



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01
www.fr.ch/tc

608 2017 218
608 2017 219

Arrêt du 1^{er} octobre 2018

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président:

Johannes Frölicher

Juges:

Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud

Greffier-rapporteur:

David Jodry

Parties

A. _____, recourante, représentée par Me Benoît Sansonnens,
contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité

Recours (608 2017 218) du 15 septembre 2017 contre la décision du
16 août 2017 et requête d'assistance judiciaire gratuite totale
(608 2017 219) déposée dans ce cadre-là

considérant en fait

A. L'assurée, née en 1965, divorcée, mère de deux enfants désormais majeurs, sans profession apprise, a déposé le 22 mars 2002 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI). Son médecin traitant généraliste diagnostiquait (dos. OAI p. 58) un important état anxio-dépressif chronique, une périarthrite scapulo-humérale droite chronique et un syndrome cervical chronique dans le cadre de troubles dégénératifs.

Par décision sur opposition du 2 août 2005 (dos. OAI 205), l'assurée est mise au bénéfice d'une rente entière de janvier 2002 à septembre 2003, puis d'un quart de rente dès octobre 2003. Ce droit sera confirmé plusieurs fois par la suite. Elle se voit également octroyer une aide au placement, mais sans succès, et il y est mis fin le 19 juillet 2006, du fait notamment qu'elle souhaite mener en priorité son projet de maman de jour (dos. OAI 273).

Le 15 novembre 2011, l'office rend une décision de refus d'augmentation de rente (dos. OAI 370); le degré d'invalidité demeure fixé à 43%, taux ouvrant toujours le droit à un quart de rente.

B. Une nouvelle procédure de révision est mise en œuvre en novembre 2016. Le 25 avril 2017, l'OAI indique projeter la suppression du droit à la rente. Le 11 mai 2017, l'assurée, par sa curatrice, objecte audit projet. Des pièces médicales sont déposées.

Par décision du 16 août 2017 (dos. OAI 442), l'OAI supprime le droit à la rente de l'assurée dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de sa décision. Il retient une amélioration de l'état de santé depuis le 1^{er} septembre 2014, date à laquelle l'intéressée a repris une activité professionnelle en qualité d'aide de cuisine, activité exigible uniquement à 50%, sans diminution de rendement. Toutefois, son état de santé actuel ne contre-indique pas l'exercice d'une activité parfaitement adaptée (activité légère, principalement assise, ménageant le dos), comme par exemple dans la production industrielle légère, à 100%, en tenant compte d'une diminution de rendement de 10% en raison de la nécessité de changer régulièrement de position, diminution attestée par le Service médical régional (SMR). Le nouveau degré d'invalidité, de 10%, n'ouvre plus le droit à une rente.

C. Contre cette décision, l'assurée recourt le 15 septembre 2017, concluant, sous suite de dépens et sans perception de frais, principalement à l'octroi d'une demi-rente, subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle soutient que son état de santé n'a pas réellement évolué depuis la dernière révision de son droit, que l'activité qu'elle effectue correspond à une activité exigible, que son taux d'invalidité étant supérieur à 60% mais inférieur à 70%, elle a logiquement droit à une demi-rente, qui peut être ordonnée au vu de la documentation figurant au dossier. Cela étant, elle ne serait pas opposée à ce que soit ordonnée, par l'Autorité de céans ou par renvoi à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, une expertise pluridisciplinaire; elle forme une requête de procédure à cet effet.

Le même jour, la recourante dépose une requête d'assistance judiciaire totale gratuite (AJT).

Dans ses observations du 11 octobre 2017, l'OAI propose le maintien de sa décision et le rejet du recours. Conformément au principe de diminution du dommage, une autre activité que celle exercée actuellement et qui soit adaptée aux limitations, légère, est exigible à 100%. Si l'assurée,

qui pouvait exercer une activité adaptée à 50% sans diminution de rendement en 2003, est, selon son propre médecin, en mesure de travailler à 80% avec un rendement de 60% dans une activité d'aide de cuisine, elle peut forcément travailler à un taux plus élevé que celui-ci dans une activité adaptée.

Le 6 décembre 2017, la recourante produit spontanément une nouvelle pièce médicale, du 30 novembre 2017. Le 16 mai 2018, elle dépose une pièce de son assureur perte de gain, du 2 du même mois.

Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige;

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

2.

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.

Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; et de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

2.2. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 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 pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de

manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional (SMR) au sens de l'art. 69 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux (cf. arrêt TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2; I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (arrêt TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa, leur valeur probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; arrêt TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

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 citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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).

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).

2.3. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGa) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGa). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime

notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGa).

En d'autres termes, dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail.

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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Dès lors, il peut y avoir également un changement fondant une révision dans le cas où un diagnostic est certes demeuré le même, mais que l'affection s'est modifiée dans son intensité et son influence sur la capacité de travail (cf. arrêt TF 8C_339/2001 du 25 août 2015 consid. 3.1 et les références). 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). Déterminer si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment, respectivement, de la décision initiale de rente ou de 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), d'une part, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse, d'autre part (cf. ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 126 V 75 consid. 1b; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout

ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A l'inverse, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

3.

La question litigieuse est de savoir si l'assurée peut (encore) se prévaloir d'une invalidité ouvrant le droit à une rente. Pour y répondre, l'Autorité de céans devrait comparer la situation existant lors du dernier examen matériel à celle prise en compte dans le cadre de la procédure ayant abouti à la décision attaquée. A cet égard, le fait que l'assurée soutienne désormais que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% (cf. dos. OAI 420), ce qui n'est pas contesté par l'OAI, justifiait déjà une procédure de révision, la méthode mixte de fixation du taux d'invalidité devant être remplacée par celle de comparaison des revenus. Cependant, s'agissant de cette procédure de révision mise en œuvre en 2016, les éléments qui suivent doivent d'emblée être mis en exergue.

3.1. Lors de la nouvelle procédure de révision, il est apparu que depuis le 1^{er} septembre 2014, l'assurée exerçait une activité salariée d'aide de cuisine (vaisselle, préparation des légumes, nettoyage du sol; cf. questionnaire pour l'employeur du 28 novembre 2016, dos. OAI p. 390). L'employeur indiqua notamment que l'intéressée devait souvent soulever ou porter des charges qualifiées de légères, entre 0 et 10 kg, rarement celles plus lourdes que ce dernier poids; que faire la vaisselle était assez physique, dès lors qu'on était souvent penché dans les bacs à plongée; qu'elle donnait entière satisfaction; qu'elle avait connu très peu d'absences (quelques jours en 2015), et qu'elle travaillait une moyenne de 3.43 h par jour et 17.15 h par semaine.

3.2. Sur le plan médical, les pièces suivantes furent déposées:

- Le rapport du Dr B. _____, médecine générale, médecin traitant depuis 2014, rapport enregistré le 6 janvier 2017 (dos. OAI 408). Y sont posés les diagnostics de maladie arthrosique (épaule, bras, hanche et genoux; depuis 2000), de diabète insulino-dépendant (depuis 2014) et de dépression réactionnelle (depuis 2010). Au point 1.7, Questions sur l'activité exercée à ce jour, sous Enumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, il est indiqué: horaires de travail adaptés (2 à 3 h dans la journée + 2 à 3 h dans la soirée); à la question de savoir si du point de vue médical l'activité exercée est encore exigible, le praticien répond oui, à 80% et sans réduction de rendement; au point de savoir dans quelle mesure (heures par jour), avec profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap est possible, il écrit: "Prévision d'une diminution de la capacité de travail". Dans l'annexe relative aux travaux pouvant encore être exigés, compte tenu des limitations dues à l'état de santé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap, le médecin indique que, hormis celles accroupie, à genoux, ou impliquant de devoir monter sur une échelle ou un échafaudage, toutes les activités peuvent être exercées, sans limitation autre que la résistance. Quant à la durée exigible de ces activités, il mentionne 6h par jour, avec une performance (rendement) de 60%. La limite de poids est à 10kg.

- Le rapport du Dr C. _____, médecine générale, du SMR, du 16 mars 2017 (dos. OAI p. 418). Pour le médecin, il y certainement une modification de l'état de santé depuis la décision du 15 novembre 2011 dans le sens d'une amélioration au moins depuis le 1^{er} septembre 2014, date de l'engagement de l'assurée comme aide de cuisine à l'heure. Cela est confirmé par le médecin traitant puisque les atteintes qu'il mentionne l'ont déjà été auparavant, que celle psychique ne nécessite toujours pas de suivi de spécialiste, et qu'elles n'empêchent pas l'exercice régulier de cette activité physique à environ 50%, taux et rendement inclus. Dès lors, il est possible d'en déduire que cet état de santé ne contre-indique pas une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, éventuellement avec une perte de rendement de l'ordre de 10% en raison de la nécessité de changer régulièrement de position suite aux troubles dégénératifs. Ce sont donc les répercussions sur la capacité de travail de l'état de santé inchangé qui se sont modifiées, depuis le 1^{er} septembre 2014, ce dans le sens d'une capacité de travail comme aide de cuisine de l'ordre de 50%, taux et rendement inclus, et d'une capacité de 100% avec 10% de diminution de rendement dans une activité légère, principalement assise, ménageant le dos et permettant les changements de position assis-debout au gré de l'assurée.

