

FR_GERICHTE 608 2013 166 vom 5. Mai 2015

FR Kantonsgericht, 2015-05-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_166

FR: FR_GERICHTE 608 2013 166 du 5 mai 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2013 166 del 5 maggio 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

La recourante allègue, dans un premier temps, une violation de son droit d'être entendue dès lors que le complément d'expertise du Dr G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 8 juillet 2013 ne lui a pas été soumis dans le cadre de la procédure devant l'autorité intimée. a) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 3.3). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties. Encore qu'elle ne soit pas obligée de les renseigner sur chaque production de pièces, car il suffit qu'elle tienne le dossier à leur disposition (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 250/02 du 25 octobre 2002 consid. 3.3). La violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références). b) En l'espèce, dans le complément d'expertise en cause, le Dr G. _____ a été invité à prendre connaissance et se déterminer sur un rapport médical non daté signé par le Dr I. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et en psychiatrie et psychothérapie, et par J. _____, psychologue FSP. Ce rapport avait été transmis par la recourante dans le cadre du complément du 11 février 2013 à ses observations. Dans le complément en cause, l'expert a confirmé les conclusions prises dans son expertise du 7 décembre 2012, donnant son avis sur certaines critiques soulevées par le médecin de la recourante, notamment en rappelant certains critères qu'il a pris en compte dans son procédé de diagnostic (dossier OAI, pièce 385). Il s'agit clairement d'une analyse

médicale dont l'autorité intimée s'est d'ailleurs prévaluée dans la décision contestée. A ce titre, dans la mesure où l'assurée ne s'est pas vu transmettre ce moyen de preuve, son droit d'être entendu n'a pas été respecté.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 Toutefois, la Cour constate que, par ce complément, l'expert s'est prononcé sur les points soulevés par les médecins de la recourante. A ce stade de la procédure, l'assurée avait d'ores et déjà été en mesure de se prononcer tant sur les questions posées à l'expert que sur le résultat de l'expertise par l'intermédiaire de ses médecins. En outre, dans ce complément, l'expert s'est contenté de reprendre les arguments de son expertise sans en présenter de nouveau (mauvaise coopération avec le médecin traitant et implication thérapeutique de ce dernier, activités de l'assurée justifiant le diagnostic d'un trouble dépressif léger). Pour ces motifs, la recourante ayant eu la possibilité de s'exprimer dans le cadre de la présente procédure de recours auprès de la Cour de céans, avec plein pouvoir de cognition, et au vu du peu de gravité de la violation, cette dernière doit être considérée comme guérie. Le grief tiré de la violation du droit d'être entendu soulevé par la recourante doit dès lors être rejeté.

E. 3

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 fédérale 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. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au 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. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 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) 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. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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 (ATFA I 946/05 du 11 mai 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres références citées). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 298 consid. 4c in fine et les références). c) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b, 107 V 219 consid. 2, 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). 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). 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). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêt 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). d) Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est

nécessaire de mettre préalablement en oeuvre une mesure

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86; voir également arrêt 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220; voir également arrêt 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le

droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (Tribunal fédéral, arrêt 9C_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 3). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2). 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 du Tribunal fédéral 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au 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).

E. 4

Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assurée, particulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle. Partant, il s'agit de comparer ici les faits qui prévalaient lors de la confirmation de la rente entière, par communication du 4 juin 2008, avec ceux relevés au moment de la décision attaquée, le 26 septembre 2013. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si l'état de santé de la recourante s'est ou non modifié entre ces deux dates au point de devoir entraîner une diminution de sa perte de gain dans la mesure indiquée ci-dessus. a) La Cour retient que la communication du 4 juin 2008, maintenant l'octroi d'une rente entière en raison d'un degré d'invalidité de 80%, constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, se fondant notamment sur l'expertise réalisée par le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et l'avis du SMR. Partant, l'argumentation développée par les parties en lien avec la période antérieure n'entre pas directement dans le champ d'examen du présent litige (cf. ATF 136 V 369 consid. 3.1). Cela étant, il n'est pas sans intérêt de rappeler pour quels motifs une rente entière avait été confirmée le 4 juin 2008. L'autorité intimée avait alors reconnu à la recourante un degré d'invalidité de 80% (dossier OAI, pièce 241), lequel correspondait à celui retenu par le Dr D._____ dans son expertise du 12 juillet 2004 (dossier OAI, pièce 186). Ce dernier y estimait en effet que, sur le plan psychique, l'incapacité de travail devait être fixée à 80% depuis mars 1997. Sous réserve de l'application de mesures thérapeutiques spécifiques, il espérait – avec une certaine réserve – le regain d'une capacité de travail de l'ordre de 50% à moyen terme. A titre de mesure thérapeutique, il proposait une modification du traitement et la mise en place d'un stage d'évaluation/ré- entraînement au travail à un taux de 50%. Le degré d'invalidité de 80%, respectivement 50% après traitement adéquat, avait en outre été confirmé par la Dresse K._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du

SMR (rapport du 19 septembre 2005, dossier OAI, pièce 202).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 Le Dr D. _____ diagnostiquait sur l'axe I un "trouble majeur dépressif, récurrent, en rémission partielle, actuellement mineur F33.4 (296.34)", un "trouble dysthymique F34.1 (300.4)" et une "agoraphobie avec antécédent de trouble panique F40.01 (300.21)". Sur l'axe II, il estimait que l'assurée souffrait d'une "personnalité limite F60.31 (301.83), dépendante F60.7 (301.6), à traits histrioniques". S'agissant de l'axe IV, il citait la présence de "problèmes avec le groupe de support principal: problèmes de couple (autour de 1999), problèmes éducatifs avec la seconde fille, départ de la fille aînée" et ainsi que de dettes. Les troubles psychiques constatés avaient nécessité jusqu'alors un traitement médical, la consultation trois fois par année de son psychiatre traitant, le Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et, tous les quinze jours, de la psychothérapeute déléguée de celui-ci, J. _____, psychologue FSP. Sur cette base, l'expert soulignait que "les limitations fonctionnelles sont surtout liées aux symptômes dépressifs, en particulier l'asthénie, l'aboulie, les troubles cognitifs, mais aussi à la restriction du périmètre d'autonomie, bien que celui-ci soit fluctuant". Il ajoutait que, "sur le plan du pronostic, il existe un certain nombre d'éléments favorables [...]. Par contre, la perte de repères affectifs majeurs [...] s'avère un élément défavorable sur le plan pronostic. L'expertisée se trouve actuellement dans une phase de transition, pour ce qui est de la situation affective et familiale. L'élément pronostic le plus important est cependant la forte motivation de l'assurée à retrouver sa place dans le monde du travail, dans le maintien d'une activité de type bureautique à domicile et dans son ouverture par rapport à des mesures professionnelles". Pour le surplus, la Cour retient que le degré d'invalidité de 80% correspondait aussi à celui explicité par le Dr E. _____ depuis 1998 (cf. notamment les rapports des 11 septembre 1998, 14 juillet 2007 et 30 avril 2008, dossier OAI, pièces 52, 226 et 239). Dans le cadre de la "réinsertion professionnelle" effectuée dans le cabinet de ce médecin, force est aussi de souligner que ce taux de 20% correspond aux douze heures hebdomadaires de travail, compte tenu des absences alléguées pour un tiers (rapport du 15 mars 2007, dossier OAI, pièce 226). A relever encore qu'à ce stade du dossier, les médecins ayant examiné l'assurée ne faisaient pas état de trouble somatique. b) Dans la décision litigieuse du 26 septembre 2013, l'autorité intimée a considéré que l'assurée était en mesure d'augmenter son activité professionnelle jusqu'à un taux de 50% dans les meilleurs délais. Sur le plan psychiatrique, elle s'est fondée sur une expertise du Dr G. _____ du

E. 7

décembre 2012 ainsi qu'un courrier de ce même médecin du 8 juillet 2013. Dans son expertise (dossier OAI, pièce 343), celui-ci retient une incapacité de travail à hauteur de 50% provoquée par un "trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00)". En l'absence de la possibilité de pouvoir discuter avec le psychiatre traitant et dès lors que les rapports médicaux présents dans le dossier ne lui permettaient pas de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé depuis 2008, il a fixé l'amélioration de la capacité de travail au jour de l'entretien, soit le 14 novembre 2012. Les conclusions du Dr G. _____ sont fondées sur l'étude du dossier assécurologique de l'assurée. Toutefois, il s'est distancé des conclusions présentées par ses confrères. A ce titre, il est particulièrement regrettable que les critères justifiant une telle différence d'appréciation ne soient pas explicitement énoncés par l'expert qui n'indique que quelques éléments ponctuels de sa réflexion (cf. pt. 5 de l'expertise, dossier OAI, pièce 343: cf. complément

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 du 8 juillet 2013, dossier OAI, pièce 385). En effet, bien qu'une lecture attentive de l'expertise permet de constater que ce dernier a examiné les critères d'un épisode dépressif grave fixés par le DSM-IV, force est de constater que les autres diagnostics présents dans le dossier n'ont pas été traités. Ainsi, celui-ci ne s'attarde pas sur la présence ou non de troubles de la personnalité, notamment de "personnalité limite [F60.31], dépendante [F60.7], à traits histrioniques", relevée tant dans les expertises précédentes que dans les rapports médicaux des médecins traitants. Il ne se prononce également pas sur la présence ou non de facteurs psycho-sociaux ainsi que leur influence sur la capacité de travail de l'assurée qui, pourtant, ressortent des pièces du dossier. Le Dr D._____ mentionnait par exemple des "problèmes avec le groupe de support principal: problèmes de couple (autour de 1999), problèmes éducatifs avec la seconde fille, départ de la fille aînée" (dossier OAI, pièce 186). Le Dr I._____ citait, quant à lui, une "situation psycho-sociale chargée depuis 1982; antécédents dépressifs dans la famille. Charge éducative actuelle forte [...] dans une situation financière difficile" (dossier OAI, pièce 315). Il apparaît encore que la présence de "troubles somatiques accrus dans les phases aiguës au niveau du dos et du système digestif et urinaire" n'a même pas été mentionnée, tant dans l'expertise que son complément (rapports non datés du Dr I._____, dossier OAI, pièces 315 et 361). Certes, les douleurs lombaires pourraient être justifiées sur un plan rhumatologique – à tout le moins en partie – dès lors qu'elles ont aussi été diagnostiquées par la Dresse L._____, spécialiste FMH en médecine interne générale. Cependant, la doctoresse renvoie systématiquement l'évaluation globale de l'invalidité au psychiatre traitant de sa patiente, mettant manifestement en évidence qu'à ses yeux, troubles psychiques et somatiques sont – entièrement ou partiellement – imbriqués (cf. rapport du 17 octobre 2011, dossier OAI, pièce 272). Une telle compréhension n'est pas infirmée par un avis médical plus explicite d'un autre expert somaticien, il n'y en a simplement pas. Partant, les points litigieux importants n'ont pas fait l'objet d'une étude fouillée et l'expertise n'a pas été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, l'expert ayant omis ne serait-ce que de mentionner certains troubles relevés dans les rares rapports médicaux récents. Force est de constater qu'il n'a pas examiné l'ensemble des points litigieux importants. Ainsi, l'expertise et son complément ne peuvent se voir reconnaître une entière valeur probante. Même si les diagnostics devaient être considérés comme suffisamment motivés, l'expertise devrait se voir déniee une entière valeur probante pour d'autres motifs. La Cour relève que le Dr G._____ allègue avoir cherché à prendre contact avec le psychiatre traitant de l'assurée, mais que ce dernier n'y aurait pas donné suite (dossier OAI, pièces 343 et 385). Eu égard au fait que le dossier ne comporte pratiquement pas de pièces médicales depuis 2008, l'avis du psychiatre était à l'évidence nécessaire pour que l'expert puisse accomplir la tâche qui était la sienne, soit de se prononcer sur une évolution de la situation. En effet, on note que le Dr D._____, comme lui, constatait déjà en 2004 une phase de dépression mineure mais soutenait néanmoins une incapacité de travail de 80%, soulevant le phénomène de la fluctuation des symptômes. Il était dès lors indispensable que l'expert place le constat fait lors de son examen de l'assurée dans un contexte temporel, ce qui n'a manifestement pas été le cas, l'examen n'ayant pu être que ponctuel (cf. p. 16 de l'expertise). Par ailleurs, la Cour souligne que l'expert ne s'étend que peu sur les critères l'ayant amené à fixer la capacité de travail à 50%. Il se contente simplement d'indiquer "qu'il [lui] est difficile de savoir de quand date l'amélioration de l'état de santé de cette assurée qui présente un trouble dépressif mais qui, actuellement, est plutôt léger et ne devrait pas l'empêcher de travailler, au minimum à 50%". Il ajoute aussi que "vraisemblablement, le trouble de l'assurée s'est

amélioré depuis 2005

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 environ, elle est capable de travailler de 20% à 30% pour une entreprise" (dossier OAI, pièce 343). Le complément d'expertise du 8 juillet 2013 n'est pas plus disert (cf. dossier OAI, pièce 385). Sa motivation est insuffisante. Le fait que l'assurée ait été en mesure de travailler à hauteur de 20% (2007-2008: 12 heures par semaines, compte tenu d'absences pour un tiers du temps, cf. dossier OAI, pièce 226; 2007-2010: taux d'activité de 20%, cf. dossier OAI, pièce 262) ne signifie pas qu'elle soit également en mesure de travailler à 50%. Au contraire, un travail à un taux de 20% peut, tout autant, correspondre à la capacité de travail résiduelle de 20% retenue par l'OAI dans sa communication de 2008 (cf. dossier OAI, pièce 241). Pour sa part, le fait que l'expertise du Dr D._____ de 2004 mentionne une possible capacité de travail à 50% ne peut pas suffire pour appuyer les conclusions du Dr G._____. Pour rappel, le Dr D._____ ajoutait expressément que "le pronostic reste cependant réservé, il est possible que la mesure n'aboutisse pas, ou n'aboutisse qu'au regain d'une capacité de travail très partielle dans un premier temps" (dossier OAI, pièce 186). Finalement, le Dr D._____ indiquait que l'assurée pouvait éventuellement augmenter sa capacité de travail par le suivi de recommandations thérapeutiques (changement de la médication, réalisation d'une mesure professionnelle). Le Dr G._____ n'explique en rien pour quel motif cette appréciation devrait être différente aujourd'hui. Il est également surprenant qu'en présence du constat du Dr D._____, l'autorité n'ait pas contrôlé ou se soit assurée si la recourante avait suivi les recommandations thérapeutiques, recommandations qui, selon son expert, auraient pu augmenter sa capacité de travail à moyen terme. A la lumière du devoir de réduire le dommage, le suivi de ces recommandations thérapeutiques aurait pu être imposé à la recourante en cas de non-suivi. Pour l'ensemble de ces motifs, l'expertise du 7 décembre 2012 du Dr G._____ ainsi que son complément du 8 juillet 2013 ne peuvent se voir reconnaître une entière valeur probante s'agissant de la capacité de travail résiduelle de la recourante. c) Pour les années 2006 à 2013, seuls trois autres rapports médicaux figurent dans le dossier assécurologique de la recourante (cf. dossier OAI, pièces 272, 315 et 361). Or, dans son expertise du 7 décembre 2012, le Dr G._____ a lui-même relevé que ces pièces n'étaient que peu exhaustives (p. 16 de l'expertise, dossier OAI, pièce 343). Un tel constat est partagé par la Cour. Partant, en l'occurrence, un simple mandat d'expertise judiciaire ne peut seul suffire à élucider l'état de fait, ce qui justifie un renvoi de l'affaire à l'autorité intimée pour des mesures d'instruction complémentaires. 5. Quoi qu'il en soit de ce qui précède, un renvoi à l'autorité intimée serait de toute manière justifié pour le motif qui suit. Au moment de la décision litigieuse du 26 septembre 2013, l'assurée était âgée de 57 ans, soit plus de 55 ans, et au bénéfice d'une rente entière depuis le mois de mars 1998, soit depuis plus de quinze ans. La recourante satisfaisait donc aux deux conditions alternatives permettant d'admettre que des mesures d'accompagnement à la réintégration professionnelle étaient nécessaires. Il convient, à ce titre, de vérifier son droit à de telles mesures, ce point n'ayant pas été précédemment examiné.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 Objectivement, la recourante n'a, depuis 1997, qu'exercé des activités non rémunérées à un taux très bas entre 2006 et 2010. Ces emplois n'ont jamais rempli les conditions prescrites dans l'expertise de 2004, car on ne peut les qualifier de "mesure[s] professionnelle[s] sous forme d'un stage d'évaluation/ré-entraînement au travail à un taux de 50%" (cf. dossier OAI, pièce 186). Outre qu'ils n'étaient pas rémunérés, la recourante y bénéficiait de la possibilité de travailler

partiellement à domicile et selon des horaires relativement libres (cf. dossier OAI, pièces 225 et 262). De fait, ces deux emplois s'apparentaient plus à une activité dans un milieu protégé qu'à une tentative de réinsertion ou un entraînement au travail proprement dit. A ce titre, sur l'unique base des deux emplois aux côtés du Dr E. _____ et de F. _____, il ne semble pas concevable que la recourante puisse reprendre du jour au lendemain une activité lucrative. Sur le plan subjectif, force est de constater qu'il existe une contradiction importante entre le discours et les actes de l'assurée. En effet, dans un courrier du 4 avril 2005, cette dernière a indiqué que "son état de santé actuel ne [lui permettait] pas d'entreprendre un stage pour le moment" (dossier OAI, pièce 195), bien que, peu avant, elle ait fait part de sa motivation à suivre un stage professionnel, particulièrement dans le domaine de la bureautique (cf. dossier OAI, pièces 186 et 200). Toutefois, elle a, dans une certaine mesure, effectivement utilisé sa capacité de travail de 2006 à 2010. Ces "tentatives de réinsertion" ont été manifestement admises par l'autorité intimée dès lors qu'elle n'a jamais, ultérieurement, proposé ou ordonné la mise sur pied d'une autre mesure professionnelle (cf. dossier OAI, pièces 209, 250 à 262, 266). A ce titre, on ne saurait catégoriquement inférer des pièces au dossier que l'assurée ne remplit pas les conditions subjectives d'octroi d'une mesure de réintégration, quand bien même son discours n'est pas exempt de reproches. Partant, il convient de toute manière de renvoyer la cause à l'autorité intimée afin qu'elle prenne les mesures nécessaires à la réintégration de l'assurée dans le circuit économique si une amélioration de la capacité de travail devait être confirmée par les mesures d'instruction complémentaires. Une suppression ou réduction de la rente d'invalidité ne peut intervenir que dans un contexte de refus, de manque de volonté ou de non-coopération de la part de l'assurée, ou suite au succès des mesures mises en place. 6. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, bien fondé, doit être admis et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour des mesures d'instruction complémentaire et, éventuellement, la mise en place des mesures nécessaires à la réintégration de l'assurée dans le circuit économique. Dans ces circonstances, il se justifie de mettre à la charge de l'autorité intimée des frais de justice fixés à 800 francs. Par conséquent, l'avance de frais de 800 francs versée par la recourante lui est restituée. Ayant pour l'essentiel obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens. Ils seront fixés conformément aux dispositions applicables en matière de tarif, soit sur la base d'un tarif horaire de 230 francs. Compte tenu du temps consacré à l'affaire selon la liste de frais produite par son mandataire le 8 avril 2015, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle elle pourrait prétendre pour ses frais de défense à 3'430 fr. 85, soit 3'123 fr. 40 (13,58 heures x 230 francs) à titre de dépens, 53 fr. 30 à titre de débours et 254 fr. 15 au titre de la TVA (8%). Ils sont intégralement mis à la charge de l'autorité intimée

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête: I. Le recours de A. _____ est admis. Partant, la décision du 26 septembre 2013 est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour mesures d'instruction complémentaire et, éventuellement, mise en place des mesures nécessaires à la réintégration de la recourante dans le circuit économique. II. Les frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge de l'autorité intimée; l'avance de frais du même montant, versée par la recourante, lui est restituée. III. L'indemnité de partie est fixée à 3'176 fr. 70 plus 254 fr. 15 au titre de la TVA, soit à un total de 3'430 fr. 85. Elle est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée. IV. 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 5 mai 2015/pte Président Greffier

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