



**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  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

608 2018 207  
608 2018 208

## **Arrêt du 22 mars 2019**

### **II<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président : Johannes Frölicher  
Juges : Daniela Kiener, Marc Sugnaux  
Greffier-rapporteur : Michel Bays

#### **Parties**

**A.**\_\_\_\_\_, **recourante**, représentée par Me Sébastien Dorthe,  
avocat

contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité – Révision

Recours du 29 août 2018 contre la décision du 27 juin 2018  
(608 2018 207) et requête d'assistance judiciaire gratuite totale  
(608 2018 208) déposée le même jour

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, née en 1968, divorcée et mère de deux enfants majeurs, est domiciliée à B. \_\_\_\_\_. Arrivée en Suisse en 1990, elle a rapidement été engagée en tant qu'employée auprès de C. \_\_\_\_\_, où son époux travaille également. En incapacité totale de travail depuis le mois de novembre 2006, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) le 22 janvier 2008, en invoquant souffrir de dépression.

Après avoir requis l'avis de sa psychiatre traitante, l'OAI a demandé qu'elle se soumette à une expertise psychiatrique, confiée au Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en la matière. Sur la base du rapport que ce dernier a remis le 3 juillet 2008, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité, par décision du 16 juillet 2009.

Par la suite, une procédure de révision a été engagée par l'OAI en 2011. Sur la base d'un bref rapport établi par sa psychiatre traitante, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité, par communication du 1<sup>er</sup> juin 2011.

B. L'assurée, qui a poursuivi à temps partiel son activité de caissière et serveuse auprès de C. \_\_\_\_\_, a été victime d'un accident sur son lieu de travail le 23 septembre 2011 (chute avec luxation du coude gauche). Son cas a été pris en charge par la SUVA. Parallèlement, elle a déposé une nouvelle demande de prestations AI en rapport avec cet évènement, le 27 avril 2012. Par décision du 6 août 2013, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2012, en raison de la persistance de l'incapacité de travail due à l'accident au coude.

Par décision du 2 juin 2016, l'assureur-accidents, se basant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, a admis l'existence d'une diminution de la capacité de gain de 27%, ouvrant droit à une rente d'invalidité, en raison des séquelles de l'accident précité. Il a par ailleurs reconnu une atteinte à l'intégrité de 25%.

Considérant que la situation était désormais clairement établie au plan somatique, le médecin du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), a recommandé à l'OAI de mettre sur pied une expertise psychiatrique. Se fondant sur le rapport du 28 septembre 2017 établi par le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'OAI a, par décision du 27 juin 2018, admis que l'assurée était en mesure d'exercer une activité adaptée dans la production industrielle légère, à un taux de 50% sans diminution de rendement. La comparaison des revenus aboutissant à un degré d'invalidité de 43.39%, il a reconnu à celle-ci le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2018.

C. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Sébastien Dorthe, avocat, interjette recours le 29 août 2018. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, principalement, au maintien de la rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée, pour instruction complémentaire. Elle requiert également d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. A l'appui de ses conclusions, elle invoque une mauvaise évaluation des rapports médicaux au plan psychiatrique, notamment de l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_. Elle reproche par ailleurs à l'OAI de ne pas avoir ordonné d'expertise au plan rhumatologique et, sous

l'angle du droit d'être entendue, de ne pas avoir évoqué ni motivé la question de son invalidité au plan physique.

Dans ses observations du 9 octobre 2018, l'OAI conclut au rejet du recours, estimant avoir instruit à satisfaction le dossier au plan médical. Il relève en particulier avoir investigué de façon approfondie l'aspect somatique, sur la base du dossier constitué par la SUVA. Il en va de même au plan psychiatrique, compte tenu de l'expertise qu'il a requise auprès du Dr E.\_\_\_\_\_. L'OAI relève à cet égard que ce dernier conclut à une amélioration de l'état de santé de l'assurée. Il conclut en considérant que l'atteinte somatique, qui avait justifié une augmentation de rente, s'est complètement résorbée; en outre, il admet une capacité de travail de 50%, retenue par l'expert, malgré l'amélioration constatée par ce dernier.

Appelée en cause en sa qualité d'institution de prévoyance concernée, F.\_\_\_\_\_ a pris position le 21 février 2019, en indiquant renoncer à se prononcer au sujet de ce recours.

Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par elles 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 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 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

D'après l'art. 28 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (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 (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2).

2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être

déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2<sup>ème</sup> phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

2.3. 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 propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut entraîner une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et les références).

Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits. 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). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C\_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2).

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*).

2.4. 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; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). La durée de l'expertise n'est en soi pas un critère déterminant pour juger de la valeur probante de l'expertise (arrêt TF 9C\_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2 et les références citées).

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; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008), l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire.

2.5. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

La notion de marché du travail équilibré présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (cf. ATF 110 V 273 consid. 4b). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail si les places de travail disponibles correspondaient à l'offre de main d'œuvre (arrêt TF 9C\_913/2012 du 9 avril 2013, consid. 5.2).

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 donc 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 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 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982, p. 36).

3.

Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est amélioré au point de justifier le passage d'une rente entière à un quart de rente d'invalidité.

3.1. La diminution de rente est intervenue à l'issue d'une procédure de révision d'office. Il s'agit en principe de comparer les faits qui prévalaient au moment de l'octroi de la rente entière, par décision du 6 août 2013, avec ceux existant au moment de la décision attaquée, le 27 juin 2018. Dans la mesure toutefois où dite rente entière a été accordée pour des motifs somatiques, alors même qu'une demi-rente était jusqu'alors versée à l'assurée pour des motifs psychiatriques, il est nécessaire de rappeler la situation qui prévalait au moment de l'octroi initial de rente, le 16 juillet 2009, pour évaluer la situation au plan psychique.

3.1.1. La décision initiale d'octroi d'une demi-rente était fondée sur l'expertise réalisée par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 3 juillet 2008, ce dernier établit l'anamnèse, personnelle et médicale, de l'assurée, dans le cadre de laquelle il rappelle notamment les difficultés rencontrées par cette dernière avec sa mère, durant l'enfance, ainsi que le déclenchement d'une profonde problématique dépressive dans le courant de l'année 2006, suite au décès de la grand-mère de l'assurée et à une discorde familiale liée à l'héritage. Il note également la présence de difficultés conjugales, en lien avec les problèmes de santé de celle-ci. Après avoir enregistré les plaintes de l'assurée (fatigue intense, angoisses, tristesse, manque de confiance en soi, perte de poids, troubles de la concentration) et procédé à l'examen clinique, l'expert pose le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) présent depuis juillet 2006; il retient également, mais sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de personnalité dépendante (F60.7) et d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01). Dans le cadre d'une longue discussion, très détaillée, il considère que *"les symptômes-clés de la dépression potentiellement limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle sont suffisamment marqués pour être à l'origine d'une réduction partielle de la capacité de travail"*. Il conclut à une capacité de travail résiduelle de 50%, sans diminution de rendement, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une autre activité adaptée.

Les conclusions du Dr D.\_\_\_\_\_ ont reçu l'agrément du médecin SMR, qui en a dès lors suivi les conclusions, sur lesquelles s'est ensuite fondé l'OAI pour rendre sa décision d'octroi d'une demi-rente.

3.1.2. Postérieurement à cette décision, la problématique psychiatrique a été éclipsée pendant un certain temps par l'atteinte subie au coude en 2011 et les complications qui s'en sont suivies.

De nombreux rapports, émis par différents spécialistes, sont versés au dossier. Le rapport établi le 15 septembre 2014 par la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, présente de manière condensé l'évolution: *"La patiente a été victime d'une luxation du coude gauche sur chute en septembre 2011 avec réduction fermée sous anesthésie générale le jour-même. L'évolution s'est compliquée par une capsulite, motivant une capsulotomie antérieure et postérieure sous arthroscopie en juin 2012. L'évolution reste défavorable avec évolution vers une atteinte de type CRPS type I et une récurrence de capsulite rétractile sévère"*. Cette neurologue rappelle en outre que

l'assurée a également fait l'objet d'une évaluation neurologique en juillet 2013, concluant à l'absence d'une atteinte significative du nerf cubital et du nerf médian gauches, ainsi que d'une IRM cervicale en juillet 2014, restant dans les limites de la norme. S'agissant de l'objet de son examen proprement dit, réalisé à la demande du chirurgien orthopédiste traitant, la Dresse G. \_\_\_\_\_ indique que *"l'examen ENMG s'avère rassurant avec, notamment, absence d'atteinte significative du nerf cubital et du nerf médian gauches. A l'anamnèse, à l'examen clinique et à l'ENMG, je ne retiens aucun élément en faveur d'une radiculopathie cervicale avec, également, une IRM cervicale rassurante sur ce plan là. En résumé, je retiens alors une atteinte de type CRPS I du coude gauche dans le contexte d'un status post luxation du coude en septembre 2011"*. A la fin novembre 2014, le Dr H. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste traitant précité, réalise une arthrodèse du coude gauche (immobilisation du coude à 90° de flexion)

