

FR_GERICHTE 608 2018 73 vom 17. Juni 2019

FR Kantonsgericht, 2019-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_73

FR: FR_GERICHTE 608 2018 73 du 17 juin 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2018 73 del 17 giugno 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 31

mai 2017. Par communication du 12 décembre 2017, l'OAI a maintenu la demi-rente d'invalidité. Suite aux objections de l'assurée, l'OAI a confirmé sa position dans une décision du 14 février 2018, en précisant qu'il n'existait aucun élément médical objectif susceptible de remettre en cause l'exigibilité médico-théorique fixée précédemment, à savoir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. C. Contre cette décision, A._____, représentée par Me Karim Hichri, avocat au sein d'Inclusion handicap, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 19 mars 2018, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2017 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, elle relève que les experts de C._____ ont été mandatés par l'assureur-accidents et qu'ils devaient donc se déterminer uniquement en tenant compte des troubles en lien de causalité avec l'accident de 2001. Or, elle souligne qu'une cervicarthrose étagée prédominant de façon marquée par une unco-discarthrose érosive C4-C5 et C5-C6 latéralisée à droite et des compressions radiculaires cervicales étagées C5 et C6 ont notamment été mises en évidence par une IRM du 7 juin 2017 et que les experts n'en ont pas tenu compte dans leurs conclusions. Elle considère ainsi que l'autorité intimée ne pouvait pas se baser uniquement sur ce rapport d'expertise pour trancher, ce d'autant plus qu'un rapport du 1er février 2018 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, estime qu'elle présente désormais une incapacité de travail totale. Enfin, elle sollicite d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. Dans ses observations du 4 mai 2018, l'autorité intimée conclut au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Elle considère que le rapport d'expertise de C._____ du 31 mai 2017

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 et le rapport du 19 janvier 2018 du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR) comportent tous les éléments médicaux nécessaires permettant de fixer la capacité de travail de la recourante. Le 29 juin 2018, Hotela Fonds de prévoyance, à qui la décision attaquée avait également été notifiée, a été appelée en cause en tant que fonds LPP intéressé. Par courrier du 12 juillet 2018, elle a fait savoir qu'elle ne souhaitait pas s'exprimer sur l'objet du litige. Par courrier du 2 mai 2019, la recourante produit un rapport du 8 mars 2018 du Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil auprès de son assureur-accidents, dont il ressort que son état de santé s'est effectivement aggravé. Sur demande de la greffière-rapporteuse, Allianz Suisse Société d'assurances SA, assureur- accidents de la

recourante (ci-après: Allianz), produit, par courriers des 23 et 28 mai 2019, l'ensemble des pièces de son dossier postérieures au 31 mai 2017, ce dont les parties ont été informées. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre ces dernières. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 (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). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi- rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière. 2.2. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 2.3. La jurisprudence a confirmé que l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents et inversement (cf. ATF 131 V 362 et 133 V 549). Les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (cf. arrêt TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises pluridisciplinaires ordonnées par une assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé – qui est propre à l'assurance-accidents – n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise (arrêt TAF C-7866/2009 du 2 mai 2011 consid. 9.1 et les références citées). 3. Selon 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la

référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 4. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'autorité intimée a maintenu la demi-rente d'invalidité de la recourante à l'issue de la révision d'office initiée le 14 décembre 2016. Pour répondre à cette question, il faut, selon la jurisprudence susmentionnée en matière de révision, déterminer si son taux d'invalidité s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la décision du 28 septembre 2012, dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec celui qui était le sien à la date à laquelle la décision querellée a été rendue, soit le 14 février 2018.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 4.1. Au moment de la décision du 28 septembre 2012, l'OAI s'est basé essentiellement sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire réalisée le 23 novembre 2011 par le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le 24 novembre 2011 par le Dr G. _____, spécialiste en rhumatologie (dossier OAI, p. 826). Selon les experts, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont un trouble de la personnalité, sans précision (névrose de caractère) (F60.9), un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), un status post-ostéosynthèse du cotyle postérieur en 2001 et un status post-arthrodèse tibio-astragienne G ostéosynthésée en 2001 et réarthrodésée en 2003. Comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, ils retiennent des lombopygialgies et cervicalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, une ostéochondrose juvénile de Scheuermann L2 et L3 stable, un status post-cholecystectomie en 1994, un status post-déchirure ligamentaire de la cheville D en 1979 et une obésité (BMI: 36kg/m²). Les conclusions de l'expert-psychiatre sont les suivantes: "L'examen psychiatrique met en évidence: un tableau symptomatique tout à fait superposable à celui mentionné dans l'expertise psychiatrique de H. _____ effectuée en mai 2005, avec cependant actuellement moral baissé, sentiment d'anhédonie, perte d'estime partielle d'elle-même. Ce tableau semble s'être chronicisé depuis, avec stabilité remarquable de la symptomatologie psychiatrique et aggravation de la symptomatologie douloureuse. Nous sommes en accord avec l'appréciation développée page neuf de l'expertise susmentionnée: «après une enfance carencée sur le plan affectif, [l'expertisée] a fui le domicile parental pour aller gagner sa vie elle-même. Dans ce contexte, [elle] n'a pu suivre de formation professionnelle. L'accident de 2001 a épuisé les ressources de cette expertisée et elle développe, dans ce contexte, un syndrome douloureux persistant. En appréciant la situation clinique de manière globale et en intégrant la dimension rhumatologique et orthopédique, une composante en est certainement d'origine somatoforme, bien que [l'assurée] présente des lésions organiques pouvant expliquer une partie des lombalgies et des douleurs de la cheville et du pied gauche». Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer. Sur le plan psychiatrique, nous pouvons donc conclure que l'examen

psychiatrique met en évidence une situation strictement superposable à celle présentée lors de l'expertise psychiatrique de H._____ et met en évidence une névrose de caractère, décompensée sur un mode dysthymique, qui restreint considérablement les ressources de l'assurée et motive, comme en 2005, une incapacité de travail de 50% ". Pour sa part, l'expert-rhumatologue se prononce de la façon suivante: "Concernant son exigibilité, dans son ancienne activité de sommelière, estimant qu'elle doit effectuer des mouvements en porte-à-faux avec long bras, effectuer des ports de charges à répétitions et maintenir des positions debout prolongées, sa capacité de travail est estimée à 30%. Dans une activité adaptée, en limitant le port de charge de moins de 10 kg surtout en porte-à-faux avec long bras de levier, lui proposant une activité avec alternance de position et en évitant les longs déplacements surtout en plan accidenté, sa capacité de travail peut être estimée à 75%. [...] A notre avis, on note une grande discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle décrite dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle ainsi que les découvertes cliniques et paracliniques effectuées jusqu'à ce jour. En effet, le status post-chirurgical tant au niveau de la hanche que de la cheville reste à notre avis excellent. On note une excellente consolidation des foyers de fractures, il n'y a pas de pseudarthrose. Hormis une minime pré-arthrose au niveau cotyloïdien, la situation est favorable. Les séquelles post-traumatiques et chirurgicales ne permettent de loin pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Au niveau

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 rachidien, il existe certes des séquelles de maladie de Scheuermann mais qui restent très modérées, les lésions observées au niveau du lystal marginé, ne sont pas imputables aux traumatismes. Il n'y a pas de discopathie significative et l'ampleur de la symptomatologie douloureuse ne peut pas être expliquée par le status radiologique. Au niveau de la cheville, la mobilité est conservée, il n'y a pas de signe d'érosion ou de trouble dégénératif significatif. Il est à noter qu'il n'y a pas d'amyotrophie ou de signe qui pourraient éventuellement faire évoquer une atteinte radiculaire. L'assurée est capable de descendre 2 étages d'escaliers et de rester pendant 2,5 heures et demi assise durant l'entretien et de porter un sac de radiographies de 8 kg alors qu'elle décrit dans ses activités quotidiennes, une incapacité à rester assise de plus de 20 minutes, de porter des charges de plus de 3 kg et une impossibilité à descendre les escaliers. L'ampleur de la symptomatologie réside essentiellement dans le vécu douloureux chronique avec douleur subjective et propre à chaque individu, imputable à une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur, déjà décrite par la Dresse I._____ en 2003 et qui se sont péjorés en 2007 suite au contexte socio-familio-professionnel de l'assurée. Après discussion avec le Dr F._____, en intégrant l'aspect rhumatologique et psychiatrique, estimant qu'il y a comorbidité psychiatrique relevante, tel que décrit dans l'expertise du Dr F._____, sa capacité de travail dans son activité antérieure est estimée à 30% et dans une activité adaptée à 50% ". 4.2. Au moment de la décision querellée du 14 février 2018, l'autorité intimée s'est fait produire le rapport d'expertise bidisciplinaire du 31 mai 2017 de C._____, réalisée à la demande de l'assureur-accidents (dossier OAI, p. 998). Le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et le Dr K._____, spécialiste en neurologie, retiennent les diagnostics suivants: status après polytraumatisme avec fracture de l'acetabulum droit, ostéosynthésée le 18.01.2001 ayant nécessité une reprise avec réostéosynthèse pour une pseudarthrose le 25.06.2001, status après fracture des processus transverses de L3 des 2 côtés et L4 à droite, status après fracture Weber C de la cheville gauche ostéosynthésée le 17.01.2001, status après arthrolyse de la cheville gauche le 26.06.2003, lombalgies chroniques sur discopathies pluri-étagées depuis 2003, status après

ablation du matériel d'ostéosynthèse, 2 vis trochantérienne et neurolyse du nerf sciatique droit le 20.03.2015, status après ablation du matériel d'ostéosynthèse, plaque et partiellement vis, au niveau du pilier postérieur de l'acetabulum droit le 12.01.2016, conflit sous-acromial à l'épaule droite, obésité avec BMI à 37, céphalées vraisemblablement tensionnelles hémicrâniennes droites, cervicalgies d'origine dégénérative et tensionnelle, possible discret syndrome du tunnel carpien, possible discrète atteinte polyneuropathique des membres inférieurs, syndrome des apnées du sommeil, probable syndrome des jambes sans repos. S'agissant de la capacité de travail, ils arrivent aux conclusions suivantes: "D'un point de vue strictement neurologique, on peut dire que les troubles dégénératifs lombaires représentent vraisemblablement une gêne significative dans toute activité nécessitant le port régulier de charges, un engagement physique lourd et des déplacements importants à pied, de telle sorte que, en addition aux problèmes orthopédiques, il existe effectivement une incapacité de travail totale et définitive pour l'activité de sommelière. En revanche, en tenant compte également des éléments orthopédiques, il apparaît que [l'expertisée] pourrait travailler effectivement à 50 % dans une activité sédentaire, sans engagement physique lourd, sans port régulier de charges de plus de 5-10 kg, sans déplacements importants à pied et autorisant des changements relativement fréquents de position assis/debout en raison des lombalgies. Cette incapacité de travail est essentiellement de nature orthopédique au vu des présentes constatations, la capacité de travail

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 étant, sur le plan strictement neurologique, de 100 % (plein temps avec un rendement de 100 %) dans une activité adaptée respectant les quelques limitations fonctionnelles signalées par le Dr J. _____". Dans un rapport d'IRM cervicale du 8 juin 2017 (dossier OAI, p. 1077), le Dr L. _____, spécialiste en radiologie, conclut à la présence d'une cervicarthrose étagée prédominant de façon marquée par une unco-discarthrose érosive C4-C5 et C5-C6 latéralisée à droite avec MODIC 1 en miroir, un petit rétrolisthésis de C4 sur C5 et de C5 sur C6, une inversion de courbure cervicale à sommet C4-C5 et des compressions radiculaires cervicales étagées prédominant à droite surtout sur les racines C6 et C5 avec sténoses foraminales marquées en partie d'origine herniaire. Dans un courrier du 21 août 2017 (dossier OAI, p. 996), l'expert en chirurgie orthopédique précise que la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée est un taux global qui tient compte de l'atteinte dégénérative lombaire et du conflit sous-acromial probable. Il estime que la part représentée par les limitations précitées non accidentelles est de 50 %, de sorte que le taux net uniquement en rapport avec l'accident est de 25 % de capacité (recte: incapacité) résiduelle. Dans un rapport complémentaire du 6 novembre 2017 (pièce produite par Allianz), les experts J. _____ et K. _____ confirment totalement leurs conclusions du 31 mai 2017, précisées le 21 août 2017, en répondant aux diverses objections émises par la recourante. Dans son rapport du 19 janvier 2018 (dossier OAI, p. 1132), le Dr M. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès du Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), estime que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 31 mai 2017 remplit les critères de qualité requis, ce qui lui confère une pleine valeur probante. Il relève que les experts concluent qu'une activité adaptée reste médicalement exigible à 50 %, rejoignant les conclusions de l'expertise de 2006, validée par le Tribunal cantonal, et de l'expertise rhumatologique de 2011. Il souligne que le rapport d'IRM du 8 juin 2017 ne permet pas de définir des limitations fonctionnelles, alors que les experts ont, quant à eux, procédé à un examen clinique qui a montré une nuque sensible à la palpation et à la mobilisation avec une bonne mobilité, sans contracture de la musculature paravertébrale et sans déficit neurologique. Il conclut ainsi que l'assurée n'apporte aucun

argument ni aucun élément médical qui remette en cause les conclusions du rapport d'expertise du 31 mai 2017 et estime qu'aucune mesure d'instruction médicale complémentaire n'est requise. Dans un courrier à caractère médical du 1er février 2018 (pièce produite par la recourante à l'appui de son recours et par Allianz), le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, considère que la patiente est totalement incapable de travailler, ne pouvant que très difficilement se déplacer en raison des séquelles de l'accident de 2001 et souffrant également de pathologies rachidiennes qui ne sont pas imputables à l'accident. Dans un rapport du 8 mars 2018 [recte: 2019] (pièce produite par la recourante dans le cadre de la procédure de recours et par Allianz), le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil auprès de Allianz, partage l'avis du 1er février 2018 du Dr D. _____, selon lequel la recourante ne peut reprendre aucune activité professionnelle en raison des troubles du membre inférieur droit. Il précise toutefois qu'une reprise d'une activité professionnelle dans une activité assise pourrait être réévaluée une fois l'intervention d'arthrodèse complémentaire de cheville réalisée, laquelle devrait permettre une marche plus aisée et moins douloureuse. 4.3. Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate d'emblée que, dans le cadre de la deuxième révision d'office, l'autorité intimée n'a pas du tout investigué l'état de santé psychique de la recourante. Elle s'est contentée de se baser sur l'expertise bidisciplinaire,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 purement somatique, réalisée à la demande de l'assureur-accidents. Or, au moment de la décision précédente, l'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée retenue par les experts F. _____ et G. _____ dans leur rapport du 23 et 24 novembre 2011 était essentiellement justifiée par une atteinte psychiatrique. En effet, l'expert-psychiatre retenait un trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) qui restreignait considérablement les ressources de l'assurée et motivait une incapacité de travail de 50 %. Le même diagnostic psychiatrique était déjà retenu dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique et psychiatrique de H. _____ du 20 janvier 2006. A l'époque, les experts concluaient également de façon globale à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Certes, dans le cadre de la révision d'office initiée le 14 décembre 2016, la recourante n'a pas indiqué être suivie par un psychiatre ni n'a allégué des atteintes psychiatriques (cf. questionnaire pour la révision de la rente d'invalidité rempli par la recourante le 17 janvier 2017, dossier OAI, p. 935). Toutefois, cet aspect ne peut pas être mis de côté compte tenu des diagnostics avec incidence sur la capacité de travail précédemment retenus. En effet, dans les deux expertises précédentes, sur lesquelles l'autorité intimée s'est basée pour statuer, c'est l'aspect psychiatrique qui a justifié la diminution de la capacité de travail de 50 %, alors que, sur le plan purement somatique, les experts retenaient une diminution de la capacité de travail de 20 % en 2006 et de 25 % en 2011. Dans ces conditions, il n'est pas possible, en l'état du dossier, d'évaluer l'incapacité de travail globale de la recourante en tenant compte de l'ensemble de ses affections somatiques et psychiatriques. Dans la mesure où l'autorité intimée n'a pas du tout examiné la question de l'état de santé psychique de la recourante dans le cadre de la procédure de révision, il se justifie de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire, ce cas de figure étant expressément prévu par la jurisprudence fédérale précitée. 4.4. Dans son recours, la recourante estime que l'autorité intimée ne pouvait pas se baser sur le rapport d'expertise de C. _____, car les experts avaient pour mission de se prononcer sur la capacité de travail dans le domaine de l'assurance-accidents, soit en fonction des seuls troubles en lien de causalité avec l'accident de 2001, et qu'ils n'ont notamment pas tenu compte de l'incidence des cervicalgies mises en évidence par l'IRM

cervicale du 7 juin 2017. Cet argument ne peut pas être suivi en tant que tel, puisque, sur le plan somatique, il faut souligner que l'évaluation de la capacité de travail contenue dans le rapport du 31 mai 2017 de C._____ tient compte de l'ensemble des atteintes somatiques présentées par la recourante et pas uniquement de celles en lien de causalité avec l'accident, comme l'a clairement précisé le Dr J._____ dans son courrier du 21 août 2017. Dans cette prise de position complémentaire, cet expert indique que le taux d'incapacité de travail de 50 % est un taux global qui tient compte également de l'atteinte dégénérative lombaire et du conflit sous acromial probable et que l'incapacité de travail exclusivement en lien de causalité avec l'accident est de 25 %. Les experts ont en outre encore confirmé leur position dans un rapport complémentaire du 6 novembre 2017. Par rapport aux cervicalgies évoquées par la recourante, on peut suivre l'avis du médecin SMR du 19 janvier 2018 qui relève qu'indépendamment du rapport d'IRM, c'est essentiellement l'examen clinique qui peut évaluer les limitations fonctionnelles effectives. Or, lors de cet examen, les experts ont fait les constatations suivantes: - sur le plan orthopédique: "La colonne cervicale est douloureuse à la palpation des apophyses épineuses C5-C6-C7. Il n'y a pas de contracture musculaire. La mobilité est conservée, mais

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 douloureuse en fin d'amplitudes, avec une flexion/extension (distance menton-sternum) de 0- 20 cm. Rotation droite, rotation gauche : 60°/0°/60°. Inclinaison droite/gauche : 45°/0°/45°. Les trapèzes sont souples et indolores." - sur le plan neurologique: "On note une nuque de bonne mobilité, dont la mobilisation est donnée comme sensible localement. Les muscles paracervicaux et le chef supérieur du trapèze ne sont pas contracturés, mais apparemment sensibles à la palpation/pression des deux côtés." Les experts ont donc tenu compte de ces constatations lors de l'évaluation de la capacité de travail globale médicalement exigible. L'avis du Dr D._____ n'arrive pas non plus à remettre en cause les conclusions de l'expertise, puisqu'il se limite à signaler qu'à son avis la recourante est totalement incapable de travailler avec comme seule indication qu'elle ne peut que très difficilement se déplacer et qu'elle souffre également de pathologies rachidiennes. Une telle explication est manifestement trop succincte pour renverser les conclusions étayées des experts. Ainsi, la Cour de céans estime qu'au moment de la décision querellée, les conclusions de l'expertise de C._____ étaient tout à fait probantes et convaincantes sur le plan somatique, mais que, dans la mesure où aucune évaluation psychiatrique n'avait été effectuée, l'autorité intimée ne pouvait se contenter de s'y référer pour statuer. 4.5. Etant donné qu'une évaluation psychiatrique doit être effectuée, il faudra également tenir compte des derniers éléments médicaux et notamment de l'intervention chirurgicale qui a dû avoir lieu le 4 mars 2019 (cf. rapport du Dr G._____ du 31 janvier 2019 figurant dans les pièces produites par Allianz), étant précisé que le médecin conseil d'Allianz estime que cette opération peut améliorer la capacité de travail. Ainsi, même si l'expertise de C._____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante sur le plan somatique au moment de la décision litigieuse, l'autorité intimée ne peut pas se contenter d'ordonner une expertise psychiatrique complémentaire. Il se justifie en effet de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, neurologique ainsi qu'orthopédique et/ou rhumatologique, afin de pouvoir évaluer, de façon complète, la situation médicale de la recourante et ses incidences sur sa capacité de travail. 5. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours (608 2018 73) est admis et la décision querellée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. 5.1. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. 5.2. Ayant obtenu

gain de cause, la recourante a droit a des dépens. Dans son courrier du 29 août 2018, le mandataire de cette dernière a indiqué renoncer à produire une liste de frais détaillée. Il convient dès lors de fixer forfaitairement l'indemnité de partie à laquelle la recourante peut prétendre à CHF 600.-, débours et TVA à 7,7 % compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. 5.3. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 74), devenue sans objet en raison de l'admission du recours, est rayée du rôle.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours (608 2018 73) est admis. Partant, la décision querellée est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 74), devenue sans objet, est rayée du rôle. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. IV. L'équitable indemnité de partie allouée à A._____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 600.-, débours et TVA à 7,7 % compris, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton 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 17 juin 2019/meg Le Président :
La Greffière-rapporteure :

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