

FR_GERICHTE 608 2018 117 vom 3. September 2019

FR Kantonsgericht, 2019-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_117

FR: FR_GERICHTE 608 2018 117 du 3 septembre 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2018 117 del 3 settembre 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 10

mars 2017 (605 2011 274), concluant sous suite de frais et dépens à l'annulation de celui-ci et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2017. Elle fait valoir en résumé qu'elle a appris que la Clinique H. _____ avait fait l'objet d'une mesure de retrait de l'autorisation d'exploiter deux de ses départements pour une durée de trois mois, sanction confirmée par le Tribunal fédéral dans un arrêt du 22 décembre 2017 et publiée le 21 février 2018 dans la Feuille d'avis officielle du canton de Genève. Elle indique que l'arrêt du Tribunal fédéral révèle de graves dysfonctionnements au sein de la clinique en question, soit des faits qui remettent en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire qui concluait dans son cas à l'existence d'une capacité complète de travail sans diminution de rendement. La demanderesse s'est acquittée en temps utile de l'avance de frais de CHF 800.- requise par ordonnance du 7 mai 2018. Dans ses observations du 11 juin 2018, l'Office de l'assurance-invalidité conclut au rejet de la demande de révision. A l'appui de sa position, il estime pour l'essentiel que les reproches formulés à l'égard de la Clinique H. _____ ne constituent pas, en soi, un motif de révision procédurale dans chaque cas particulier. Or, en l'espèce, aucun autre indice concret ne fait naître le soupçon que le rapport d'expertise pluridisciplinaire établi en 2010 ne refléterait pas strictement les constats médicaux, le raisonnement ou les conclusions de l'expert. L'Office de l'assurance-invalidité relève que l'expertise pluridisciplinaire en cause n'est qu'une pièce parmi d'autres sur laquelle l'autorité judiciaire s'est fondée pour rendre son arrêt. A cela s'ajoute encore qu'elle a été signée par les experts mandatés et que rien n'indique qu'elle aurait été modifiée par le responsable médical de la clinique en question. Dans une détermination spontanée du 26 septembre 2018, la demanderesse fait référence à un arrêt rendu le 16 août 2018 par le Tribunal fédéral, par lequel celui-ci a admis une demande de révision concernant un de ses arrêts, après avoir constaté après coup qu'une expertise réalisée par la Clinique H. _____ l'avait été à un moment où le responsable médical du département d'expertise modifiait illicitement le contenu de rapports. Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 Appelée en cause, la Caisse de pensions de la Migros, fondation de prévoyance LPP intéressée, déclare ne pas vouloir prendre position. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les 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. Interjetée en temps utile (voir ATF 144 V 258 consid. 1.2) et dans les formes légales, par une assurée valablement représentée, auprès de l'autorité judiciaire qui a rendu l'arrêt remis en cause, la

demande en révision du 1er mai 2018 est recevable. 2. Selon l'art. 61 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 fédérale sur l'assurance- invalidité (LAI; RS 831.20), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal, sous réserve des exigences fédérales prévues exhaustivement aux lettres a à i. A teneur de l'art. 61 let. i LPGA, les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (arrêt TF 8C_273/2016 du 7 juin 2016 consid. 3). Sont "nouveaux" au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 144 V 258 consid. 2.1; 143 V 105 consid. 2.3). L'art. 61 let. i LPGA fixe les motifs de révision qu'il est possible de faire valoir en procédure cantonale, mais laisse au droit cantonal la compétence de régler la procédure de révision (arrêt TC FR 608 2013 159 du 27 novembre 2013 consid. 1a et les références). En droit fribourgeois, les art. 106 et 107 prévoient de telles règles de procédure. En particulier, l'art. 106 al. 3 CPJA énonce que si l'autorité saisie de la demande de révision admet le bien-fondé de celle-ci, elle annule la décision contestée et statue à nouveau. 2.1. Dans l'arrêt dont la révision est demandée, la IIe Cour des assurances sociales a d'abord procédé à une analyse de l'ensemble des avis médicaux produits tant dans les procédures Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 relatives à l'assurance-invalidité que dans celles, antérieures, concernant l'assurance-accidents. Elle a ensuite confronté ces avis médicaux aux appréciations et conclusions ressortant de l'expertise pluridisciplinaire établie par les médecins de la Clinique H. _____, avant de retenir que celles-ci pouvaient être suivies. Elle a en particulier noté à cet égard que le rapport d'expertise respectait les exigences générales posées par la jurisprudence en matière d'expertise: en particulier, il se fondait sur des examens complets et avait été établi en pleine connaissance du dossier, après des entretiens personnels réalisés personnellement par les médecins spécialistes dans les domaines concernés. Il prenait également en considération les plaintes exprimées par la demanderesse et les points litigieux avaient fait l'objet d'une étude fouillée. L'appréciation médicale était claire et les conclusions des médecins étaient dûment motivées. Enfin, cette appréciation ainsi que les conclusions du rapport correspondaient d'ailleurs à celles des autres experts sollicités auparavant (hormis pour la partie psychiatrique). C'est sur cette base que la IIe Cour des assurances sociales a confirmé l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1er février 2005 au 30 juin 2007. 2.2. A l'appui de sa demande de révision, la demanderesse invoque les graves manquements dans la réalisation d'expertises médicales par la Clinique H. _____ et les graves violations des devoirs professionnels incombant au responsable de cet établissement, constatés par le Tribunal fédéral dans son arrêt 2C_32/2017 du 22 décembre 2017. Sans mettre en évidence d'éléments concrets spécifiques à l'expertise pluridisciplinaire réalisée sur sa personne en 2012, complétée en 2013, elle fait valoir que ces manquements et violations des devoirs professionnels constatés judiciairement dans plusieurs cas constituent des faits nouveaux

importants qui justifient que la demande de révision soit admise et que la IIe Cour des assurances sociales rende un nouvel arrêt admettant le recours du 30 janvier 2015, annulant la décision du 16 décembre 2014 de l'Office de l'assurance-invalidité et reconnaissant son droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2017 2.3. Comme l'a mentionné la demanderesse dans son intervention spontanée du 26 septembre 2018, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater (ATF 144 V 258 précité, consid. 2.3.1), en se référant à l'arrêt TF 2C_32/2017 invoqué par le recourant, que de très importants manquements avaient été constatés dans la gestion de la Clinique H._____ et en particulier des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. En particulier, cette personne qui était responsable médical du "département expertise" avait modifié (notamment sur des points non négligeables) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert, ce qui constituait un comportement inadmissible relevant d'un manquement grave au devoir professionnel. Cela alors que les expertises pratiquées dans ce département avaient un poids déterminant pour de nombreux justiciables, de sorte que l'on devait attendre qu'elles soient rendues dans les règles de l'art. Il a également été insisté sur l'existence d'un intérêt public manifeste à ce que des acteurs intervenant dans des procédures administratives en tant qu'experts, et qui au demeurant facturent d'importants montants à la charge de la collectivité, rendent des expertises dans lesquelles l'administré et l'autorité peuvent avoir pleine confiance, ceux-ci n'étant le plus souvent pas des spécialistes des domaines en cause. Poursuivant dans le même arrêt (consid. 2.3.2), le Tribunal fédéral a encore rappelé que, en droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents. Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas
Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure, ainsi que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci. Or les manquements constatés au sein du « département expertise » par le Tribunal fédéral dans la procédure relative au retrait de l'autorisation de la clinique H._____ soulèvent de sérieux doutes quant à la manière dont des dizaines d'expertises ont été effectuées au sein de cet établissement et portent atteinte à la confiance que les personnes assurées et les organes de l'assurance-invalidité étaient en droit d'accorder à l'institution chargée de l'expertise. Dès lors, de même que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité ou le juge ne peut pas se fonder sur un rapport médical qui, en soi, remplit les exigences en matière de valeur probante (sur ce point, voir ATF 125 V 351 consid. 3a) lorsqu'il existe des circonstances qui soulèvent des doutes quant à l'impartialité et l'indépendance de son auteur, fondés non pas sur une impression subjective mais une approche objective (ATF 137 V 210 consid. 6.1.2), il n'est pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui a été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause. 2.4. En l'occurrence, le rapport relatif à l'expertise pluridisciplinaire effectuée en 2012 par des médecins de la clinique H._____ a été établi à une époque où le medical manager du « département expertise » modifiait illicitement le contenu de rapports. Il en va de même du rapport complémentaire établi à l'en-tête de cette clinique le 27 décembre 2013, signé du reste par ordre (« p.o. ») par le medical manager de celle-ci au nom de Dr K._____, spécialiste en neurologie et en pathologie neurovasculaire. En conséquence, en écho à ce qu'a retenu le Tribunal fédéral dans l'ATF

144 V 258 précité (consid. 2.3.2), cette expertise pluridisciplinaire ne peut pas servir de fondement pour statuer sur le droit de la demanderesse aux prestations de l'assurance-invalidité. Peu importe le point de savoir si ledit responsable est concrètement intervenu dans la rédaction du rapport d'expertise pluridisciplinaire initial, voire en a modifié le contenu à l'insu de ses auteurs, parce qu'il n'est en tout état de cause pas possible d'accorder pleine confiance à ce rapport établi sous l'enseigne de la clinique H._____.

Les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient être considérées comme suffisamment garanties au sein du "département expertise" de celle-ci. Il en résulte que, comme le soutient à juste titre le recourant, les faits en cause sont de nature à modifier l'état de fait à la base de l'arrêt dont il demande la révision. En effet, s'ils avaient été connus de la IIe Cour des assurances sociales, ils auraient conduit celle-ci à nier que l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par les médecins de la Clinique H._____ remplissait l'ensemble des conditions qui permettaient d'en suivre les conclusions. Ces faits nouveaux sont ainsi de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris, ce qui pourrait conduire à un jugement différent. Sur le rescindant il s'impose dès lors d'annuler l'arrêt rendu par la IIe Cour des assurances sociales le 10 mars 2017 (608 2015 23).

3. Dans la phase du rescisoire, la IIe Cour des assurances sociales doit statuer à nouveau, comme l'y invite l'art. 106 al. 3 CPJA. Il lui appartient donc de rendre un nouvel arrêt dans la procédure précitée relative au recours du 30 janvier 2015 contre la décision du 16 décembre 2014 par laquelle l'Office de l'assurance-invalidité a octroyé à la demanderesse une rente entière d'invalidité Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 du 1er février 2005 au 30 juin 2007 et lui a nié tout droit à une rente à compter du 1er juillet 2007, soit trois mois après le 1er avril 2007, date à partir de laquelle une amélioration de son état de santé psychique a été retenue.

4. Les dispositions légales applicables et leur interprétation par la jurisprudence ont été exposées de façon complète dans l'arrêt du 10 mars 2017 (consid. 2a à 2e), de telle sorte qu'il convient de s'y référer sans qu'il soit nécessaire de les reproduire.

5. A l'image de celle qui se posait dans l'arrêt rendu le 10 mars 2017, la question déterminante en l'espèce est de savoir quelle a été l'évolution de la capacité de gain de la demanderesse, plus spécifiquement de déterminer si son état de santé lui permettait, à partir du 1er avril 2007, de réaliser un revenu justifiant la suppression de la rente qui lui avait été allouée jusqu'alors.

5.1. Sur le plan physique – orthopédique, neurologique et oto-rhino-laryngologique –, une uncarthrose (au niveau C3-C4, avec rétrécissement du foramen droit et légère ostéochondrose, discopathies étagées de L2 à S1), un MTBI (mild traumatic brain injury), des contusions vestibulaire et labyrinthique, ainsi que des lésions organiques cérébrales ont été discutés dans les différents rapports médicaux figurant au dossier. Ces éléments ont été analysés comme suit dans l'arrêt du 10 mars 2017: L'unarthrose diagnostiquée n'a été considérée comme incapacitante ni par les experts de la Clinique H._____ ni par les autres médecins sollicités. Contrairement à ce que soutient l'autorité intimée, un MTBI a bien été retenu par les experts de la Clinique H._____, qui rejoignent en cela le Dr I._____. Il convient de souligner cependant qu'un TCC a été exclu par lesdits experts et que ces derniers ont diagnostiqué un MTBI en se fondant seulement sur les déclarations de l'assurée qui a dit avoir subi une perte de connaissance lors de sa chute, un MTBI de grade I étant d'office retenu en cas de perte de connaissance. Or, il n'est pas évident que cette perte de connaissance se soit bien produite, parce que la déclaration de l'assurée l'affirmant n'est intervenue a posteriori et que le premier rapport médical produit – la lettre à contenu médical du 18 février 2004 du Dr L._____ – n'en fait guère état. Ce diagnostic a

d'ailleurs été expressément rejeté tant par le Dr M. _____, dans son rapport d'expertise médicale du 3 avril 2007, que par la Dresse N. _____, dans sa prise de position du 10 mars 2008. En tout état de cause, le MTBI retenu par la Clinique H. _____ n'est que de grade I, l'existence d'un grade supérieur ayant été clairement exclu par les experts. Partant, l'incapacité de travail reconnue sur le plan physique, du 2 avril au 31 octobre 2004, apparaît généreuse, ce d'autant plus qu'une IRM cérébrale effectuée en juillet 2004 n'avait rien constaté d'anormal. Une contusion vestibulaire ou labyrinthique a été simplement évoquée par G. _____ dans son rapport médical du 23 mai 2005, mais a été indubitablement exclue, tout d'abord par le Dr O. _____, dans son rapport médical du 17 février 2005, puis – après que le Dr P. _____ ait requis une évaluation dans ce domaine – par le Dr Q. _____, dans son appréciation médicale du 20 mai 2008, et la Clinique H. _____.

Au surplus, il ressort du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 4 juillet 2011 de R. _____, que l'intéressée elle-même a considéré que ses atteintes ORL n'étaient pas incapacitantes. Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 Quant aux lésions organiques cérébrales, si elles ont été constatées par Prof. J. _____, elles ont par contre été exclues par tous les autres médecins sollicités. De plus, la méthode d'investigation utilisée par ce radiologue – technique dite de tenseur de diffusion 3D – n'est pas considérée comme éprouvée par la science médicale (cf. arrêts TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.3 ; 8C_765/2014 du 9 février 2015 consid. 6.6). Ce qui a d'ailleurs, dans le cadre de la présente espèce, été confirmé par la Dresse N. _____, dans sa prise de position du 28 août 2008, par le Dr Q. _____, dans son appréciation médicale du 1er septembre 2008, et par la Clinique H. _____. De surcroît, l'appréciation du Dr J. _____, par trop laconique, ne tient manifestement pas compte des résultats cliniques antérieurs significatifs ainsi que des documents d'imageries antérieures et les radiographies du crâne ou du rachis cervical. En tout état de cause, le diagnostic retenu par ce radiologue n'est pas déterminant en soi et il n'a pas été démontré ni même médicalement soutenu que ces lésions pouvaient avoir une quelconque répercussion sur les capacités de l'assurée. Reprenant cette analyse dans la présente procédure de révision en faisant abstraction des avis rendus par les experts de la Clinique H. _____ – y compris celui ressortant du rapport d'expertise psychiatrique établi en 2007 par Dr M. _____, à savoir le médecin directement mis en cause en sa qualité de medical manager de cette clinique – la Cour constate qu'il peut être à nouveau retenu que l'arthrose diagnostiquée et les atteintes ORL évoquées n'ont pas de portée incapacitante. Les faits sont toutefois moins clairs en ce qui concerne la question de l'existence d'un MTBI et de l'éventualité de lésions organiques cérébrales. En lien avec le MTBI, il faut constater que l'existence d'un tel trouble a été attestée dans le rapport d'expertise médicale privée établi le 18 septembre 2007 par Dr I. _____, spécialiste en neurologie, qui a précisé que la demanderesse ne présentait pas un coup du lapin classique, mais un tableau toutefois similaire, raison pour laquelle il a proposé un nouvel examen oto-neurologique. Or, les différents rapports auxquels on peut encore se référer ne permettent ni d'écarter cet avis médical concluant à l'existence d'un MTBI, ni cas échéant d'en relativiser les conséquences sur la capacité de travail, comme l'ont fait les experts de la Clinique H. _____ dans leur rapport de 2012 qui ne peut toutefois plus être exploité dans la présente cause. Quant à l'éventualité de lésions organiques cérébrales, dans la ligne de ce qu'a déjà retenu le Tribunal fédéral dans un arrêt concernant les prestations d'assurance-accidents sollicitées par la demanderesse (arrêt TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010), il doit certes être réaffirmé que la méthode d'investigation utilisée par Prof. J. _____ – technique dite de tenseur de diffusion 3D – n'est pas considérée comme

éprouvée par la science médicale. Ce qui implique que les conclusions de ce spécialiste en radiologie peuvent être confirmées en tant qu'elles résultent des examens effectués selon cette technique. Cela étant, la demanderesse affirme également, sans que cela puisse être exclu d'emblée, que l'appréciation de Prof. J. _____ se base aussi sur des examens réalisés par la technique d'IRM conventionnelle qui ont selon lui prouvé l'existence de lésions cérébrales évidentes, soit des atteintes à la substance blanche des deux hémisphères ainsi que de petits grains de ferritine et d'hémosidérine qui seraient des témoins de micropétéchies ponctuées hémorragiques post-traumatiques. Face à de telles affirmations émanant d'un spécialiste, le fait que les autres médecins sollicités auparavant ont nié l'existence de telles lésions n'est pas suffisant pour exclure leur existence. C'est du reste dans ce sens que l'Office de l'assurance- invalidité avait demandé à l'expert neurologue de la Clinique H. _____ de se prononcer une Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 nouvelle fois sur ces questions, ce qu'il a fait dans le rapport précité du 27 décembre 2013 qui a toutefois dû être écarté du dossier, pour les mêmes raisons que l'expertise initiale de 2012. Dans ces conditions, il faut constater que les éléments médicaux qui restent au dossier ne permettent pas non plus de se prononcer valablement sur l'existence de lésions organiques cérébrales.

5.2. Sur le plan psychique, les diagnostics d'agoraphobie, de troubles dissociatifs (de conversion, sans précision [F44.9] sur traits de personnalité histrionique et hypocondriaque) et de trouble cognitif léger (F06.7), ont été avancés dans les différents rapports médicaux au dossier. Le contenu de ces rapports avait été analysé et synthétisé comme suit dans l'arrêt du 10 mars 2007 (consid. 3c; voir également le résumé des rapports médicaux figurant aux consid. 3a et 3b): Une agoraphobie a certes été évoquée par le médecin traitant de l'assurée le Dr S. _____ en septembre 2004 et par R. _____, dans son rapport d'expertise du 4 juillet 2011. Le rapport du médecin traitant est toutefois par trop sommaire et ne contient pas de conclusion quant à la capacité de travail de l'assurée. Quant à l'expertise de R. _____, elle ne contient pas d'examen clinique, ainsi que l'a relevé le Dr M. _____ dans son courriel du 17 octobre 2011 ; elle est de plus manifestement axée sur les aspects déterminants pour l'assurance-accidents (cf. supra 2b) et n'a en ce sens pas été jugée convaincante par la Dresse T. _____ du SMR (cf. sa prise de position du 12 septembre 2011). Une telle atteinte a d'ailleurs été implicitement exclue par le Dr M. _____, dans son rapport d'expertise médicale du 3 avril 2007, et par G. _____, dans son rapport médical du 23 mai 2005. Elle a surtout été explicitement niée par la Clinique H. _____, au terme d'un examen très fouillé et spécialisé. Lors dudit examen, l'assurée n'a d'ailleurs prononcé aucune plainte évoquant un trouble panique ou un trouble de l'agoraphobie ; tout au contraire, puisqu'elle a expressément admis de pas souffrir de symptômes d'agoraphobie. Des troubles dissociatifs (de conversion, sans précision [F44.9] sur traits de personnalité histrionique et hypocondriaque) ont essentiellement été retenus par les experts de la Clinique H. _____ et auparavant le Dr M. _____, dans son rapport d'expertise médicale du 3 avril 2007, et la Dresse N. _____, dans sa prise de position du 17 août 2007. Comme l'a relevé la Clinique H. _____, ce diagnostic, qui permet certes de mieux comprendre les plaintes émises par l'assurée, relève toutefois exclusivement de facteurs extérieurs à l'assurance-invalidité et n'est pas invalidant (cf. supra 2b). Enfin, l'influence sur la capacité de travail de la demanderesse d'un trouble cognitif léger a bien été reconnue, mais uniquement de février 2004 à avril 2007 (incapacité de travail de 100%) et d'avril 2007 au 19 décembre 2010 (capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 15%), en référence aux expertises effectuées précédemment. En effet, le Dr M. _____, dans son rapport

d'expertise médicale du 3 avril 2007, avait considéré que l'atteinte neurocognitive était minime, générant tout au plus une diminution de rendement de 15% en raison de la fatigabilité dans une activité de substitution exercée à plein temps. La diminution de rendement de 15% n'a ensuite, à compter du 20 décembre 2010 au plus tard, plus sa raison d'être, puisque lors de l'examen complet de neuropsychologie effectué à cette date à R._____ toute atteinte dans ce domaine a été exclue. Cette conclusion apparaît généreuse à plus d'un titre : D'une part, le diagnostic même de trouble cognitif n'a été admis par les experts de la Clinique H._____ qu'avec une certaine retenue au regard de la personnalité histrionique et hypocondriaque de la demanderesse. D'autre part, parce que, G._____, dans son rapport médical du 23 mai 2005, le Dr U._____, dans sa prise de position du 28 juillet 2005, et le Prof. V._____, dans son rapport d'expertise du 28 novembre 2006, avaient tous retenu une capacité de travail résiduelle Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 d'au moins 50% dans une activité adaptée. Les 30% de baisse de rendement retenus par la Dresse N._____ dans sa prise de position du 17 août 2007 (puis repris par la Dresse T._____ dans sa prise de position du 12 septembre 2011) apparaissent donc mal à propos ; ils ne sont d'ailleurs pas fondés sur un examen personnel de l'assurée. Reprenant cette analyse en faisant abstraction des avis rendus par les experts de la Clinique H._____ – y compris celui ressortant du rapport d'expertise psychiatrique établi en 2007 par Dr M._____, à savoir le médecin directement mis en cause en sa qualité de medical manager de la cette clinique – la Cour constate d'emblée que les pièces médicales subsistant au dossier ne lui permettent pas d'apprécier l'état de santé de la demanderesse sur le plan psychique. Certes, sur la question du diagnostic de trouble cognitif léger, il pourrait être fait référence à l'expertise réalisée en 2011 qui, sur la base d'un examen complet de neuropsychologie, a nié à cette date toute atteinte neurocognitive. Toutefois, il en va différemment du diagnostic d'agoraphobie. En effet, celui-ci ne peut être confirmé ni sur la base du seul avis peu étayé émis par un médecin traitant, ni sur la base du rapport d'expertise de 2011 qui ne se fonde pas sur un examen clinique. Mais il n'y a pas lieu non plus de l'écarter en l'absence d'avis contraire qui pourrait résulter d'une expertise. 5.3. Il résulte de ce qui précède que le fait d'écarter du dossier les rapports d'expertise émanant de la Clinique H._____ a pour conséquence que les pièces médicales qui peuvent encore être exploitées ne permettent plus à la Iie Cour des assurances sociales d'apprécier de manière circonstanciée l'état de santé de la demanderesse, tant sur le plan physique que psychique, ainsi que les éventuelles répercussions négatives de celui-ci sur sa capacité de travail à compter du 1er avril 2007. En conséquence, le recours du 30 janvier 2015 (608 2015 23) sera admis, la décision administrative du 16 décembre 2014 annulée et le dossier renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour qu'il complète l'instruction sur le plan médical, en mettant un œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire indépendante, puis statue à nouveau. 5.4. Compte tenu de la nouvelle issue du litige faisant suite au recours du 30 janvier 2015, les frais de justice, fixés alors à CHF 800.-, doivent être mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité. La demanderesse ayant été dispensée d'effectuer une avance de frais compte tenu de l'assistance judiciaire qui lui avait été octroyée pour la procédure de recours, il n'y a pas lieu de lui restituer un montant à ce titre. 5.5 La nouvelle issue du litige conduit également à reconnaître le droit de la demanderesse à des dépens pour ses démarches liées au recours du 30 janvier 2015, mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité (voir art. 61 let. f de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; LPGA; RS 830.1). Sur le vu de la liste de frais qui avait été produite le

E. 13

janvier 2017 dans la cause 608 2015 23, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle celui-ci a droit à CHF 3'450.-, à savoir 13.8 heures à CHF 250.-, plus CHF 142.10 au titre de débours, plus CHF 287.35 au titre de la TVA à 8%. Cette indemnité totale de CHF 3'879.45 sera mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. L'allocation de dépens a également pour effet qu'il n'y a pas lieu d'allouer en sus l'indemnité de défenseur d'office qui avait été octroyée à Me Pierre Seidler dans l'arrêt du 10 mars 2017, annulé également sur ce point. En conséquence, l'Etat de Fribourg a droit au remboursement du montant de CHF 2'836.20 qu'il a dû verser à celui-ci conformément à cet arrêt. Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 6. 6.1. Vu l'admission de la demande de révision, les frais de procédure liés à celle-ci, fixés CHF 400.-, seront mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. L'avance de frais de CHF 800.- effectuée par la demanderesse pour la procédure de révision lui sera restituée. 6.2. La demanderesse ayant gain de cause dans la demande de révision, elle a également droit à une indemnité pour ses dépens liés à cette procédure. Vu la motivation très succincte de cette demande, reprenant à tout le moins pour l'essentiel, selon toute vraisemblance, un texte standardisé susceptible d'être utilisé dans les nombreuses situations similaires évoquées par le mandataire, l'indemnité due sera fixée forfaitairement à CHF 800.-, débours compris, plus 7.7% de TVA, soit CHF 61.60, pour un total de CHF 861.70, à charge de l'Office de l'assurance-invalidité. la Cour arrête : I. La demande de révision du 30 avril 2018 (608 2018 117) est admise et l'arrêt du 10 mars 2017 de la IIe Cour des assurances sociales dans la cause 608 2015 23 est annulé. II. Le recours du 30 janvier 2015 (608 2015 23) est admis. Partant, la décision du 16 décembre 2014 est annulée et le dossier renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour qu'il complète l'instruction sur le plan médical, en mettant un œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire indépendante, puis statue à nouveau. III. Les frais judiciaires pour la procédure de recours (608 2015 23), fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. IV. Une indemnité de CHF 3'879.45 (CHF 3'592.10 plus CHF 142.10 de TVA), mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité, est allouée à la demanderesse au titre de dépens pour la procédure de recours (608 2015 23). V. Il n'y a pas lieu d'allouer d'indemnité de défenseur d'office dans la procédure de recours (608 2015 23). L'Etat de Fribourg a droit au remboursement du montant de CHF 2'836.20 qu'il a dû verser à ce titre à Me Pierre Seidler conformément à l'arrêt du 10 mars 2017, désormais annulé. VI. Les frais judiciaires pour la procédure de révision (608 2018 117), fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. L'avance de frais de CHF 800.- effectuée par la demanderesse pour cette procédure lui est restituée. VII. Une indemnité de CHF 861.70 (CHF 800.- plus CHF 61.70 de TVA), mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité, est allouée à la demanderesse au titre de dépens pour la procédure de révision (608 2018 117). VIII. Notification. Fribourg, le 3 septembre 2019/msu Le Président : La Greffière-stagiaire :