'ici lors des révisions de la rente, l'avait avisée de son intention de recourir à une expertise. Selon toute vraisemblance, et comme l'a indiqué l'expert dans son rapport, elle a été victime d'une décompensation à caractère hystérique, sachant que sa rente était menacée. Etant donné l'absence de suivi médical approprié, il n'a pas été possible de déterminer à partir de quel moment elle a recouvré sa capacité de travail. Si l'on se fonde sur l'expertise, il semblerait que, même en 2001, les conditions d'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité n'étaient pas pleinement remplies. On peut certes se poser la question de savoir pourquoi l'OAI n'a pas jugé bon de soumettre son assurée à une expertise lors des révisions successives de la rente, en 2002, 2005, 2008, 2012 et 2015, se contentant manifestement des rapports médicaux des médecins généralistes traitants. Ce nonobstant, au moment de la décision de suppression de la rente, il paraissait évident que celle-ci ne se justifiait plus et que l'état de santé s'était amélioré. 6.3. Cela étant, dans le cas particulier, la recourante percevait une rente de l'assurance- invalidité depuis plus de 15 ans au moment où l'intimé a décidé de la suppression de la prestation. Elle appartient ainsi à cette catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail, de sorte que c'est à juste titre que des mesures d'ordre professionnel ont été envisagées en sa faveur. Ces mesures devaient lui permettre de se réintégrer progressivement dans le milieu du travail. Or, force est de constater que la recourante n'a pas semblé très collaborante, puisque, malgré la qualité attestée de son travail, elle a refusé d'augmenter son taux d'activité, au motif qu'il lui était insupportable de travailler plus de deux heures par jour. Par ailleurs, elle a présenté un taux d'absentéisme très élevé de 21 jours (dont seulement 3 médicalement attestés) sur les 36 de présence, pour une durée de travail totale à hauteur de 2 heures par jour, et, même à ce rythme, elle a affirmé que cela avait nettement aggravé son état de santé, au point de mettre fin prématurément à la mesure. Dans ces circonstances, de nouvelles mesures d'ordre professionnel ne paraissent pas nécessaires et seraient selon toute vraisemblance vouées à l'échec. Il ne se justifiait dès lors pas de mettre en œuvre d'autres mesures dans le cas d'espèce. 7. Dans le cadre de ses écritures, la recourante a sollicité l'octroi du bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. 7.1. En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. Selon l'art. 61 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal, tout en devant satisfaire aux exigences fédérales prévues exhaustivement aux lettres a à i. La procédure doit ainsi être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties (art. 61 let. a, 1ère phr. LPGA). Le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti; lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant (art. 61 let. f LPGA). Sur le plan cantonal, selon l'art. 142 al. 1 CPJA, a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2). D'après l'art. 143 al. 2 CPJA, l'assistance judiciaire comprend notamment, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties. 7.2. La recourante a déclaré

un revenu moyen de l'ordre de CHF 2'294.-, constitué des rentes de l'assurance-invalidité. Son époux, au moment du dépôt du recours, travaillait à 50% pour un revenu mensuel net de CHF 1'460.35, plus environ CHF 1'700.- perçus par la caisse de chômage, selon les décomptes de salaire et de la caisse de chômage SYNA versés au dossier. Dès le 1er mars 2018, il est entièrement au chômage. Le total des revenus du couple s'élève ainsi à CHF 5'454.35. Même en tenant compte d'un revenu du mari réduit en raison du chômage, on arrive à un revenu mensuel de l'ordre de CHF 5'000.-. L'un des fils de la recourante, qui travaillait dans un bar au moment du dépôt du recours, vit avec sa mère. A ce titre, il est tenu de partager les charges de logement et de nourriture. A défaut de données chiffrées, en se fondant sur les normes retenues au titre de l'aide sociale, il y a lieu d'estimer l'apport complémentaire du fils de la recourante, sans risque d'arbitraire, entre CHF 500.- et CHF 700.- par mois. Les charges du couple sont estimées à CHF 3'792.40, avec un loyer de CHF 1'040.- et des primes d'assurance-maladie de CHF 481.50 et CHF 270.90, plus un minimum vital de CHF 1'700.- et des dépenses diverses de CHF 300.-. Si l'on déduit les charges des revenus, la recourante dispose d'un montant de CHF 1'200.- à CHF 1'500.- par mois pour faire face à des dépenses imprévues. Toutefois, compte tenu de la suppression de la rente, avec effet au 1er mars 2018, force est de constater que ses revenus sont insuffisants pour couvrir son minimum vital. En l'espèce, il y a lieu d'admettre que le recours contre la décision du 23 janvier 2018 ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec, quand bien même ses chances de succès étaient très minces, comme il l'a été démontré ci-dessus. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale sera donc admise et Me Valentin Aebischer, avocat, sera désigné comme défenseur d'office. 8. La procédure n'est pas gratuite. Les frais de justice s'élèvent à CHF 800.-, ils ne seront pas perçus en vertu de l'octroi de l'assistance judiciaire totale. L'indemnité allouée à Me Valentin Aebischer, en sa qualité de défenseur d'office, sera fixée, compte tenu de la liste de frais produite par ce dernier le 27 juillet 2018, en fonction du temps consacré à l'affaire, de la difficulté et de l'importance relatives du litige, ainsi que des opérations nécessaires à la conduite de la seule présente procédure, consistant principalement en l'étude du dossier et le dépôt d'un mémoire de recours, d'une requête d'assistance judiciaire d'environ 20 pages, à CHF 3'607.20, à raison de 13 heures 42 minutes à CHF 180.- (tarif de l'assistance judiciaire), soit un montant de CHF 2'415.60, de CHF 86.60 de débours, pour un total de CHF 2'504.20 et de CHF 192.70 au titre de la TVA à 7.7%, au total CHF 2'696.90. Elle sera mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête: I. Le recours (608 2018 50) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 52) est admise. Me Valentin Aebischer, avocat, est désigné défenseur d'office. III. Il n'est pas perçu de frais de justice. IV. L'indemnité allouée à Me Valentin Aebischer, avocat, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 2'696.90, TVA par CHF 192.70 comprise, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. V. Notification. 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 26 octobre 2018/esc Le

Président: La Greffière-stagiaire:

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