- Le certificat du médecin traitant B. _____, du 9 mai 2017, attestant d'un suivi pour affections chroniques responsables d'un état général physique et psychique incompatible avec une reprise de travail à 100% et nécessitant une réévaluation au niveau de l'AI (dos. OAI 428).

- Le rapport du Dr B. _____, du 2 juillet 2017 (dos. OAI 433). Qui, pour l'essentiel, a le même contenu que celui précédemment établi. Parmi les modifications, figurent la mention de l'atteinte arthrosique aux poignets, celle d'un pronostic moyen alors qu'il était qualifié de bon auparavant, celle des restrictions dans l'activité actuelle dues aux douleurs articulaires et à la fatigabilité. Dans l'annexe au rapport médical relative à la réinsertion professionnelle, il est écrit que la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici est constituée par une majoration des douleurs articulaires, que l'activité est encore exigible, 4 heures par jour au lieu de 6, sans diminution du rendement, que la capacité de travail à ce poste peut être améliorée par une réduction des heures de travail; et que l'exercice d'une autre activité n'est pas exigible, qu'il y aurait une diminution du rendement, avec une limitation par les douleurs articulaires.

- Le rapport du Dr C. _____, SMR, du 12 juillet 2017 (dos. OAI 440). Se prononçant sur ce dernier document médical, le médecin considère qu'il ne met pas en cause ses précédentes conclusions dès lors que le médecin traitant reprend exactement les termes et diagnostics de son rapport antérieur; et qu'il atteste toujours d'une capacité de travail de 80% dans l'activité actuelle, qu'il envisage de prévoir une diminution du taux d'activité à 60%, mais qu'il n'évoque pas d'argument concret ni n'évoque de fait nouveau permettant d'envisager cette éventualité.

3.3. La Cour retient ce qui suit: C'est en se référant aux deux rapports du médecin traitant B. _____ que le médecin du SMR fonde sa conclusion selon laquelle l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié depuis la dernière décision matérielle, mais ses effets sur la capacité de travail, oui, depuis au moins le 1^{er} septembre 2014, début de l'activité d'aide de cuisine. Or, la compréhension de ces deux rapports est parfois malaisée, notamment s'agissant du taux auquel l'activité actuelle peut être exercée, ainsi que de la possibilité d'une (autre) activité adaptée. Par exemple, le praticien y indique que l'activité actuelle peut être exercée à 80% et sans réduction du rendement, mais ajoute qu'il faut prévoir, à l'avenir, une réduction à 60%, tout en tenant déjà compte d'une performance, d'un rendement de 60% uniquement. Il considère, sans expliquer pourquoi, que l'exercice d'une autre activité n'est pas exigible, mais évoque néanmoins une

diminution du rendement pour celle-ci du fait d'une limitation par les douleurs articulaires, sans quantifier cependant cette diminution. Et au vu du contenu très semblable de ces deux rapports, l'on discerne mal les éléments justifiant, selon le praticien, une réévaluation de la situation et leur portée quant à la capacité de travail, les limitations fonctionnelles, la possibilité d'une activité adaptée, etc.

Dans son premier écrit, le médecin du SMR paraît avoir admis "une réduction à 60%" et la considérer comme déjà intervenue dans la mesure où il retient une capacité de travail dans l'activité actuelle à environ 50%, taux et rendement compris. Ce qui correspond, peu ou prou, aux 60% des 80% de 8h quotidiennes; ou aux 50% de ces dernières. Cependant, alors que, précisément, dans son second rapport, après avoir demandé une réévaluation de la situation, le Dr B._____ indique que l'activité est encore exigible 4 heures par jour au lieu de 6, sans diminution de rendement, soit, dans les faits, une exigibilité semblable à celle retenue par le SMR, celui-ci soutient dans son second avis que n'ont été évoqués ni un argument concret ni un fait nouveau permettant d'envisager l'éventualité d'une diminution du taux d'activité à 60%. Une explication quant à ce qui paraît une modification de l'appréciation de la situation n'est pas fournie par le médecin, ni demandée par l'OAI. Qui au reste, dans sa décision, admettra que l'activité actuelle d'aide de cuisine ne peut être exercée qu'à 50%, sans perte de rendement.

Cette divergence d'appréciation est d'autant plus problématique que les deux écrits du SMR ne constituent que de simples avis au sens rappelé plus haut. Non une expertise ou des examens réalisés en conformité de l'art. 49 al. 2 RAI, fondés sur le dossier médical de l'intéressée, une anamnèse détaillée, un examen clinique, etc., et dont la valeur probante serait comparable à une expertise au sens de l'art. 44 LPGA dès lors qu'ils satisferaient aux exigences définies par la jurisprudence en matière.