Dans son rapport d'examen final du 4 février 2016, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, après avoir brièvement rappelé l'évolution médicale, pris acte des plaintes de l'assurée et procédé à l'examen clinique, pose le diagnostic de status après arthrodèse du coude gauche pour séquelles de luxation du coude. Au terme de son appréciation, il estime que, *"sur le plan médico-théorique, les limitations fonctionnelles du MSG consécutives à l'arthrodèse du coude limitent cette assurée droitrière dans toute activité professionnelle exigeant des sollicitations du MSG. A ce titre, seule une activité mono-manuelle pourrait vraisemblablement être mise en valeur durablement à 100%"*.

Sur la base de ces conclusions, la SUVA a admis une perte de gain de 27%. Elle a notamment retenu que, sur le plan médical, l'assurée était *"à même d'exercer une activité légère de 50% dans différents secteurs de l'industrie"*, à la condition de devoir tout au plus employer son bras gauche comme contre-appui.

3.1.3. Le volet psychiatrique du dossier reprend en mars 2016, avec le rapport établi par la Dresse J. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante. Elle y pose les diagnostics suivants: trouble dépressif récurrent (F33), trouble panique (F41.0) et personnalité dépendante (F60.7). Au status, elle constate une aggravation des symptômes cliniques, *"avec apparition d'idées et de gestes auto-destructeurs"* qui a motivé une hospitalisation d'une semaine en février 2014. Elle estime que l'incapacité de travail est totale depuis l'accident de septembre 2011, *"pour des raisons à la fois psychique et physique"*.

Suite à ce rapport, le médecin SMR constate que la psychiatre traitante atteste des mêmes diagnostics que ceux connus depuis 2007 et qu'elle s'abstient de préciser le degré de sévérité du trouble dépressif. Il requiert la mise sur pied d'une expertise psychiatrique pour fixer l'exigibilité médicale sur une base bien documentée et respectant les critères de la médecine d'assurance.

Le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, remet son rapport d'expertise le 28 septembre 2017. Après avoir rappelé le contexte ayant motivé la demande d'expertise, il rappelle que celle-ci est basée sur trois entretiens avec l'assurée, comprenant la passation de tests psychométriques et une prise de sang. Après un rappel des différents rapports médicaux figurant au dossier, l'expert établit l'anamnèse détaillée de l'assurée et recueille ses plaintes. Ensuite, au terme de son examen clinique, il retient, au titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique (F33.11) depuis 2006 au présent, avec des moments ponctuels d'épisodes dépressifs récurrents sévères sans symptômes psychotiques (F33.2) en 2008, 2011 et 2015. Sont considérés comme sans influence sur dite capacité: un trouble de la personnalité dépendante, actuellement non

décompensé (F60.7), un trouble panique en rémission partielle (F41.0) ainsi que des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs sans indices de gravité jurisprudentiels remplis, ce dernier diagnostic étant considéré comme plus probable qu'un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) les indices de gravité jurisprudentiels n'étant pas remplis. Au terme de son examen, l'expert-psychiatre retient des limitations fonctionnelles modérées mais significatives depuis 2006, en lien avec des épisodes dépressifs récurrents moyens, justifiant une incapacité de travail de 50% sans baisse de rendement. Des limitations plus importantes, dues à des épisodes dépressifs récurrents sévères survenus en 2008, 2011 et 2014, justifient des périodes d'incapacité totale de travail pendant 6 mois environ.

Dans le cadre de ses objections au projet de réduction de rente établi en novembre 2017 par l'OAI, la recourante a produit un rapport de la Dresse J. \_\_\_\_\_ du 5 février 2018. Retenant les mêmes diagnostics que précédemment, elle estime que sa patiente présente une incapacité totale de travail pour des motifs psychiatriques. Elle ajoute qu'une évaluation au plan rhumatologique serait nécessaire pour évaluer globalement l'invalidité.

Prenant position le 3 mai 2018, le médecin SMR confirme tout d'abord la valeur probante du rapport d'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_. S'agissant du dernier rapport de la psychiatre traitante, il relève que celle-ci confirme les diagnostics retenus par l'expert. Selon lui, l'appréciation différente à laquelle procède la Dresse J. \_\_\_\_\_ n'est pas suffisamment motivée. Il ajoute que l'expertise rhumatologique requise par cette dernière sort de son domaine de spécialisation et que, de plus, la situation a d'ores et déjà été évaluée de manière complète et probante par la SUVA. Il termine en notant qu'une amélioration de la santé psychique est démontrée, dès lors que l'épisode dépressif, qualifié de sévère par l'expert en 2008, n'est plus que moyen en 2017; l'agoraphobie avec trouble panique est également en rémission; enfin, les facteurs psychologiques ou comportementaux, présents depuis la chute en 2011, ne remplissent pas les critères de gravité leur conférant un caractère invalidant.

3.2. Appelée à statuer, la Cour de céans retient ce qui suit.

3.2.1. Au plan psychiatrique tout d'abord, l'expertise réalisée par le Dr E. \_\_\_\_\_ emporte largement la conviction de la Cour. Cette expertise se fonde sur l'étude du dossier asséculo-logique – lui donnant une connaissance exhaustive du contexte médical, familial, social et professionnel – ainsi que de trois entretiens avec la recourante, au cours duquel cette dernière a pu exprimer ses plaintes. A cette occasion, l'expert a pu procéder à des examens complets de la patiente. Il discute de manière argumentée les différents diagnostics entrant en considération.

L'interprétation à laquelle a procédé le médecin SMR, selon lequel l'état de santé de la recourante se serait amélioré, ne peut être suivie. Si le Dr E. \_\_\_\_\_ retient certes un diagnostic de dépression moyenne, alors que le Dr D. \_\_\_\_\_ évoquait une dépression sévère, il n'en demeure pas moins que l'un comme l'autre admettent une incapacité de travail de 50% dans toute activité. Or, plus que le (changement de) diagnostic, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré (cf. ATF 132 V 65 consid. 3.4 et les références citées).

En l'occurrence, le Dr E. \_\_\_\_\_ relativise certes la sévérité du diagnostic du Dr D. \_\_\_\_\_, en soulevant en particulier le fait que la recourante a été en mesure de travailler à temps partiel de 2009 à 2011. Retenant un trouble dépressif récurrent moyen dès 2015, il n'en conclut pas moins à



la persistance d'une incapacité de travail de 50%, compte tenu des limitations fonctionnelles certes modérées, mais tout de même significatives.

Dans le même ordre d'idée, le fait de conclure, comme semble le faire le médecin SMR, que la capacité de travail au plan psychique serait susceptible de s'améliorer moyennant l'adaptation du traitement mis en place par la psychiatre traitante, n'est pas concluant. Si le Dr E. \_\_\_\_\_ avance effectivement certaines options thérapeutiques susceptibles d'améliorer la situation (cf. point 4.3 de l'expertise, cité par le médecin SMR), il en relativise cependant grandement le bénéfice éventuel dans le cadre de son analyse de la capacité de travail (cf. point B.6.1 de l'expertise): tout en admettant que la mise en place d'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire et qu'une adaptation de la médication permette de *"s'attendre à une augmentation progressive de la capacité de travail à 100% dans six à 12 mois environ avec une probabilité de l'ordre de 30-50%"*, cet expert ajoute néanmoins immédiatement que, *"d'un point de vue clinique, il existe un important risque de rechute vers un épisode dépressif sévère au cas où l'assurée devrait reprendre un travail, tenant compte de son déconditionnement, de ses troubles somatiques non réglés selon elle, de sa faible capacité d'adaptation, de sa fragilité et de son déconditionnement. Dans ce contexte le pronostic de reprise professionnelle est particulièrement sombre"*. Cette retenue est confortée à la lecture des remarques émises ultérieurement par la Dresse J. \_\_\_\_\_ en relation avec le suivi thérapeutique (cf. son rapport du 5 février 2018): celle-ci atteste non seulement d'un suivi thérapeutique plus intensif (hebdomadaire ou à tout le moins bimensuel) que celui évoqué par l'expert (suivi mensuel), mais également de l'échec de deux traitements (Duloxétine et Prégabaline) préconisés par ce dernier. Cela accrédite donc l'idée qu'une adaptation du traitement n'a concrètement que de faibles chances d'améliorer la situation de la recourante, infirmant de fait les conclusions du médecin SMR.

Cela étant, les rapports établis par la psychiatre traitante (et en particulier celui du 5 février 2018 rédigé en écho à l'expertise psychiatrique) pour qui l'assurée serait complètement incapable de travailler, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr E. \_\_\_\_\_. A l'instar du médecin SMR, la Cour constate que la Dresse J. \_\_\_\_\_ oppose sa propre appréciation à celle de l'expert, sans toutefois fournir d'éléments probants susceptibles d'ébranler les conclusions de ce dernier. Comme mentionné plus haut, celui-ci a examiné de manière approfondie la situation de l'assurée et fourni des explications circonstanciées, aboutissant à un avis parfaitement cohérent. Au demeurant, il ne dénie pas l'existence de périodes (en 2008, 2011 et 2014) où les épisodes dépressifs ont été sévères et ont justifié, temporairement, une incapacité totale.

Au vu de ce qui précède, on peut légitimement retenir que l'atteinte psychiatrique justifie une diminution de la capacité de travail de 50%.

3.2.2. Au plan somatique ensuite, le médecin SMR s'est référé aux investigations menées par l'assurance-accidents, et par le médecin d'arrondissement de la SUVA, pour conclure qu'une instruction supplémentaire à ce sujet n'était pas nécessaire et qu'une activité mono-manuelle demeurerait exigible à plein temps.

La Cour relève que la recourante ne conteste pas formellement les conclusions dudit médecin d'arrondissement, mais plutôt le fait que le SMR se soit contenté de s'y référer, sans requérir d'examen complémentaires, comme par exemple une expertise orthopédique.

On peut certes concéder que la motivation de la décision litigieuse n'est pas particulièrement détaillée, en particulier s'agissant de l'influence respective des atteintes psychiatrique et somatique

sur la capacité de travail. Néanmoins, l'examen auquel s'est livré la Cour de céans permet de confirmer, dans leur principe, les conclusions de l'autorité intimée.

En effet, dans la mesure où l'assurance-accidents a été amenée à examiner de façon approfondie la problématique au coude, on ne voit pas ce qui justifierait de s'en écarter. Le simple fait ainsi que la psychiatre traitante ait recommandé des examens supplémentaires au plan orthopédique n'est pas déterminant, dès lors que cela sort clairement de son domaine de compétence.

Dans ce contexte, les conclusions du Dr I. \_\_\_\_\_ sont parfaitement cohérentes: se basant sur le dossier instruit par la SUVA durant plusieurs années, il dispose en effet d'une bonne connaissance de la problématique de la recourante, ce d'autant qu'il dispose d'une spécialisation en chirurgie orthopédique. Dès lors que son examen clinique est plutôt rassurant, le fait pour lui de conclure à l'exigibilité d'une activité à 100% d'une activité mono-manuelle, compte tenu des limitations fonctionnelles consécutives à l'arthrodèse du coude gauche, sont parfaitement convaincantes.

Ce point de vue n'est pas critiquable du point de vue assécurologique. Le fait de retenir une pleine capacité de travail, alors même que l'assurée a en grande partie perdu l'usage de son membre supérieur gauche, peut certes sembler sévère. Il convient toutefois de relever que, d'une part, une telle manière de procéder est communément admise par la jurisprudence fédérale (cf. arrêt TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016) et que, d'autre part, l'OAI a manifestement tenu compte des limitations en découlant directement dans le cadre de son calcul, en procédant à un abattement de 15% sur le salaire statistique.

Au final, la Cour de céans est d'avis que l'OAI a correctement évalué l'influence respective des différentes atteintes sur la capacité de travail de l'assurée, sans qu'il soit nécessaire de procéder à des examens supplémentaires, notamment au plan somatique.

Il en découle globalement une diminution de la capacité de travail de 50% pour des raisons psychiatriques.

4.

Il convient encore d'examiner le calcul du degré d'invalidité opéré par l'OAI.

4.1. Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide. Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2; 135 V 297 consid. 5.1; 134 V 322 consid. 4.1).

Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible –, le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]; ATF 126 V 75; 124 V 321 consid. 3b/aa). A cet égard, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, le Tribunal fédéral a estimé qu'il fallait les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (arrêt TF 9C\_666/2009 du 26 février 2010 consid. 3.2).

Par ailleurs, 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 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).

4.2. La particularité de la présente cause tient au fait que la recourante voit son degré d'invalidité baisser, alors que son état de santé ne s'est pas fondamentalement amélioré, à tout le moins pas par rapport à la situation qui prévalait au moment de l'octroi initial d'une demi-rente.

Ce résultat découle principalement du changement de mode de calcul du degré d'invalidité: alors que, dans la décision initiale, l'OAI avait procédé à une comparaison en pour-cent (du fait que l'expert-psychiatre préconisait la poursuite de l'activité habituelle à temps partiel plutôt qu'un changement d'activité), il a désormais procédé à une comparaison ordinaire de revenus. Si cette issue peut sembler choquante, elle n'en demeure pas moins justifiée: la survenance de l'atteinte au coude a clairement modifié la situation, dans le sens que, dès lors, la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle, ce qui justifie en soi un changement d'activité.

4.2.1. Cela étant, la Cour constate que l'OAI a fixé le revenu de valide en reprenant le salaire versé en 2007 et en l'indexant jusqu'en 2015. Si cette manière de procéder n'est en elle-même pas

critiquable, les conditions dans lesquelles le revenu de 2007 a été fixé ne sont pas très claires. Dans sa décision du 16 juillet 2009, l'OAI prend comme référence un revenu de CHF 29'886.30 résultant d'une activité à 80%, qu'il extrapole à 100% pour parvenir à CHF 37'358.-. Or, outre le fait que ce salaire paraît particulièrement bas, il est difficile de déterminer à quoi s'est référée l'autorité pour le fixer. Il diffère d'ailleurs sérieusement des montants figurant au journal tenu par le gestionnaire du dossier (pièces 126 ss du dossier AI), évoquant un salaire annuel sans invalidité de CHF 44'496.- en 2007.

Dans ces conditions, il paraît plus judicieux de se référer aux données ressortant de l'ESS. Il ressort du dossier que la recourante œuvrait en dernier lieu comme caissière à C.\_\_\_\_\_. La branche économique n° 55 du Tableau TA1\_Skill level, relative aux activités d'hébergement et de restauration, semble correspondre au mieux à ce type d'activité. La recourante, sans formation particulière (catégorie 1) pouvait prétendre à un salaire mensuel de CHF 3'900.- en 2016, soit CHF 46'800.- par an. Adapté à la durée usuelle du travail (41.7 heures au lieu de 40) et indexé à 1.1 % jusqu'en 2015, ce revenu est de CHF 47'643.60 par an. On notera que ce montant correspond à peu de chose près à celui évoqué ci-dessus par le gestionnaire du dossier. En effet, ce dernier articulait en 2007 un revenu annuel de CHF 44'496.- soit, compte tenu d'une indexation de 9.3% telle que pratiquée par l'OAI dans sa décision, un salaire de CHF 48'634.15 en 2015.

4.2.2. S'agissant du revenu d'invalidé, il repose sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires de 2014, fixant le salaire d'une femme dans le secteur privé à CHF 4'300.- par mois. Adapté à la durée usuelle du travail (41.7 heures au lieu de 40) et indexé à 1.1% jusqu'en 2015, ce revenu est de CHF 54'384.70 à plein temps et de CHF 27'192.35 à 50%. L'OAI a encore appliqué un abattement supplémentaire de 15% "*en raison de l'ensemble des circonstances (limitations fonctionnelles)*", dont il n'y a pas lieu de s'écarter, ce qui aboutit à un revenu d'invalidé de CHF 23'113.50.

4.3. La comparaison de ce revenu d'invalidé avec un revenu de valide de CHF 48'984.15 aboutit à un degré d'invalidité de 51.48%, arrondi à 51%, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité.

5.

Il découle de ce qui précède que le recours de l'assurée est partiellement admis. La décision du 27 juin 2018 modifiée dans le sens que cette dernière se voit reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> août 2018.

La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), les frais de justice, ici fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens entiers (cf. ATF 117 V 401). Sur la base de la liste de frais remise par le mandataire de la recourante, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle il a droit à CHF 2'550.-, correspondant à 10.20 heures à CHF 250.-/h, plus CHF 10.30 au titre de débours, plus 197.15 francs au titre de la TVA à 7.7%, soit un total de CHF 2'757.45, qui est mis intégralement à la charge de l'autorité intimée.

Cela étant, la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 208) formulée par la recourante, devenue sans objet, peut être rayée du rôle.

## la Cour arrête :

I. Le recours (608 2018 207) est partiellement admis.

Partant, la décision rendue le 27 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg est modifiée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2018. Le recours est rejeté pour le surplus.

II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

III. L'indemnité allouée à Me Sébastien Dorthe est fixée à CHF 2'550.-, plus CHF 10.30 de débours et CHF 197.15 de TVA à 7.7%, soit un total de CHF 2'757.45. Elle est intégralement prise en charge par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

IV. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 208), devenue sans objet, est rayée du rôle.

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 22 mars 2019/mba

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :