

FR_GERICHTE 608 2019 327 vom 9. Juli 2020

FR Kantonsgericht, 2020-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_327

FR: FR_GERICHTE 608 2019 327 du 9 juillet 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 327 del 9 luglio 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Déposé en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

E. 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 réputé 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). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. 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. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

E. 2.2

D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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 l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 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.

E. 2.3

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). 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 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). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). 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).

E. 2.4

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 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 cité par la juridiction cantonale). 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).

E. 2.5

Selon le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision de la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même); autrement dit une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Cette jurisprudence est la fidèle traduction du principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente, d'après lequel aucune rente ne saurait être allouée dès lors qu'une mesure de réadaptation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée (arrêt TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7). Dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la

rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7). 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 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_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7).

E. 3

La recourante reproche principalement à l'autorité intimée de n'avoir pas tenu compte de l'évolution de son état de santé durant la mesure de réinsertion courant 2019. Il convient de se référer au dossier constitué par l'autorité intimée.

E. 3.1

Dans son expertise du 24 avril 2018 (dossier AI p. 1616), l'expert F._____ a admis l'existence d'une pleine capacité de travail, accompagnée d'une réduction de rendement de l'ordre de 25%, tout en préconisant une reprise progressive d'activité, à raison de 50% durant 3 à 6 mois, puis augmentation progressive durant 3 mois supplémentaires, jusqu'à atteindre un plein temps. Une telle capacité de travail a été jugée possible dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes: "Si l'on exclut l'utilisation de son épaule droite, vu les limitations fonctionnelles importantes en mobilité secondaire à des autolimitations, avec des ports de charges restreints à 1kg: l'activité devrait autoriser une alternance des postures assis-débout: position assise maximum 30 min et 10 min en position debout stationnaire. Pas de limitation du périmètre de marche si des pauses peuvent être proposées régulièrement. Pour le port de charge régulier, je me réfère à l'évaluation des capacités fonctionnelles partielles". Globalement, le Dr F._____ constate une situation inchangée depuis sa précédente expertise, en 2016, voire depuis la première expertise, réalisée par la Dre E._____. La principale différence tient en l'exclusion de facteurs

extra-médicaux: "Par rapport à l'évaluation actuelle et ma 1ère évaluation en 2016, la situation n'a guère évolué dans un sens ou dans l'autre. A. _____ reconnaît cette fois-ci que ses appréhensions et son manque de confiance en elle-même engendre des limitations certainement plus importantes qu'observées où ce facteur a pris le dessus sur l'évaluation. Si l'on compare à l'évaluation de Dre E. _____ en 2014, les limitations fonctionnelles restent les mêmes. Il faut donc réviser les conclusions globales, en faisant abstraction des facteurs psychologiques et des tensions que vit la personne actuellement, c'est pour cette raison que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée est plus importante". Dans le cadre de son examen, le Dr F. _____ relève l'isolement de l'assurée, qui n'entretient des contacts réguliers qu'avec sa fille et sa mère, par téléphone; il mentionne également de faibles ressources personnelles, avec une assurée se décrivant comme épuisée et se sentant dévalorisée. Plus loin, il précise toutefois que cet isolement n'est pas dû à un manque de compétences sociales. Cela étant, il indique que "le syndrome douloureux chronique dont souffre [l'assurée] est plurifactoriel, avec une prépondérance actuelle dans la kinésiophobie et les autolimitations, pour diminuer les symptômes". A l'examen, tout en indiquant que cela ne ressort pas de son domaine de compétence, il décrit "une personne nettement plus renfermée, épuisée voire même apathique".

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 Compte tenu du résultat de cette nouvelle expertise, qui a obtenu l'aval du médecin SMR (dossier AI p. 1687), l'OAI a mis sur pied une mesure de réinsertion auprès de Crescendo, ayant pour objectif un réentraînement progressif de l'assurée au travail, conformément aux directives de l'expert F. _____. Ainsi, un taux d'activité de 50% était prévu entre le 21 janvier et le 21 avril 2019, puis une augmentation progressive jusqu'à 100% durant les trois mois suivants (cf. dossier AI p. 1722). A la fin janvier déjà, l'assurée s'est plainte de douleurs au bras, alléguant ne plus pouvoir dormir la nuit (dossier AI p. 1726). Dans un rapport du 29 mars 2019 (dossier AI p. 1734), le Dr H. _____, son généraliste traitant, annonce avoir revu l'assurée, qui indique passer "4 heures par jour debout, à travailler sur ordinateur, classer des livres et faire de la pyrogravure". Elle se plaint de douleurs augmentées au niveau de l'épaule et de l'apparition de douleurs dorsales; elle est amaigrie et fatiguée, rapporte une anorexie. Le généraliste considère que cela correspond à "une altération de l'état général" et s'interroge quant à l'augmentation du taux d'activité. Un premier bilan a eu lieu le 1er avril 2019 (dossier AI p. 1736), mentionnant une exacerbation des douleurs depuis deux semaines, justifiant quelques absences. Cela n'a toutefois pas remis en cause la poursuite de la mesure, et en particulier l'augmentation prévue du taux d'activité. Par communication du 12 avril 2019, l'OAI a annoncé que la mesure se poursuivrait comme suit: à 60% du 22 avril au 19 mai 2019, à 80% du 20 mai au 23 juin 2019 et enfin à 100% du 24 juin au 21 juillet 2019. Il rendait l'assurée attentive au fait que le non-respect de ces conditions entraînerait l'interruption de la mesure et qu'une décision serait rendue en l'état du dossier. Un rapport d'entretien téléphonique du 29 avril 2019 (dossier AI p. 1749) mentionne que l'assurée n'arrivait pas à tenir les dernières semaines à 50%. "Elle n'est pas arrivée à augmenter à 60%, normalement elle aurait dû augmenter à 60% le 22.04.2019 mais elle avait pris une semaine de vacances. Elle a donc augmenté aujourd'hui le 29 avril mais elle est rentrée à la maison car cela n'allait pas". Un second bilan s'est alors tenu le 6 mai 2019 (dossier AI p. 1758) constatant, en substance, "qu'il n'était pas possible d'augmenter l'horaire et que même à 50% [l'assurée] n'arrivait pas à être présente". Un rapport final de stage a été établi le 7 mai 2019 (dossier AI p. 1762). Dans le cadre de l'évaluation des limitations fonctionnelles, la plupart des critères ne pose pas de problèmes particuliers; seules "les activités spontanées

et la proactivité" ainsi que "la capacité d'endurance et de résistance" sont significativement limitées, de même que, dans une moindre mesure, la capacité de l'assurée à prendre soin d'elle et à se prendre en charge. Après un rappel des plaintes de l'assurée durant le stage (douleurs à l'épaule et au dos, douleurs diffuses dans tout le corps, troubles du sommeil engendrant de la fatigue), les référents décrivent une personne plutôt discrète, se mêlant peu aux collègues. "Durant la mesure à Crescendo, elle a fait des exercices bureautiques, un peu de pyrogravure, de la classification pour les bibliothèques, quelques travaux de production légère (conditionnement pour des boîtes de chocolat) puis elle s'est occupée de remettre à jour les plans du CIS concernant la sécurité [...]. A. _____ profite des outils proposés (table réglable, souris ergonomique...) et aménage ses activités en fonction de son état. Il est parfois nécessaire de lui rappeler de se positionner correctement pour travailler. Elle n'hésite pas à faire de courtes pauses pour aller marcher un peu afin de soulager ses douleurs. Concernant ses différentes activités, l'assurée donne entière satisfaction tant au niveau du rythme de travail que de la qualité, elle dit toutefois que cela se fait au détriment de son état général. L'assurée est une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 personne rigoureuse, elle demande des précisions pour les consignes et s'assure de fournir un résultat optimal. Au milieu de la mesure, elle a de plus en plus de difficultés à tenir le rythme: elle se plaint de plus en plus de fatigue et de douleurs persistantes. Elle part plus tôt certains matins et ne pas venir au centre à plusieurs reprises en raison de ses douleurs. De manière générale, elle est très préoccupée par sa situation AI et elle s'inquiète beaucoup pour son avenir. Elle dit avoir peu d'espoir concernant une amélioration de sa santé et se résigne à vivre avec ses douleurs". Dans un rapport daté du 21 mai 2019 (dossier AI p. 1773), le Dr H. _____ rappelle les dates ainsi que le motif des différentes consultations de l'assurée, entre février et mai 2019. Il atteste par ailleurs d'une incapacité totale de travail du 6 au 31 mai 2019. Par courrier du 27 mai 2019, l'assurée, se référant au rapport médical précité, annonce qu'elle ne serait en mesure de poursuivre la mesure qu'à 30% "ce qui correspond au taux effectif de présence constaté lors des premiers mois de la mesure". Nonobstant ce qui précède, l'OAI a pris acte du fait que l'assurée n'entendait pas respecter le calendrier prévu et a ensuite rendu la décision litigieuse. La recourante reproche en substance à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de la situation qui a prévalu durant la mesure de réinsertion mise en œuvre postérieurement à l'expertise du Dr F. _____. Elle invoque en particulier le fait que l'OAI a augmenté le taux d'activité après trois mois, alors qu'il savait que son état de santé était précaire, entrant dès lors en contradiction avec les recommandations de l'expert. Elle considère que la mesure en question était inadaptée à sa situation médicale.

E. 3.2

Amenée à statuer, la Cour de céans constate que la recourante ne conteste pas l'évaluation de sa capacité de travail opérée par le Dr F. _____, de sorte que les conclusions de ce dernier demeurent fondamentalement valables. L'examen du déroulement de la procédure suite à cette expertise fait apparaître que l'OAI a prévu une première période de trois mois à 50%, puis une seconde, de même durée, durant laquelle le taux d'activité devait passer progressivement à 60, 80 et enfin 100%. Ce faisant, il a globalement respecté les consignes édictées par l'expert (cf. supra consid. 5.1 in initio), tout du moins n'était-il pas en contradiction avec celles-ci. On pourrait certes objecter que le Dr F. _____ avait articulé une durée de trois à six mois pour la reprise d'activité à 50%, alors que l'OAI a d'emblée limité cette période à trois mois. Cet élément n'est toutefois pas déterminant en l'espèce, dès

lors que la recourante n'a pas été en mesure d'assumer le taux de 50% au terme des trois premiers mois et n'était disposée à poursuivre la mesure qu'à 30% seulement. Force est donc de retenir qu'elle ne serait de toute manière pas parvenue à y satisfaire, même si la mesure avait été prolongée à 50%. Il convient de rappeler que seules les suites de l'atteinte à la santé doivent être prises en considération et que les obstacles à une réintégration professionnelle qui ne seraient pas la conséquence de celle-là ne doivent pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (cf. supra consid. 2.4). Les éléments mis en exergue ci-avant tendent précisément à confirmer que le tableau clinique est largement influencé par la présence d'éléments étrangers à l'invalidité, ce qui a d'ailleurs été relevé par le Dr F._____ et est admis par la recourante. Au demeurant, les documents médicaux produits par cette dernière au cours de la mesure ne permettent pas de remettre en question la valeur probante de l'expertise rhumatologique. Dans son rapport établi à fin janvier 2019, le Dr H._____ évoque principalement les plaintes de sa

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 patiente, se limitant à parler d'une "altération de l'état général". Quant à son rapport de la fin mai 2019, il se borne à relater la date des dernières consultations et leur motif. Ces certificats médicaux ne posent aucun diagnostic, ni n'attestent d'une incapacité de travail, hormis pour la période allant du 6 au 31 mai 2019. Tout au plus doit-on considérer ces documents comme la validation, par le médecin traitant, des plaintes de l'assurée, sans pour autant que cela ne change quoi que ce soit à la qualification de la situation déterminante du point de vue de l'assurance- invalidité. Il découle de ce qui précède que l'allégation, par la recourante, de l'inadéquation de la mesure de réadaptation à sa situation médicale doit être écartée, dès lors qu'elle n'est nullement démontrée, ni même rendue vraisemblable, par les rapports précités. Il importe enfin de noter que la recourante n'invoque aucun argument concret qui établirait que la mesure n'était pas adaptée à son état de santé. Dans ce contexte, la Cour juge bon de préciser que la mesure en question n'avait nullement pour but de réorienter professionnellement la recourante, mais uniquement de la réentraîner au travail, compte tenu de sa longue absence du marché du travail et conformément aux indications de l'expert F._____, afin de lui permettre de reprendre ensuite une activité correspondant à ses limitations fonctionnelles. La lecture des rapports de réadaptation permet au contraire de constater qu'elle a bénéficié de conditions de travail particulièrement souples et d'un cadre compréhensif, mais en aucun cas des activités contre-indiquées, ce qu'elle n'allègue d'ailleurs pas formellement. En définitive, la Cour, sans remettre en cause le vécu douloureux de la recourante, acquiert la conviction que l'incapacité de travail, respectivement ses difficultés à assumer la mesure de réinsertion litigieuse, ne sont pas de nature à justifier de s'écarter de l'évaluation de la capacité de travail effectuée par le Dr F._____. C'est donc à raison que l'OAI a mis un terme à la mesure précitée et a statué en l'état du dossier.

E. 4

Les modalités du calcul de l'invalidité opéré par l'autorité intimée (méthode ordinaire de comparaison des revenus, montant des salaires de valide et d'invalidé) ne sont pas remises en cause, à l'exception de l'application d'un abattement sur le salaire statistique d'invalidé. La recourante demande en effet qu'il soit procédé à tel abattement à hauteur de 10% au moins, en invoquant son âge ainsi que l'absence de capacité d'acquisition de nouvelles connaissances.

E. 4.1

Le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. 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). L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (arrêt TF I 724/02 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). En effet, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit mais s'étend à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.3). Par ailleurs, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C_490 du 11 janvier 2012 consid. 4.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (arrêt TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et les références).

E. 4.2

En l'espèce, l'autorité intimée n'a pas appliqué d'abattement sur le salaire statistique d'invalidé. Amenée à statuer, la Cour de céans constate que les motifs invoqués par la recourante ne justifient pas de s'écarter de cette solution. La recourante était âgée de 56 ans au moment de l'expertise déterminante pour l'évaluation de sa capacité de travail, qui a été rendue en mars 2018 par le Dr F._____. Elle était alors relativement éloignée du

moment de la retraite et ne répond donc manifestement pas aux critères établis par la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. ci-dessus), qui envisage une telle possibilité au-delà de 60 ans seulement. Il importe encore de mentionner le fait que la recourante s'exprime en français et dispose d'une expérience professionnelle variée, soit des éléments parlant plutôt en faveur d'un possible retour sur le marché du travail. Quant aux difficultés d'acquisition de nouvelles connaissances, la Cour relève tout d'abord que le type d'activité encore exigible de la part de l'assurée, soit une activité industrielle légère, ne nécessite en principe qu'un apprentissage sommaire et se caractérise justement par le fait qu'elle est facilement accessible à un large public. Par ailleurs, aucun document médical spécialisé n'est venu corroborer la présence de difficultés qui dépasseraient le cadre habituel. En particulier, aucun rapport psychiatrique ou neuropsychologique n'est venu attester l'impossibilité pour la recourante de satisfaire aux exigences, au demeurant relativement peu élevées, de l'activité entrant en considération. Il découle de ce qui précède que l'application d'une réduction supplémentaire du salaire statistique ne se justifie pas dans le cas d'espèce.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 L'évaluation du degré d'invalidité opérée par l'OAI, non contestée pour le surplus, peut par conséquent être confirmée. C'est donc à juste titre qu'il a refusé l'octroi d'une rente pour les différentes périodes concernées, le taux d'invalidité étant invariablement inférieur à 40%. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 5

La recourante requiert l'octroi de l'assistance judiciaire totale (608 2019 328) pour la procédure de recours.

E. 5.1

Selon l'art. 61 let. f 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), dans sa teneur en vigueur depuis le 1er juillet 2015, 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 ou à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a) et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2).

E. 5.2

Il convient d'examiner les deux conditions permettant l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite, à savoir celle de la situation financière difficile et celle des chances de succès. S'agissant de la situation financière, la recourante est soutenue financièrement par le Service social de sa commune, de sorte que l'on peut d'emblée admettre qu'elle ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. Il faut en outre admettre que le recours n'était pas d'emblée dénué de chances de succès et que l'assistance d'un avocat se trouve ici justifiée.

Dans ces conditions, l'assistance judiciaire totale est octroyée à la recourante et Me Ariane Ayer lui est désignée comme défenseure d'office.

E. 5.3

La procédure de recours n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés en raison de l'assistance judiciaire totale octroyée ce jour. Agissant sous couvert de l'assistance judiciaire totale, la recourante a droit à ce que son défenseur d'office soit indemnisé par l'Etat. Sa mandataire a produit sa liste de frais le 6 juillet 2020. Conformément aux art. 146 ss CPJA et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle elle a droit à raison de 7h10 à CHF 180.-, soit CHF 1'290.-, plus CHF 89.60 au titre de débours, plus CHF 106.20 au titre de la TVA à 7.7%, soit un total de CHF 1'485.80. Cette indemnité est mise dans son intégralité à la charge de l'Etat.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête : I. Le recours (608 2019 327) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 328) est admise et Me Ariane Ayer, avocate, est désignée comme défenseure d'office. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, 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 Ariane Ayer, en sa qualité de défenseure d'office, est fixée à CHF 1'290.-, plus CHF 89.60 de débours, plus CHF 106.20 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 1'485.80, 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. Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA). Fribourg, le 9 juillet 2020/mba
Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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