

FR_GERICHTE 608 2018 96 vom 12. September 2018

FR Kantonsgericht, 2018-09-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_96

FR: FR_GERICHTE 608 2018 96 du 12 septembre 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2018 96 del 12 settembre 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 20

septembre 1999. Par décision du 7 juin 2000, l'assurée s'est vue reconnaître le droit à une rente entière dès le 1er janvier 1999 sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. B. Ce droit a été confirmé à l'occasion de procédures de révision d'office, le degré d'invalidité ayant été estimé à 94% en particulier depuis une communication du 3 février 2005. Dans le cadre de ces procédures de révision, l'assurée a notamment été expertisée par le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 24 janvier 2005, ce médecin estime qu'elle ne peut assumer aucune activité, même simple. C. Dans le cadre de l'instruction d'une nouvelle révision d'office introduite en février 2016, l'OAI a mandaté le Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 13 mars 2017, le premier conclut à l'existence d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations physiques. Pour sa part, dans son rapport du 14 mars 2017, le second estime que la patiente est capable d'exercer une activité adaptée à 50%, sans perte de rendement, après 9-12 mois d'adaptation dans le cadre de mesures professionnelles. Un stage d'entraînement à l'endurance a été mis sur pied auprès de F. _____ du 5 septembre au 3 décembre 2017. Ce stage a été interrompu le 2 octobre 2017, l'assurée présentant une incapacité de travail médicalement attestée. Par décision du 8 mars 2018, reprenant un projet du 24 novembre 2017, l'OAI a réduit la rente de l'assurée à une demi-rente, dès le 1er mai 2018, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%. D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours (608 2018 96) devant le Tribunal cantonal le 16 avril 2018 concluant, avec suite de frais et dépens, au maintien de sa rente. A l'appui de ses conclusions, elle se plaint de l'absence de conclusions consensuelles des deux experts mandatés, notamment par le biais d'un rapport permettant d'évaluer l'incapacité de travail de façon globale. A cet égard, elle estime que le seul rapport du médecin du Service médical régional (ci-après: SMR), qui allègue procéder à lui seul à ce consensus, ne peut pas être suivi. Elle regrette en outre que les conclusions du stage à F. _____ n'aient pas été soumises aux experts. S'appuyant ensuite sur l'avis de son psychiatre traitant, elle conteste les conclusions du

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 Dr E. _____ et soutient ne pas être en mesure d'exercer une activité lucrative. Elle soutient encore que son revenu de valide est plus élevé et qu'il doit être fixé à CHF 82'500.-, dans la mesure où son atteinte à la santé l'a empêchée d'acquérir des connaissances professionnelles suffisantes. Parallèlement à son recours, par requête (608 2018 97) du même jour, elle demande le bénéfice de l'assistance judiciaire

totale et à ce que son mandataire soit nommé défenseur d'office. Dans ses observations du 30 mai 2018, l'OAI propose le rejet du recours, se référant à l'expertise du Dr E. _____.

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

en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2. 2.1. 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 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.

2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré de gravité certain. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de

l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. 3. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances 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). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 4. Pour pouvoir décider, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 4.1. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées

(ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). 4.2. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. 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 poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). 4.3. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 5. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si la capacité de gain de la recourante s'est améliorée au point de justifier la réduction de son droit aux prestations AI.

Le point de départ temporel pour résoudre cette question 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. En l'occurrence, la rente entière a été octroyée par décision du 7 juin 2000. Cette décision était fondée sur les conclusions du Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel affirmait que sa patiente était "incapable d'effectuer toute activité suivie" (dossier OAI, p. 94 et 96). Ce rapport faisait suite à l'échec d'un stage d'observation professionnelle prévu du 1er septembre au 30 novembre 1999 mais interrompu dès le 20 septembre 1999 (dossier OAI, p. 84). Le psychiatre traitant, le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, faisait alors état du diagnostic de "personnalité borderline", qu'il mettait en lien avec un "trouble alimentaire", une "dépendance au cannabis" et un "trouble anxieux et dépressif mixte". En raison de ces diagnostics, il attestait d'une incapacité de travail située entre 70% et 100% depuis 1997 (dossier OAI, p. 11, 19, 23, 54, 100 et 149). On précisera que la rente a été octroyée exclusivement pour des motifs psychiques. En effet, les médecins n'attestaient alors pas d'incapacité de travail sur le plan somatique. A l'époque, le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne générale, renvoyait ainsi à l'avis du psychiatre (dossier OAI, p. 20, 28, 33, 36). De même, le Dr J. _____, généraliste, estimait qu'une contusion au niveau de la colonne cervicale, faisant suite à un accident, "n'a[vait] pas d'influence sur la capacité de travail" (dossier OAI, p. 125). Suite à cette décision, l'assurée a continué à percevoir une rente entière.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 Cependant, dans un rapport du 15 avril 2004, le Dr H. _____ a indiqué s'estimer "mal à l'aise pour attester que l'incapacité de travail [était] toujours due uniquement à une maladie, car une partie de cette incapacité de travail [pouvait] être [désormais] consécutive à des choix de vie" (dossier OAI, p. 177 et 193). C'est ce qui a conduit l'OAI à diligenter une expertise psychiatrique auprès du Dr C. _____. Dans son rapport du 24 janvier 2015, l'expert-psychiatre diagnostiquait une "personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31)" et une "boulimie (F50.2)", lesquels la rendaient totalement inapte au travail. Il mentionnait, en outre, le diagnostic de "dépendance au cannabis (F12.25)", sans incidence sur la capacité de travail (dossier OAI, p. 219). C'est sur cette base que la rente entière a été confirmée par communication du 3 février 2005. Cette communication correspond au point de départ temporel pour examiner la problématique de l'évolution de la capacité de gain. 6. Sur le vu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante a évolué au point d'impacter sa capacité de gain. 6.1. Du point de vue psychique, l'autorité intimée s'appuie sur le rapport d'expertise du 14 mars 2017 du Dr E. _____. L'expert y diagnostique une "personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.3)" et un "trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2)", lesquels se répercutent sur la capacité de travail. L'expertise du Dr E. _____ se fonde sur l'étude du dossier assécurologique – lui donnant une connaissance exhaustive du contexte médical, familial, social et professionnel –, un entretien avec l'expert-rhumatologue, le Dr D. _____, ainsi qu'un entretien de plus de quatre heures avec la recourante. A cette occasion, l'expert a pu procéder à des examens complets, notamment toxicologiques. Pour sa part, la recourante a pu décrire ses difficultés relationnelles ainsi que ses problèmes de concentration, de fatigue, de rumination, d'angoisses et de marginalité, mais également mettre en évidence l'importance et le soutien de ses enfants. L'expert discute de manière argumentée les différents diagnostics entrant en considération, se rattachant en cela à ceux émis par le Dr H. _____. Confirmant l'existence d'une amélioration de l'état de santé déjà pressentie par ce dernier, il évalue la

capacité de travail sur la base des critères jurisprudentiels. Il constate ainsi l'existence d'une atteinte à la santé invalidante, mais également de facteurs socio-économiques ayant une incidence sur la capacité de travail (facteurs d'exclusion). L'expert souligne l'existence de ressources (stabilité, soutien de ses proches, rôle de mère donnant une identité positive) qui ont permis à l'assurée de surmonter des situations de rejet – autrefois problématiques – et qui la rendent apte à gérer, depuis plusieurs années, son ménage (absence de dettes et de poursuites, vacances, sorties et rencontres avec ses amis), une famille et de nombreux animaux, le tout de manière autonome. C'est ce qui conduit l'expert à conclure que l'assurée est en mesure de reprendre une activité "à 50%", mais "à condition de 9 à 12 mois d'adaptation dans le cadre de mesures professionnelles", avec "augmentation progressive [du] taux de travail" et "dans un cadre n'impliquant pas de pression de rendement afin de tenir compte du déconditionnement après des années d'absence du marché du travail". Relevant que l'anamnèse montre "une amélioration stable de son état psychique", selon lui, "une activité adaptée devrait permettre à [la recourante] un maximum

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 d'autonomie dans l'organisation de son travail" et ne "devrait pas impliquer de contact soutenu avec une clientèle ni d'intégration dans une hiérarchie stricte, tout en lui donnant des objectifs atteignables" à court terme. Il suggère notamment une "activité mettant en valeur ses intérêts dans le domaine des animaux, la nature ou la médecine alternative, idéalement dans une petite structure" (dossier OAI, p. 421). 6.2. Quant à l'aspect somatique, le Dr D. _____ a rendu un rapport le 13 mars 2017. Il fait état du diagnostic invalidant de "maladie d'Ehlers-Danlos, avec absence d'atteinte vasculaire (Q79.6), diagnostiquée en 2011". Selon lui, "d'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail a toujours été entière dans n'importe quelle profession jusqu'en 2011". Cependant, "à partir de cette date, un travail adapté aux limitations professionnelles est possible à 50% à cause des fortes douleurs des mains le matin". Pour rédiger son expertise, l'expert-rhumatologue avait à sa disposition le dossier asséculo-logique, lequel lui a permis d'avoir une pleine connaissance de l'historique et du contexte du cas. A l'occasion d'un entretien avec la recourante, il a pu procéder à des examens complets et prendre en considération les plaintes de celle-ci, lesquelles sont, sur le plan somatique, surtout en rapport avec des troubles aux deux mains et au dos. L'expert discute de manière détaillée et confirme le diagnostic de "maladie d'Ehlers-Danlos" mentionné par les médecins traitants, lequel justifie une réduction de la capacité de travail en raison "des fortes douleurs des mains le matin (impossibilité de les utiliser pour des mouvements répétitifs ou fins)". Cela le conduit à retenir les limitations suivantes: "pas de mouvements de force avec les mains, pas de mouvements répétitifs avec les mains (petites mécaniques), pas de port de charges de plus de 5 kilos, pas de marche sur un terrain instable ou non plat, ne pas devoir monter sur des échelles ou des échafaudages, pouvoir travailler l'après-midi [et] éviter les positions assises prolongées" (dossier OAI, p. 406). 6.3. Il ressort de ce qui précède que, sur le plan psychiatrique, le Dr E. _____ atteste d'une capacité de travail de 50% atteignable dans un délai de 9 à 12 mois, dans une activité permettant l'autonomie, peu de contacts avec une clientèle et sans hiérarchie stricte. Pour sa part, sur le plan somatique, le Dr D. _____ atteste d'une capacité de travail de 50% (travail uniquement l'après- midi) dans une activité, en substance, légère et non-répétitive. Si l'on doit admettre que ces deux rapports sont convaincants, force est de constater que les deux experts évaluent de manière totalement indépendante l'incapacité de travail de la recourante. Quand bien même ils ont discuté ensemble le 13 mars 2017, il ressort de la lecture de leurs travaux – ainsi que le relève à juste titre la recourante – que chacun s'est contenté d'évaluer

la capacité de travail et les limitations fonctionnelles dans le domaine de spécialité qui le concerne. Or, la recourante présente des troubles dont les étiologies sont très différentes. A ce titre, il n'est pas suffisant de faire une appréciation séparée de chacun d'eux. Au contraire, il est nécessaire de pondérer les limitations fonctionnelles qui en découlent, ainsi que leurs influences sur la capacité de travail, d'un point de vue global. Au vu du dossier, il s'imposait d'être explicite sur l'éventuelle interdépendance des deux diagnostics. Pour sa part, le Dr K._____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR, affirme le 21 février 2018 ce qui suit: "l'amélioration objective de l'état de santé psychique est indubitable et confirmée par l'expert de sorte qu'une activité adaptée est médicalement possible à 50%. L'atteinte somatique est compatible avec l'exercice d'une activité adaptée avec une capacité de travail de 50%. L'exigibilité médico-théorique est donc de 50% dans une activité adaptée" (dossier OAI, p. 526).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Ce rapport ne saurait pourtant convaincre. L'on constate en effet d'emblée que le raisonnement du médecin du SMR n'est aucunement motivé quant à la problématique de la pondération globale des incapacités de travail. Il se contente uniquement d'affirmer que la recourante est en mesure de travailler à 50% dans une activité adaptée. En outre, il convient de tenir compte du fait que le médecin du SMR est spécialiste en anesthésiologie. Or, face à des atteintes d'ordre psychiatrique et rhumatologique, ayant particulièrement trait à leurs interdépendances mutuelles, un avis sur ces problématiques spécifiques émis par un non spécialiste doit être appréhendé avec prudence, ainsi que la Cour l'a rappelé à plusieurs reprises tant à l'égard des médecins du SMR (cf. not. arrêts TC FR 608 2016 261 du 31 juillet 2017 consid. 5c, 608 2016 120 du 9 juin 2017 consid. 3b/bb) que des généralistes traitants (cf. not. arrêts TC FR 608 2016 108 du 11 avril 2017 consid. 5b/aa). Enfin, l'on rappelle que le rapport d'un médecin SMR qui, comme en l'espèce, ne se fonde pas sur un examen clinique ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou de proposer des investigations complémentaires. En tranchant cette problématique, il dépasse manifestement le rôle qui lui est dévolu. Force est de constater qu'il n'existe aucun élément au dossier permettant d'évaluer de façon globale l'incapacité de travail de la recourante. 6.4. Les mesures d'instruction réalisées jusqu'à ce jour sont donc insuffisantes pour que la Cour puisse trancher le présent litige. Un renvoi à l'assureur s'impose dès lors qu'il aurait été possible pour l'OAI, avant de rendre la décision litigieuse, d'inviter les deux experts à compléter leur avis respectif en émettant une appréciation globale de la capacité de travail. Cela est d'autant plus le cas que la recourante regrettait déjà l'absence de "conclusions consensuelles des deux experts" dans ses objections du 15 février 2018, sans que ce manquement ne soit, pour autant, réparé. Cas échéant, particulièrement au vu des conclusions du Dr E._____ mais également du fait que la recourante a bénéficié d'une rente durant plus de 15 ans, il appartiendra à l'autorité intimée de réexaminer le droit de la recourante à la mise en place de nouvelles mesures de réadaptation, conformément aux conclusions consensuelles des experts. Compte tenu de l'issue du litige, la question du revenu de valide peut dès lors demeurer ouverte. 7. Cela étant, en l'occurrence, l'on doit rappeler que l'expert-psychiatre soutenait qu'une capacité de travail de 50% était exigible qu'après "9 à 12 mois d'adaptation dans le cadre de mesures professionnelles". Ainsi, eu égard au fait que le stage à F._____ a débuté en septembre 2017, une capacité de 50% pouvait alors, au plus tôt, intervenir après une période de 9 à 12 mois, pour autant que dite mesure aboutisse avec succès ou que l'on doive rendre l'assurée responsable de son échec. Or, la décision litigieuse a été rendue alors même que l'assurée n'avait pas bénéficié des mesures recommandées par l'expert, le stage à F._____ ayant

été interrompu après moins d'un mois en raison d'une incapacité de travail médicalement attestée. Cette décision a même été rendue avant que le délai de 9 mois minimum, pourtant préconisé par l'expert, ne soit échu. A ce stade, la Cour rappelle que ce n'est pas le simple constat de l'exigibilité d'une activité lucrative reposant sur une conception biomédicale qui permet la détermination de la capacité de

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 travail. Bien plus, il incombe à l'expert d'examiner la situation concrète en tenant compte des facteurs subjectifs et objectifs pour déterminer si la valorisation est encore possible. Dans l'affirmative, celui-ci se prononcera encore sur l'utilité d'imposer des mesures médicales de soutien à la réintégration sur le marché du travail. En l'occurrence, les responsables de F. _____ mentionnaient que l'incapacité était due au fait que la recourante "n'arriv[ait] plus à suivre et qu'elle a[vait] atteint ses limites", ainsi qu'au fait que, selon elle, "les démarches de réinsertion [...] la déséquilibr[ai]ent dans sa vie et son quotidien avec ses enfants, ce qui est source de stress, de fatigue, d'anxiété et d'instabilité émotionnelle durant sa présence au Centre" (dossier OAI, p. 462). Ces informations ont été traduites par l'OAI comme le fait que la recourante était "déjà occupée à [son] domicile par les soins apportés à [ses] enfants et à [ses] animaux et que cela ne [lui] laissait pas de disponibilité pour des mesures", soit des justifications "plutôt d'ordre privé que médical[es]" (courrier du 12 octobre 2017, dossier OAI, p. 466). Cette interprétation des informations de F. _____ par l'OAI n'est pas correcte et ne peut suffire à mettre à la charge de l'assurée la responsabilité de l'échec de la mesure de réadaptation. On ne peut, en particulier, pas exclure que celui-ci ait été lié à une aggravation passagère de l'état de santé, à un manque de soutien spécifique particulier ou au caractère inadapté de la mesure proposée. On peut ainsi déduire de l'expertise psychiatrique que l'assurée aurait pu se réfugier dans son rôle de mère, lequel lui donne "une identité positive et lui [permet] de prendre conscience de ses ressources". Dans ces conditions, l'expert devra répondre à la question de savoir si concrètement la reprise d'une activité adaptée est réalisable pour cette assurée, cas échéant, si cela doit se faire après un appui psychiatrique, et en donnant une explication détaillée et convaincante quant aux possibilités concrètes d'une réintégration. Même si, pour déterminer la capacité théorique de travail, il se justifie de se fonder sur une approche de la maladie qui se base sur une conception biomédicale, on doit élargir ce concept lorsqu'il s'agit d'examiner si une réintégration sur le marché du travail est concrètement possible après plus de 15 ans de rente. L'obligation d'examiner l'opportunité de mesures de réadaptation professionnelles en est d'ailleurs l'expression. 8. Au vu de l'ensemble qui précède, le recours (608 2018 96), bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle ordonne des mesures d'instruction complémentaires au sens des considérants et nouvelle décision. Compte tenu de l'issue du litige, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure par CHF 800.-. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit une indemnité de partie pour ses frais de défense. Le 11 juin 2018, son mandataire a produit sa liste de frais pour un montant total de CHF 3'933.30, soit CHF 3'366.40 au titre d'honoraires (13h28 à CHF 250.-), CHF 285.60 au titre des frais et CHF 281.25 au titre de la TVA (7.7%). Cette liste de frais contient cependant des opérations antérieures à la décision litigieuse, lesquelles n'ont pas à être indemnisées devant l'instance de céans, pour un montant de CHF 1'859.55. Partant, l'indemnité de partie est fixée à CHF 1'930.45, dont CHF 138.- au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée. Le recours étant admis, la demande d'assistance judiciaire totale (608 2018 97) devient sans objet.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours (608 2018 96) est admis. Partant, la décision du 8 mars 2018 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. II. La demande d'assistance judiciaire totale (608 2018 97), devenue sans objet, est classée. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. IV. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'930.45, dont CHF 138.- au titre de la TVA (7.7%), et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 12 septembre 2018/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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