Qui plus est, ces avis du SMR se réfèrent (synthèse) aux deux rapports du médecin traitant, qui sont les seuls ayant été déposés dans le cadre de la procédure de révision s'étant terminée par la décision attaquée. Aucun complément médical, aucun éclaircissement ne furent demandés au Dr B._____ quant aux éléments peu clairs ou guère motivés évoqués ci-dessus, quant à la cause, la portée et la date de survenance de l'éventuelle altération de la situation de sa patiente (majoration des douleurs articulaires, fatigabilité, ...?), etc. Le SMR s'en tint à ses conclusions et ne formula aucune proposition d'investigation ou de complément quant à l'instruction médicale. Aucun autre médecin que le médecin traitant n'a en particulier procédé à un examen clinique.

De plus, l'appréciation du SMR selon laquelle l'assurée est en mesure d'exercer une activité adaptée à 100% avec une perte de rendement de 10% n'est rapportée par aucun autre médecin, singulièrement pas par le Dr B._____. Aucun docteur n'a expliqué pourquoi il y aurait lieu d'admettre une diminution de rendement de 50% et/ou une limitation d'activité à ce taux dans la profession actuelle d'aide de cuisine, mais, dans une activité adaptée, une perte de rendement de 10%, et non de quelque autre taux que ce soit. Il n'a pas non plus été soutenu par un médecin, de façon motivée, en lien cas échéant avec un examen clinique, en quoi à cet égard l'état de santé se serait modifié de façon déterminante ou en quoi ses conséquences sur la capacité de gain auraient connu un changement important depuis la décision de novembre 2011, en quoi l'affection se serait ainsi modifiée dans son intensité et son influence sur la capacité de travail. En d'autres termes, ces éléments n'ont pas été vérifiés par le biais d'un examen clinique idoine, cas échéant réalisé par le SMR lui-même; or, à défaut, l'on ne peut considérer ici que de telles appréciations du

SMR faites sur la seule base de rapports d'un médecin traitant, qui plus est non dépourvus d'ambiguïté, étaient suffisantes.

En revanche, force est de constater que, même si de façon non motivée et/ou confuse, le médecin traitant a exclu l'exigibilité d'une activité adaptée, et qu'il a certifié, le 9 mai 2017, que l'état de l'assurée était incompatible avec une reprise de travail à 100%.

3.4. Au vu de l'ensemble du dossier et de ce qui précède, la Cour ne dispose pas de moyens de preuve médicaux lui permettant de porter un jugement valable, une appréciation circonstanciée sur l'état de santé de l'assurée et de ses conséquences sur la capacité de travail au moment où fut rendue la décision attaquée. L'absence, respectivement, d'examen (suffisant) et de réponses quant à des éléments déterminants, ainsi que d'éclaircissement et d'étaiement d'affirmations et de points de vue des (seuls) médecins s'étant prononcés, justifie de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction sur le plan médical, puis rende une nouvelle décision.

3.5. Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée, annulée. La cause sera renvoyée à l'office pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Il n'y a pas lieu de se prononcer sur les pièces déposées par la recourante.

4.

Au vu de l'admission du recours, la recourante a droit à des dépens.

Sur la base de la liste de frais produite le 7 septembre 2018 par son mandataire et en application des art. 137 al. 1 et 3 du code cantonal fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), 8 al. 1 et 11 al. 2 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), les honoraires seront fixés sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.-.

Il se justifie ainsi de fixer l'équitable indemnité comme demandé à raison de 8h44 à CHF 250.-, soit CHF 2'183.25, plus CHF 231.60 de débours et CHF 192.85 au titre de la TVA (à 8% pour les opérations réalisées avant le 1^{er} janvier 2018, à 7.7% ensuite), soit un total de CHF 2'607.70, indemnité intégralement mise à la charge de l'OAI.

La requête d'assistance judiciaire devient sans objet et sera rayée du rôle.

la Cour arrête:

- I. Le recours (608 2017 218) est admis et la décision annulée.
Partant, la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
- II. La requête d'assistance judiciaire (608 2017 219), devenue sans objet, est rayée du rôle.
- III. L'équitable indemnité allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'183.25 d'honoraires, plus CHF 231.60 de débours et CHF 192.85 au titre de la TVA à, respectivement, 8% et 7.7%, soit à un total de CHF 2'607.70, et mise intégralement à la charge de l'OAI.
- IV. 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 1^{er} octobre 2018/djo

Le Président:

Le Greffier-rapporteur: