

FR_GERICHTE 605 2016 181 vom 2. Juni 2017

FR Kantonsgericht, 2017-06-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_181

FR: FR_GERICHTE 605 2016 181 du 2 juin 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 181 del 2 giugno 2017

Regeste

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

Volltext

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 — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2016 181 Arrêt du 2 juin 2017 Ie Cour des assurances sociales Composition Président: Marc Boivin Juges: Marc Sugnaux, Yann Hofmann Greffier: Alexandre Vial Parties A. _____, recourante, représentée par B. _____, eux-mêmes représentés par Inclusion Handicap, Maître Karim Hichri, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité; révision Recours du 19 août 2016 contre la décision du 1er juillet 2016 Tribunal cantonal TC Page 2 de 9 considérant en fait A. A. _____, née en 1985, domiciliée à C. _____, est titulaire d'un CFC d'employée de commerce et d'une maturité professionnelle commerciale obtenus respectivement en 2006 et 2008. Elle a travaillé à 40% en qualité de stagiaire comptable auprès de l'entreprise D. _____ SA, sise à E. _____, de novembre 2009 à janvier 2012. L'assurée souffre d'une glomérulonéphrite sclérosante (néphrite lupique) diagnostiquée en 1986. En 1997, elle a subi une première allogreffe rénale de donneur vivant progressant vers une insuffisance rénale préterminale. B. Le 31 décembre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après: OAI-VD), en raison d'une insuffisance rénale et d'une grande fatigue. Elle a subi une seconde allogreffe rénale de donneur vivant en 2011. Par décision du 21 novembre 2013, l'OAI-VD lui a octroyé une demi-rente du 1er juin 2010 au 31 mars 2011 puis une rente entière d'invalidité à partir du 1er avril 2011, en se fondant sur deux rapports médicaux du Dr F. _____, psychiatre traitant de l'assurée (dossier AI pce p. 283 à 287). C. Dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée en octobre 2014, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI-FR) a fait procéder à une expertise psychiatrique par le Dr G. _____. Par décision du 1er juillet 2016, l'OAI, en se fondant sur les conclusions de cette expertise, a retenu que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et qu'elle présentait depuis le 1er septembre 2015 une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité habituelle sans diminution de rendement. Comparant dès lors ses revenus de valide (CHF 60'597.35) et d'invalidité (CHF 30'298.70), l'office a abouti à un degré d'invalidité de 50%. Il a ainsi supprimé la rente entière dont bénéficiait l'assurée et l'a remplacée par une demi-rente d'invalidité, avec effet au premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (dossier AI pce p. 381 à 388). D. Contre cette décision, A. _____, représentée par son frère B. _____, interjette recours de droit administratif le 19 août 2016 auprès du Tribunal cantonal. Elle conclut implicitement à l'annulation de la décision litigieuse et au maintien de son droit à la rente entière. La recourante fait essentiellement

valoir que les diagnostics posés par l'expert psychiatre et son psychiatre traitant le Dr F. _____ sont concordants et que ce dernier a dans le cadre de la procédure de révision d'office attesté d'une incapacité de travail totale inchangée. Une avance de frais de CHF 800.- a été versée le 6 septembre 2016. Dans ses observations du 5 octobre 2016, l'OAI propose le rejet du recours. Il expose en substance qu'il ressort du rapport d'expertise psychiatrique du Dr G. _____ que l'état de santé de la recourante s'est amélioré et que l'exercice d'une activité professionnelle en tant qu'employée de bureau à 50% est dorénavant exigible. L'office a souligné que la recourante avait d'ailleurs interrompu son traitement médicamenteux et qu'elle n'était plus suivie par son psychiatre. Appelée en cause, H. _____ SA, institution de prévoyance professionnelle intéressée, a, par courrier du 21 novembre 2016, renoncé à se déterminer. Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 E. Dans ses contre-observations du 9 janvier 2017, la recourante, nouvellement représentée par Inclusion Handicap, Me Karim Hichri, avocat, expose que le traitement n'avait généralement que peu d'effets sur le trouble diagnostiqué et qu'elle n'avait interrompu le suivi psychiatrique qu'entre le 29 août et le 8 octobre 2015. Elle fait de plus valoir que les affections somatiques autres que le problème rénal n'avaient pas été prises en considération par l'autorité intimée. A l'appui de ses allégations, la recourante dépose encore au dossier la lettre du 11 janvier 2017 du Dr F. _____. Elle confirme ainsi ses conclusions. Par écriture ampliative du 28 février 2017, la recourante produit enfin les lettres des 10 octobre 2016 et 16 février 2017 du Dr I. _____, son généraliste traitant. Celui-ci a d'abord fait état d'une fragilité physique et d'une fatigabilité, puis a conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité à cause des effets secondaires des médicaments pris par sa patiente. Par écritures des 7 mars et 11 avril 2017, l'autorité intimée renonce à se déterminer plus avant et confirme également ses conclusions. F. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre parties. Il sera fait état des arguments des parties, 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 auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. a) 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. D'après une jurisprudence constante, 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). b) 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 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification

reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 3. L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). 4. a) 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 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). b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). 5. Selon l'art. 17 LPG, 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 Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b, 107 V 219 consid. 2, 105 V 29 et les références citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). 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; 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 p. 114 cité par la juridiction cantonale).

6. Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

7. Est en l'espèce litigieuse la réduction de la rente d'une assurée tout à la fois atteinte sur le plan physique et psychique. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assurée, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de gain. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente (cf. supra 5) avec son état de santé au moment de la décision de révision portée céans, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. Dans la présente occurrence, la dernière décision ayant procédé à un examen matériel du droit à la rente est la décision d'octroi du 21 novembre 2013. La décision de révision querellée est datée du 1er juillet 2016.

a) En 2013, pour octroyer à l'assurée une demi-rente du 1er juin 2010 au 31 mars 2011 puis une rente entière d'invalidité à partir du 1er avril 2011, l'autorité intimée s'est fondée sur le rapport médical du 4 juillet 2012 et la lettre du 2 août 2013 du Dr F._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (dossier AI pces p. 169 à 179 et 261; cf. également son certificat médical du 22 mars 2013, dossier AI pce p. 219 s.). Le Dr F._____ a tout d'abord, dans son rapport du 4 juillet 2012, mentionné le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction anxieuse et dépressive, existant depuis janvier 2011, ainsi que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 dysmorphophobie. Il a constaté « une humeur dysphorique avec des moments d'angoisse et de dépression intenses pouvant aller

jusqu'à des idées suicidaires associés à une dysmorphophobie ». En dehors de ces phases, il a estimé qu'elle ne présentait pas de symptomatologie dépressive notable, ni de la lignée psychotique. Il a ainsi conclu à une incapacité de travail de 40% en raison de sa fatigabilité et de ses difficultés de concentration, précisant qu'il est difficile d'établir la part entre le somatique et le psychique dans ses symptômes. Le psychiatre a ensuite, dans une lettre du 2 août 2013, exposé que l'état de santé de sa patiente s'était progressivement aggravé depuis l'automne 2012 avec une augmentation importante de la fatigue, des douleurs musculaires et des difficultés de concentration. Il a dès lors conclu à une incapacité de travailler totale dans toute l'activité. Une aggravation de l'état de santé psychique de cette assurée avait ainsi été retenue, un seul droit à la demi-rente ayant au tout départ été retenu. b) Dans le cadre de la révision litigieuse, les pièces médicales suivantes ont été produites: - Le rapport médical du 24 octobre 2014 du Dr F. _____, qui a fait état d'un état de santé stationnaire, mais a souligné que les douleurs musculaires allaient en s'aggravant. Il a confirmé le diagnostic de dépression récurrente, souligné la persistance de la fluctuation de l'humeur et de la fatigue, ainsi que précisé qu'aucune médication psychiatrique n'était actuellement prescrite. Le psychiatre, constatant une grande fatigabilité, des douleurs et des difficultés de concentration dans toute activité, a conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité (dossier AI pce p. 298 à 302). - Le rapport médical du 25 novembre 2014 du Dr J. _____, qui a également fait état d'une situation clinique stationnaire. Il a renoncé à se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée, à défaut d'activité exercée à ce jour (dossier AI pce p. 303 à 307). - La prise de position du 15 janvier 2015 du Dr K. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, qui a noté que « depuis la deuxième greffe rénale en 2011, l'incapacité de travail repose exclusivement sur une atteinte psychiatrique. Or le diagnostic psychiatrique attesté était un trouble de l'adaptation, réaction anxieuse et dépressive. Un tel trouble se caractérise, par définition, par une association de symptômes anxieux et dépressifs dont aucun n'est suffisamment grave ou marqué pour justifier un diagnostic plus spécifique. D'autre part, il est réactionnel à un facteur de stress et ne persiste guère au-delà de six mois (CIM-10 : F 43.22). Une telle affection, par définition de faible gravité et non durable, ne devrait donc pas motiver une incapacité de travail totale de plusieurs années. Quant au diagnostic actuel, F33.9 trouble dépressif récurrent, sans précision, correspondant selon le rapport du psychiatre à une fluctuation de l'humeur, fatigue et douleurs musculaires ne nécessitant toujours aucun traitement pharmacologique, il permet difficilement d'expliquer une incapacité de travail totale et définitive dans toute activité ». Le médecin a dès lors suggéré qu'une expertise psychiatrique soit diligentée (dossier AI pce p. 308 s.). - La lettre adressé au Dr G. _____ du 16 septembre 2015 du Dr F. _____, qui a indiqué que « [l'assurée] a présenté à plusieurs reprises des épisodes dépressifs de degrés parfois sévères avec notamment des idées suicidaires. Pendant ces phases, elle était clairement inapte à toutes activités professionnelles. De tels épisodes se sont produits en juillet 2012 et janvier 2014 ainsi qu'en avril 2015 suite à une rupture sentimentale. La prescription d'antidépresseurs a été nécessaire. En dehors de ces phases dépressives, l'humeur est fluctuante, et une activité à temps partiel serait éventuellement possible, sans la fatigabilité déjà signalée, qui apparaît comme un symptôme résiduel difficilement surmontable ». Le psychiatre traitant fait en outre état de gestes Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 d'automutilation (scarifications de l'avant-bras) depuis l'âge de 18 ans qui sont réapparues durant la dernière phase dépressive. A la question du Dr G. _____ « Auriez-vous des propositions concrètes en faveur d'un type d'activité que [l'assurée] serait susceptible de pouvoir réaliser ? », il a répondu qu'«

une activité de bureau à temps partiel peu exigeante me semble le mieux correspondre à sa formation et ses potentialités » (dossier AI pce p. 321 s.). - Le rapport d'expertise du 17 mars 2016 du Dr G. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu, comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, une personnalité du registre état limite et manque de maturité non décompensée et, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif majeur récurrent actuellement de gravité subclinique à léger (évolution vers une probable dysthymie). L'expert a exposé que « En l'état, on doit retenir surtout une dysthymie, même si il est établi que [l'assurée] a présenté des épisodes dépressifs plus sévères antérieurement mais surtout réactionnels à des situations professionnelles ou de ruptures affectives dont la dernière en avril 2015. Autrement dit, ceux-ci ont été d'évolution rapidement favorable sans traitement antidépresseur car elle n'a pas souhaité poursuivre le traitement de Cipralex et dans l'intervalle [l'assurée] aurait interrompu son suivi auprès du Dr F. _____ en été 2015. En tant que telle la dysthymie ne doit pas être considérée comme incapacitante, c'est surtout le trouble de personnalité qui représente un facteur limitatif, puisqu'il est à l'origine en grande partie de l'échec des tentatives de réinsertion professionnelle que cela soit sous l'égide de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité, à ce titre [l'assurée] a d'emblée signifié une fin de non-recevoir à toutes les propositions qui lui ont été faites. Pourtant actuellement, le trouble de la personnalité ne paraît pas gravement décompensé. [...] On peut donc estimer au vu des documents en notre possession et notamment du courrier du Dr F. _____ à notre intention du 16.09.2015 dans lequel il évoque : "une nouvelle décompensation en avril 2015 des suites d'une rupture sentimentale". En tous les cas, depuis probablement le 01.09.2015 on estime sa capacité de travail médico-théorique de l'ordre de 50 % » (dossier AI pce p. 323 à 360). - La prise de position du 30 mai 2016 du Dr K. _____, du SMR, qui a estimé qu'aucun argument médical propre à jeter un doute sérieux sur les conclusions de l'expertise psychiatrique ne ressortait de l'opposition (dossier AI pce p. 378). Dans le cadre de la présente procédure de recours, la recourante a encore déposé en cause : - La lettre du 11 janvier 2017 du Dr F. _____, qui a attesté du fait que sa patiente n'avait interrompu le suivi psychiatrique qu'entre le 29 août et le 8 octobre 2015. Par ailleurs, le traitement médicamenteux par antidépresseur a bien été supprimé en juin 2015, en raison d'une amélioration de l'humeur, et n'a pas été repris depuis, malgré l'apparition d'une nouvelle phase dépressive en août 2016, sa patiente essayant de s'en passer. - La lettre adressée à l'OAI du 10 octobre 2016 du Dr I. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a fait état d'une insuffisance rénale, d'une hypertension artérielle, d'une tachycardie supra-ventriculaire provoquant un état de fatigue important et une baisse de la libido, d'une dyspnée, de troubles gastro-intestinaux, ainsi que de troubles psychiques. Il a noté que « en conclusion, [l'assurée] se plaint surtout d'une fragilité physique liée à des réactions à répétition, une fatigabilité tant physique que psychique ». - La lettre adressée à l'assurée du 16 février 2017 du Dr I. _____, qui a en outre mentionné des infections urinaires, des céphalées très fréquentes, des insomnies, des étourdissements, une instabilité émotionnelle, des nausées parfois associées à des vomissements, une altération diarrhée – constipation, ainsi que des arthralgies intermittentes. Il a précisé que ces symptômes Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 étaient en réalité les effets secondaires de la médication néphrologique suivie. Le généraliste a conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité à cause desdits symptômes. c) A titre liminaire, il peut être constaté que l'expert psychiatre sollicité et le psychiatre traitant de la recourante apparaissent parfaitement concordants quant aux diagnostics retenus. En qui

concerne les périodes dépressives comme celles survenues en juillet 2012, janvier 2014, avril 2015 et août 2016, ils sont également d'accord pour dire – l'expert ne l'admettant toutefois qu'implicitement – que l'incapacité de travail de la recourante est alors totale. S'agissant du reste du temps, le Dr G. _____ a considéré qu'elle n'était plus que de 50% au plus tard à compter du 1er septembre 2015, alors qu'elle avait été considérée comme totale en 2013. Il s'agit dès lors de savoir si l'expert a, ce faisant, attesté d'une amélioration notable de l'état de santé de la recourante, ainsi que l'a retenu l'autorité intimée. La Cour de céans retient que le droit à la rente entière de la recourante lui a été reconnu en 2013 exclusivement en raison de sa fatigabilité, de ses douleurs musculaires et de ses difficultés de concentration, ceux-ci probablement en lien avec l'atteinte physique qui avait nécessité la pratique de deux greffes au niveau des reins. Tout cela ressort explicitement des deux rapports médicaux du Dr F. _____ ayant fondé la décision d'octroi, ainsi que de la prise de position du 15 janvier 2015 du Dr K. _____ du SMR. Or, si le Dr G. _____ a laconiquement fait mention en toute fin d'expertise d'une évolution favorable depuis l'été 2015, il ne l'explique dans le corps de son expertise apparemment que par le fait que la recourante aurait cessé de prendre son antidépresseur et d'être suivie par son psychiatre (cf. p. 28). L'expert ne se détermine en effet aucunement sur l'évolution dans le temps de l'état de santé de la recourante et plus particulièrement sur sa fatigabilité, ses douleurs musculaires et ses difficultés de concentration, seuls éléments décisifs en l'occurrence pour savoir si la situation clinique de l'assurée s'est notablement modifiée au sens de l'art. 17 LPGA. De plus, ainsi que cela ressort de la lettre du 11 janvier 2017 du Dr F. _____ et du rapport d'expertise (cf. p. 9, 18 et 19), l'antidépresseur qui était prescrit à la recourante n'aurait que peu d'effet sur le trouble diagnostiqué et celle-ci n'a interrompu son suivi psychiatrique qu'entre le 29 août et le 8 octobre 2015. L'argumentation de l'expert relative à la médication et au suivi psychiatrique n'a donc manifestement pas vocation à fonder une révision. d) La cause doit ainsi être renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle demande, d'une part, un complément d'expertise psychiatrique au Dr G. _____ et, d'autre part, un avis après d'un spécialiste en néphrologie. Ces deux médecins sollicités se détermineront sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, en particulier sur sa fatigabilité, ses douleurs musculaires, ses difficultés de concentration et sur les effets secondaires de la médication néphrologique suivie, les deux types d'atteintes paraissant toujours liés. Un tel complément d'instruction tombe précisément dans les exceptions aménagées par le TF permettant un renvoi (cf. supra consid. 6). L'autorité intimée rendra ensuite une nouvelle décision. 8. a) Partant, le recours doit être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. b) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être mis à charge de l'autorité intimée. L'avance de frais de CHF 800.- consentie par la recourante lui est restituée. Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 c) Ayant obtenu par là gain de cause (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), la recourante a droit à des dépens. Conformément aux art. 137 ss du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et de l'art. 11 al. 1 et 2 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA ; 150.12), sur le vu de la liste de frais produite le 31 janvier 2017 par Inclusion Handicap, Me Hichri, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle le mandataire a droit à CHF 627.90, à savoir 4 heures et 50 minutes (3 heures et 50 minutes ainsi que requis + 1 heure forfaitaire pour la lettre du 28 février 2017 et la prise de connaissance du présent arrêt) à CHF 130.- de l'heure (arrêts TF 9C_415/2009 du 12 août 2009 consid. 5.4; 9C_688/2009 du 19 novembre 2009 consid. 5), plus CHF

50.25 au titre de la TVA à 8 %, soit un total de CHF 678.15; les frais d'ouverture de dossier de CHF 150.- ne sont pas pris en compte. Cette indemnité est intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée au mandataire du recourant. la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision du 1er juillet 2016 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais de CHF 800.- consentie par A._____ lui est restituée. IV. Il est alloué à A._____ pour ses frais de défense une indemnité de CHF 627.90, plus CHF 50.25 au titre de la TVA à 8 %, soit un total de CHF 678.15. Elle est intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et sera directement versée à Me Karim Hichri, avocat au service d'Intégration handicap. V. Communication. 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 2 juin 2017/yho Président Greffier

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