

# FR\_GERICHTE 608 2019 56 vom 12. August 2020

FR Kantonsgericht, 2020-08-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2019\\_56](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_56)

FR: FR\_GERICHTE 608 2019 56 du 12 août 2020

IT: FR\_GERICHTE 608 2019 56 del 12 agosto 2020

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 21

septembre 1999 jusqu'au 24 avril 2001. Elle a été victime de deux accidents de circulation en 1989, d'une chute à snowboard en 1994, d'une chute en VTT en 1998 et d'une chute en arrière sur la tête le 24 septembre 2000. Elle est en incapacité de travail totale depuis cette date. Le 23 mai 2002, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison de douleurs cervicales persistantes suite à l'accident survenu en septembre 2000. Par décision du 4 avril 2003, l'OAI lui a octroyé une rente entière d'invalidité avec effet au 1er septembre 2001. L'office s'était alors principalement appuyé sur un rapport d'expertise psychiatrique qui avait conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité. Par communications des 12 octobre 2005, 11 février 2009 et 7 août 2012, l'OAI a confirmé le droit de l'assurée à une rente entière. B. Lors d'une procédure de révision d'office initiée en août 2015, l'OAI s'est basé sur une expertise rhumatologique qui a conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle avec une diminution de rendement de 20% depuis 2001. Il a donc, par décision du 9 juin 2016, reconsidéré sa position telle que figurant dans sa décision du 4 avril 2003 pour supprimer la rente entière d'invalidité dont bénéficiait l'assurée avec effet le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la nouvelle décision. Suite au recours interjeté par l'assurée le 12 juillet 2016 (608 2016 160), la Cour de céans a, par arrêt du 1er juin 2017, admis ledit recours, annulé la décision du 9 juin 2016 et renvoyé la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. Elle a considéré, d'une part, que la décision du 4 avril 2003 n'était pas manifestement erronée et que sa reconsidération était exclue. D'autre part, en examinant si les pièces produites permettaient de fonder une révision et pouvaient l'amener à confirmer la décision du 9 juin 2016 par substitution de motifs, elle a constaté que l'instruction n'était pas suffisante du point de vue psychique et a renvoyé la cause à l'autorité intimée pour expertise psychiatrique, au besoin expertise bidisciplinaire. Après instruction complémentaire, l'OAI a, par décision du 24 janvier 2019, supprimé la rente d'invalidité de l'assurée dès le premier jour du 2ème mois qui suit la notification de la décision et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. En se basant notamment sur une expertise psychiatrique, il a retenu que l'assurée pouvait exercer son activité professionnelle habituelle à plein temps avec une diminution de rendement de 20%. Le degré d'invalidité était dès lors, compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 67'509.- et d'un revenu d'invalidité de CHF 49'117.80, inférieur à 40%, et n'ouvrait pas le droit à une rente. C. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Jean-Claude Mathey, avocat, interjette recours le 25 février 2019. Elle conclut, avec suite de frais et dépens,

principalement au maintien de son droit à la rente et subsidiairement au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 complément d'instruction et nouvelle décision. Elle allègue en substance que son état de santé a fait l'objet de révisions régulières depuis de nombreuses années, que l'OAI a systématiquement reconduit sa décision initiale et que, la situation n'ayant pas changé, son soudain volte-face est totalement infondé. Le 12 mars 2019, la recourante s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 23 avril 2019, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève que l'expert-psychiatre est arrivé à la conclusion que la recourante ne présente plus de diagnostics avec une influence sur sa capacité de travail et qu'elle peut travailler à plein temps. Sur le plan somatique, aucun nouvel élément médical ne nécessite la mise sur pied d'une nouvelle expertise rhumatologique, d'autant plus que l'expert-psychiatre ne retient pas de trouble somatoforme. Appelée en cause en sa qualité de fonds de prévoyance intéressé auquel la décision attaquée a été notifiée, D. \_\_\_\_\_, représentée par Me Anne Troillet et Me Céline Moullet, avocates, conclut, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle estime, rejoignant l'OAI, que l'assurée ne présente pas d'atteintes à sa santé physique ou psychique justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité. 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. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique 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). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de

l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). 2.3. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 2.4. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). 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). 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).

2.5. 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 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

2.6. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de

l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêts TF 9C\_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1; 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 in SVR 2011 IV Nr. 3). Dans un arrêt 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 (consid. 3.3 et 3.5, in RSAS 2011 p. 504), la Haute Cour a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêt TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références). Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'administration pourra définitivement statuer sur la révision ou la reconsidération de la rente d'invalidité (cf. arrêt TF 9C\_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5.3).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 Cela étant, même en présence d'un cas exceptionnel au sens de la jurisprudence, on ne saurait admettre que des mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires lorsque l'absence de longue durée du marché du travail est liée à des motifs extra-médicaux (arrêt TF 9C\_819/2014 du 19 juin 2015 consid. 4), lorsque l'assuré apparaît encore agile, alerte et intégré dans la vie économique (arrêt TF 9C\_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3) ou lorsqu'il dispose d'une formation ou d'une expérience professionnelle particulièrement large (arrêt TF 8C\_39/2012 du

#### **E. 24**

avril 2012 consid. 5.2). 3. La question litigieuse porte sur le droit de l'assurée au maintien de sa rente. Il convient par conséquent d'examiner si son état de santé et l'influence de celui-ci sur sa capacité de travail se sont améliorés au point de justifier la suppression de la rente. La recourante estime que sa situation médicale n'a pas changé et que la dernière expertise psychiatrique est battue en brèche par deux contre-rapports dont la portée doit être considérée comme au moins équivalente à celle de l'expertise. Elle est de plus d'avis que le refus d'entreprendre une expertise bidisciplinaire n'est en rien motivé et n'est pas justifié, alors que qu'une telle expertise, notamment le volet rhumatologique, est déterminante pour juger de son incapacité de travail, de sorte que le dossier doit toujours être considéré comme incomplet. L'autorité intimée estime quant à elle qu'il n'y a aucun nouvel élément médical nécessitant la mise sur pied d'une expertise rhumatologique, d'autant plus que le diagnostic de trouble somatoforme n'est pas retenu. L'expert-psychiatre est par ailleurs arrivé à la conclusion que la recourante ne présente plus de diagnostics avec une influence sur sa

capacité de travail et qu'elle peut travailler à plein temps. Partant, il sied de vérifier si l'état de santé de l'assurée s'est ou non modifié depuis la dernière décision entrée en force du 7 août 2012. 3.1. Lorsque l'autorité intimée avait octroyé le 4 avril 2003 à l'assurée une rente entière d'invalidité, elle s'était principalement appuyée sur un rapport d'expertise psychiatrique du 19 décembre 2002 du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'expert n'avait retenu aucun diagnostic avec ou sans influence sur la capacité de travail, ni aucune limitation fonctionnelle. Il estimait cependant que la capacité de travail de l'assurée comme employée de bureau était nulle dès le 24 septembre 2000, également dans toute activité, en raison de l'organisation de sa personnalité qui faisait qu'elle n'était plus en mesure de s'adapter et du fait qu'elle avait déjà bénéficié d'un cadre de travail favorable avant l'accident (dossier OAI p. 254). Sur le plan physique, le Prof. F. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, diagnostiquait dans son expertise du 29 octobre 2001 un status après lésion ligamentaire C4-C5, des cervicalgies récurrentes en 1996 et des cervico-brachialgies et dorsalgies en 1998 et 2000. Il relevait que le syndrome douloureux chronique était entretenu principalement par des facteurs extra-traumatiques et qu'il existait une discrédance entre les données subjectives et les résultats de l'examen objectif. Les plaintes consistaient en des douleurs diffuses mal définissables à la région cervicale et dorsale et au bras droit, les brachialgies n'avaient, avec certitude, jamais eu le caractère d'un syndrome radiculaire et l'examen neurologique était strictement normal à ce propos. Il ne retenait aucune incapacité de travail (dossier OAI p. 92). La Dre G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale et médecin traitante de l'assurée, a indiqué le 10 septembre 2002 que

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 celle-ci souffrait de cervicalgies prédominantes à droite, chroniques et post-traumatiques dans un cadre de status après lésion ligamentaire C4-C5 et troubles statiques et dégénératifs modérés avec dysbalance musculaire, lombalgies mécaniques persistantes dans le cadre de troubles statiques avec dysbalance musculaire, et de vertiges persistants post-traumatiques. Ces troubles engendraient une incapacité totale de travail (dossier OAI p. 231). 3.2. L'OAI a ensuite confirmé l'octroi de la rente par décision du 12 octobre 2005. Il s'est basé notamment sur un rapport du 15 septembre 2003 du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie auprès du Centre de la douleur (dossier OAI p. 302). Ce médecin diagnostiquait des cervicobrachialgies droites chroniques sur cervicarthrose C4-C5, une mini instabilité et une malformation de Chiari de type 1. L'état de santé était stationnaire et l'activité actuelle était exigible 4h au maximum par jour, tandis qu'une autre activité n'était pas exigible. La Dre G. \_\_\_\_\_ indiquait le 12 janvier 2005 qu'il n'y avait pas de changements de diagnostics et que l'état de santé n'avait pas évolué (dossier OAI p. 334). La rente a été une nouvelle fois maintenue par décision du 11 février 2009. La Dre G. \_\_\_\_\_ retenait, en plus des diagnostics posés le 10 septembre 2002, un syndrome du tunnel carpien droit irritatif. Elle estimait que la situation restait stationnaire malgré l'augmentation de la symptomatologie douloureuse cervicale suite à un nouveau traumatisme. Elle renvoyait enfin à l'expertise de décembre 2002 du Dr E. \_\_\_\_\_ pour le volet psychiatrique et attestait d'une incapacité totale de travailler dans toute activité (rapports du 26 juin 2018, dossier OAI p. 356, et du 7 juillet 2018, dossier OAI p. 359). Le 7 août 2012, le droit à la rente a encore été confirmé, la Dre G. \_\_\_\_\_ attestant toujours de l'inexigibilité de toute activité en raison de cervicobrachialgies des deux côtés prédominantes à droite, persistantes, post-traumatiques avec troubles statiques et dégénératifs, de lombalgies persistantes sur dysbalance musculaire et de vertiges post-traumatiques (rapport du 4 juin 2012, dossier OAI p. 380). 3.3. Depuis cette dernière

décision confirmant la rente, la situation a évolué de la manière suivante. Dans son expertise rhumatologique du 22 janvier 2016 (dossier OAI p. 409), la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, posait les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de cervicalgies et cervicobrachialgies à prédominance droite chroniques, non déficitaires, sur troubles dégénératifs cervicaux, et, sans une telle influence, de lombalgies chroniques sur trouble statique et troubles dégénératifs. Elle attestait d'une capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 20% en raison de la nécessité de prendre de courtes pauses pour pratiquer des mobilisations de la colonne cervicale dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, l'activité d'employée de bureau ayant toujours été exigible. Elle relevait également que l'état de santé était globalement inchangé depuis le 7 août 2012. Dans son complément du 25 mai 2016 (dossier OAI p. 455), elle retenait des cervicobrachialgies chroniques à prédominance droite, non déficitaires sur des troubles dégénératifs marqués, des lombalgies chroniques sur troubles statiques et troubles dégénératifs très modérés et une ancienne fracture- tassement du plateau supérieur L1 avec cunéiformisation antérieure qui n'entraînait aucune symptomatologie clinique. Elle maintenait en outre ses conclusions sur la capacité de travail. La Dre G. \_\_\_\_\_ soutenait le 28 août 2015 (dossier OAI p. 389) qu'aucune activité n'était exigible. En plus des diagnostics retenus précédemment, elle a retenu un lupus engelure, un

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 syndrome de Raynaud et un psoriasis du cuir chevelu. Le 3 mai 2016, elle a contesté les résultats de l'examen de la Dre I. \_\_\_\_\_ et les conclusions de son expertise (dossier OAI p. 442). Le Dr H. \_\_\_\_\_ a quant à lui indiqué le 18 avril 2016 que l'IRM que lui a soumis la recourante montrait une arthrose modérée en C5-C6 et que le Chiari O n'avait pas évolué, tous deux n'ayant aucun impact sur la capacité de travail. Il a encore ajouté n'avoir aucun élément objectif pour contredire l'expertise de la Dre I. \_\_\_\_\_ (dossier OAI p. 441). Statuant sur recours contre la décision de reconsidération du 9 juin 2016 de l'OAI (608 2016 160), la Cour de céans a considéré le 1er juin 2017 que l'OAI n'était pas en droit de procéder postérieurement à une autre interprétation de l'expertise psychiatrique du Dr E. \_\_\_\_\_, de sorte que la décision n'était pas manifestement erronée et que sa reconsidération était exclue. Elle a en substance retenu que si la formulation des diagnostics et de l'exigibilité du Dr E. \_\_\_\_\_ pouvait porter à confusion, il n'en demeurait pas moins que son argumentation ne laissait aucun doute quant à la nature psychique de l'atteinte, l'incapacité de travail retenue provenant du défaut de résilience et de mobilité affective, lesquels sont bien des facultés psychiques, et cela malgré l'absence de tout diagnostic psychiatrique selon le DSM-IV. En examinant si les pièces produites permettaient de fonder néanmoins une révision au sens de l'art. 17 LPGA, la Cour a constaté qu'aucun examen psychiatrique n'avait été réalisé depuis la décision initiale de 2003. Elle a donc renvoyé la cause à l'autorité intimée pour expertise psychiatrique, au besoin bidisciplinaire, puis nouvelle décision. L'OAI a estimé qu'une telle expertise bidisciplinaire n'était pas nécessaire et a confié la réalisation de l'expertise psychiatrique au Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'en médecine pharmaceutique. Dans son rapport du 22 mai 2018 (dossier OAI p. 708) et son complément du 12 octobre 2018 (dossier OAI p. 768), celui-ci n'a retenu aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail, mais des diagnostics sans effet: majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), existant probablement depuis 2001, et accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.1), existant probablement depuis l'âge de jeune adulte, et a attesté d'une pleine capacité de travail dans

toute activité. Tant le Dr E. \_\_\_\_\_ que la Dre G. \_\_\_\_\_ se sont prononcés sur cette expertise psychiatrique, maintenant tous deux que l'assurée était incapable de travailler dans quelque activité que ce soit (rapport du 16 août 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_, dossier OAI p. 749; rapport du

## **E. 27**

juillet 2018 de la Dre G. \_\_\_\_\_, dossier OAI p. 756). 3.4. Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate que, du point de vue physique, l'état de santé de la recourante a subi une évolution. Si les diagnostics de cervico-brachialgies sur troubles dégénératifs C4-C5, de lombalgies et de vertiges persistants sont toujours présents, s'y ajoutent dorénavant un syndrome du tunnel carpien, un lupus engelure, un syndrome de Raynaud, un psoriasis du cuir chevelu et une malformation de Chiari de type 1. Or, cette dernière a toujours été peu symptomatique et n'a jamais eu d'influence sur la capacité de travail. Le lupus engelure, le syndrome de Raynaud et le psoriasis du cuir chevelu ne figurent quant à eux que dans le rapport du 28 août 2015 de la Dre G. \_\_\_\_\_, qui n'indique par ailleurs pas dans quelle mesure ces troubles influenceraient la capacité de travail; ils ne sont par ailleurs plus repris ultérieurement. On peut dès lors admettre qu'ils n'ont aucune influence sur la capacité de travail. Il en est de même du syndrome du tunnel carpien, puisque la Dre G. \_\_\_\_\_, après avoir soutenu dans plusieurs de ses rapports que ce trouble avait une influence sur la capacité de travail, a admis le 7 juillet 2016 que tel n'était en réalité pas le cas. Enfin, s'agissant des vertiges

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 post-traumatiques, ils ne sont plus mentionnés par la recourante lors de l'expertise de la Dre I. \_\_\_\_\_. D'abord repris dans la discussion par la Dre G. \_\_\_\_\_, ils sont ensuite seulement cités (rapports du 4 juin 2012, 28 août 2015 et 22 novembre 2016), voire n'apparaissent plus dans les rapports (rapports du 3 mai 2016, 7 juillet 2016 et 27 juillet 2018), ce qui leur confère également une importance toute relative. Sont dès lors déterminantes les cervicalgies et les lombalgies, au sujet desquelles la Dre G. \_\_\_\_\_ et la Dre I. \_\_\_\_\_ s'opposent. Cette dernière constate que les cervicalgies dont se plaint la recourante irradient toujours, avec une prédominance à droite, dans la région scapulaire, les épaules et dans les membres supérieurs jusqu'à la face postéro-latérale du bras et de l'avant-bras et souvent dans les doigts. Les douleurs se diffusent aussi, désormais, en direction occipitale et dans la région temporo-pariétale jusque dans l'œil. L'irradiation interscapulaire que la recourante ressentait autrefois a par contre disparu et les cervicalgies et cervico-brachialgies droites, de type mécanique, sont maintenant augmentées par la position statique assise ou debout prolongée – alors que les douleurs augmentaient précédemment à la mobilisation et au moindre effort – et soulagées par les changements de position, la mise de la nuque en arrière et lorsque la recourante s'allonge en décubitus dorsal ou latéral. L'experte relève également une certaine discordance entre les plaintes, localisées à droite, et les observations radiologiques qui objectivent un possible conflit radiculaire mais à gauche. Une telle divergence entre les plaintes et les observations à l'examen a également été relevée par le Dr J. \_\_\_\_\_ dans son expertise psychiatrique (dossier OAI p. 727). La Dre G. \_\_\_\_\_ conteste les conclusions de la Dre I. \_\_\_\_\_ en opposant à l'appréciation de l'experte la sienne, basée sur les résultats de son propre examen. Or, les résultats ne sont pas identiques. Ainsi, la distance menton-sternum et les inclinaisons latérales de la tête constatées sont plus amples lors de l'examen de la Dre I. \_\_\_\_\_ (4-17 cm; 40° à gauche, 30° à droite) que lors de celui de la Dre G. \_\_\_\_\_ (10-14 cm; 10° de chaque côté). La Dre G. \_\_\_\_\_ soutient qu'elle n'a jamais constaté les

mêmes résultats que l'experte. Force est toutefois de relever qu'elle-même ainsi que d'autres médecins avaient obtenu précédemment une amplitude semblable: entre 7 et 15 cm en 2001 (rapport du 3 mai 2016 de la Dre G. \_\_\_\_\_, dossier OAI p. 442), entre 4 et 16 cm en 2001 par le Prof. F. \_\_\_\_\_, entre 6 et 15 cm le 16 mai 2001 par elle-même (dossier OAI p. 130). Une divergence existait également déjà en 2001 entre ses constatations et celles du Prof. F. \_\_\_\_\_. Quant au fait que les rotations cervicales observées sont quasi nulles lors de l'examen de dos, avec des valeurs quasi-identiques à celles de l'experte lors de l'examen de face, elle explique que cela a toujours été le cas en raison de la crainte de la recourante de toute manipulation et palpation de la nuque. Cette résistance de l'assurée était effectivement déjà relevée en 2001 (rapport du 24 août 2001 de la Dre G. \_\_\_\_\_, dossier OAI p. 113). La Dre I. \_\_\_\_\_ n'observe cependant plus une telle opposition. Quant à la discordance entre les plaintes, localisées à droite, et les observations radiologiques qui objectivent un possible conflit radiculaire à gauche, relevée par la Dre I. \_\_\_\_\_, celle-ci rappelle qu'il n'y a pas de relation directe entre les plaintes et les constatations radiologiques selon l'expérience et la littérature médicales. Par ailleurs, l'appréciation des éléments radiographiques par la Dre I. \_\_\_\_\_ est confirmée le 18 avril 2016 par le Dr H. \_\_\_\_\_, lequel a relevé que l'IRM récente que l'assurée lui a fait parvenir ne montre qu'une arthrose C5-C6 modérée qui n'a, avec la malformation de Chiari de type I, aucune influence sur la capacité de travail (dossier OAI p. 441). Enfin, la Dre G. \_\_\_\_\_ ne conteste pas l'impression d'exagération des symptômes relevée par l'experte,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 au demeurant également attestée dans l'expertise psychiatrique du 22 mai 2018 (dossier OAI p. 728). S'agissant enfin des lombalgies, de type mécanique et de location médiane, elles sont présentes sans interruption dès 2002 et la palpation reste douloureuse à tout niveau. La Dre G. \_\_\_\_\_ et la Dre I. \_\_\_\_\_ ne s'entendent cependant pas sur leur influence sur la capacité de travail, la première estimant qu'elles sont autant invalidantes que les douleurs cervicales et la seconde qu'elles sont banales et sans effet. Il n'y a cependant pas lieu de s'écarter des constatations de l'expertise rhumatologique, dès lors qu'elles sont dûment motivées, au contraire de la Dre G. \_\_\_\_\_ qui n'explique aucunement son opinion. Il convient ainsi de suivre l'expertise rhumatologique et son complément. L'expertise a en outre pleine valeur probante, dès lors qu'elle est conforme aux réquisits jurisprudentiels. L'experte s'est en effet basée sur le dossier médical complet de la recourante et l'a examinée personnellement avant d'établir son rapport. L'assurée a ainsi pu s'exprimer à chaque moment. Les conclusions sont par ailleurs bien motivées. Le rapport a ainsi été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, tient compte des plaintes exprimées par l'assurée et est le résultat d'exams complets. Cela est en outre confirmé par le Dr H. \_\_\_\_\_, qui a relevé le 18 avril 2016 qu'il n'avait aucun élément objectif pour la contredire (dossier OAI p. 441). Partant, il apparaît que l'état de santé physique de la recourante s'est modifié de façon à permettre désormais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles – pas de position statique assise ou debout de plus de 45 minutes, changements de position possibles, pas de mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical en flexion/extension/rotation/inclinaison de la nuque et pas de port itératif de charges supérieur à 5 kg –, avec une diminution de rendement de 20% en raison de la nécessité de prendre de courtes pauses pour pratiquer des mobilisations de la colonne cervicale, l'activité habituelle étant déjà adaptée. 3.5. Sur le plan psychique, le Dr J. \_\_\_\_\_ ne retient, comme le Dr E. \_\_\_\_\_, aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail. Mais contrairement à lui, il pose les diagnostics, sans une telle influence, d'une majoration des symptômes

physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) existant probablement depuis 2001 et d'une accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.1) présente vraisemblablement depuis l'âge de jeune adulte. Il relève qu'il y a désormais la présence d'angoisses et de sentiments d'inquiétude, ou de traits anxieux discrets qui surviennent par moment en lien avec la précédente procédure de suppression de sa rente ou l'incertitude de sa situation financière, ainsi que d'une réactivité émotionnelle à des événements agréables (plaisir de rencontrer des amis ou sa famille, intérêt pour certaines émissions de télévision), alors que son confrère attestait en 2002 d'une attitude anafective. De plus, il retient des incohérences que le Dr E. \_\_\_\_\_ ne relevait pas précédemment entre le discours de la recourante et les constatations objectives: par exemple, elle décrit l'obligation de se lever après une heure en position assise alors qu'elle est restée assise pendant 3 heures durant l'expertise avant de demander à se lever, elle participe activement à 3 heures d'examen sans signe de manque d'énergie ou de diminution de l'attention ou de la concentration alors qu'elle se plaint de ces troubles, elle fait preuve de capacités laissant planer des doutes quant à une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 Sur cette base, l'expert J. \_\_\_\_\_ s'éloigne de l'incapacité de travail retenue par son confrère et estime qu'elle n'existe pas du point de vue psychiatrique. Il explique également en détails et de façon convaincante pourquoi il ne suit pas les conclusions de l'expertise de 2002: il relève que, lors de cet examen, la psychologue – qui a effectué l'examen psychologique dans le cadre de cette expertise – a utilisé uniquement des épreuves projectives, à l'exception d'un test d'efficacité intellectuelle, et a sur cette base développé "des hypothèses concernant une succession de traumatismes constituant une rencontre du fantasme du morcellement avec la réalité et entraînant la décompensation d'un fonctionnement satisfaisant jusqu'alors". Or, les épreuves projectives ne peuvent pas être considérées comme des tests objectifs et valides car leurs résultats dépendent d'une interprétation subjective. Les hypothèses retenues par la psychologue semblent de plus surprenantes étant donné que la recourante a la capacité de mener une vie autonome et active sur le plan social, sans signe de décompensation, comme une souffrance psychique motivant un suivi psychiatrique voire une hospitalisation. Par ailleurs, l'expert constate que le Dr E. \_\_\_\_\_ n'a pas exploré les activités sociales et quotidiennes et n'a pas discuté des incohérences existantes, telles que l'abandon de certaines activités sportives en raison des douleurs tout en restant capable de poursuivre des activités positives – comme des rencontres avec sa famille – sans perte d'intégration sociale, ou le fait qu'elle ne prend pas de traitement psychotrope et que la mise à contribution d'options thérapeutiques ne permet pas de suspecter une souffrance psychique manifeste, de sorte que son examen était incomplet. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'expertise réalisée en dernier lieu, qui a pleine valeur probante. En effet, le Dr J. \_\_\_\_\_, comme la Dre I. \_\_\_\_\_, s'est basé sur le dossier médical complet de l'assurée. Il a également procédé à un examen sur sa personne avant l'établissement de l'expertise, de sorte qu'elle a pu s'exprimer à chaque occasion. Enfin, les conclusions sont dûment motivées. Le rapport a ainsi été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, tient compte des plaintes exprimées par l'assurée et est le résultat d'examens complets. Les critiques du Dr E. \_\_\_\_\_ (rapport du 16 août 2018, dossier OAI p. 749) ne sont pas de nature à modifier cette appréciation. Force est de constater qu'il fait part de sa propre estimation subjective de la description de la vie sociale de l'assurée faite par le Dr J. \_\_\_\_\_ en relevant des divergences dans les faits (nombre de maisons des parents, excursions à Lausanne ou en Valais, longs cheveux, etc.) non déterminantes sur le plan médical et en estimant que celui-ci donne l'impression que

tout va pour le mieux dans la vie de la recourante et qu'il cherche à donner une image embellie de la situation. Cela ne ressort cependant pas du rapport d'expertise, le Dr J. \_\_\_\_\_ étant resté neutre dans le rapport des éléments fournis par la recourante. Le Dr E. \_\_\_\_\_ est également d'avis que le diagnostic du Dr J. \_\_\_\_\_ est à l'opposé de ce qu'il décrit, la vie merveilleuse de l'assurée selon celui-ci et le fait qu'elle ne donne pas de signes d'avoir mal ne permettant pas de poser le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il reproche par ailleurs à l'expert de ne pas s'intéresser au fonctionnement psychique de l'assurée, qui n'a pas d'émotions ou d'accès à ses émotions et qui estime que cela ne sert à rien de se plaindre. Quant au diagnostic relatif aux traits de personnalité, on ne retrouve notamment aucune labilité émotionnelle, impulsivité, consommation d'alcool ou de drogue, comme cela serait caractéristique chez les personnes émotionnellement labiles. L'expert explique cependant clairement pourquoi le Dr E. \_\_\_\_\_ ne saurait être suivi, notamment quant à l'absence de prise en compte des incohérences dans les propos de l'assurée. Il relève en outre

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 avec raison qu'il y a lieu de douter de sa neutralité du fait de l'absence de discussion de l'expertise après une exploration exhaustive effectuée par ses soins et en raison du fait qu'il a demandé à la recourante de préparer avant leur rencontre une liste de critiques de l'expertise. Enfin, Le Dr E. \_\_\_\_\_ ne discute pas les arguments du Dr J. \_\_\_\_\_, pourtant à la base de ses reproches à l'égard de l'expertise de 2002, quant aux tests faits par la psychologue et à l'absence de discussion des incohérences de sa part. La recourante s'en prend également à l'expertise de 2018 (courrier du 28 septembre 2018, dossier OAI p. 759), corrigeant nombre d'imprécisions et démontrant, selon elle, le parti pris de l'expert. Elle se réfère pour le surplus au rapport du 16 août 2018 du Dr E. \_\_\_\_\_ ou à celui du 27 juillet 2018 de la Dre G. \_\_\_\_\_. Cette dernière n'est cependant pas psychiatre et se détermine essentiellement sur l'expertise rhumatologique de la Dre I. \_\_\_\_\_, de sorte que son rapport n'est pas déterminant sur le plan psychique. Quant aux reproches de l'assurée, la plupart d'entre eux ne sont pas déterminants car ils ne concernent pas des éléments médicaux, mais la reprise d'éléments (données subjectives, données personnelles et familiales) pourtant fournis par l'assurée elle-même. D'autres encore relèvent de l'interprétation par la recourante des propos de l'expert, comme le fait que les termes utilisés démontreraient la minimisation de toutes ses allégations ou un parti pris inadmissible: ils ont toutefois été sortis de leur contexte ou faussement interprétés (par ex. suppression des angoisses alors que l'expert dit seulement qu'elles se sont améliorées et estompées, ou encore lorsqu'elle affirme ne pratiquement pas sortir, ce qui ne signifie pas encore qu'elle ne verrait pas sa famille ou ses amis). Le reproche d'un état de fait ne correspondant pas à la réalité n'est pas non plus justifié, dès lors que celui-ci se base sur les indications fournies par l'assurée lors de l'expertise. Par ailleurs, les critiques relatives au fait que la recourante assume toutes les tâches ménagères ne font en réalité que confirmer qu'elle les effectue elle-même, quand bien même elle occupe un appartement de deux pièces, ce qui est également confirmé par la Dre I. \_\_\_\_\_ (anamnèse, activité quotidiennes, activités ménagères, dossier OAI p. 415). Une amélioration sur le plan psychique entraînant une pleine capacité de travail doit dès lors être constatée. 3.6. Au vu de ce qui précède, la situation de la recourante s'est améliorée sur le plan psychique de manière à justifier une pleine capacité de travail de ce point de vue. En outre, aucune incapacité significative ne peut être constatée sur le plan rhumatologique, de sorte que la recourante dispose du point de vue physique d'une capacité entière avec une diminution de rendement de 20% en raison de la nécessité de prendre de courtes pauses pour mobiliser la

colonne cervicale, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de position statique assise ou debout de plus de 45 minutes, changements de position possibles, pas de mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical en flexion/extension/rotation/inclinaison de la nuque et pas de port itératif de charges supérieur à 5 kg), l'activité habituelle étant déjà adaptée. Une expertise bidisciplinaire n'est enfin pas nécessaire, dès lors qu'on ne voit pas ce qu'elle apporterait de plus en l'absence d'incapacité sur le plan psychiatrique et du fait que l'état de santé physique et psychique est resté inchangé depuis l'expertise rhumatologique de la Dre I. \_\_\_\_\_ et l'expertise psychiatrique du Dr J. \_\_\_\_\_.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 4. Cela étant, la recourante était au bénéfice d'une rente entière depuis le 1er septembre 2001, soit depuis plus de 17 ans au moment où l'autorité intimée a décidé de la suppression de la prestation. Elle fait donc partie de la catégorie des assurés pour laquelle il faut examiner si l'on peut exiger d'eux d'entreprendre de leur propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de leur part pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. Il ressort du dossier que l'OAI a proposé à l'assurée des mesures d'ordre professionnel par courrier du 30 mai 2018. La recourante n'a pas pris position à ce sujet dans le délai imparti, mais conteste disposer d'une quelconque capacité de travail. De plus, aucune mesure n'a été mise en place, que ce soit antérieurement ou postérieurement à cette lettre. Or, cela n'est pas suffisant au vu de la jurisprudence précitée, d'autant plus que la Dre I. \_\_\_\_\_ indique, dans son rapport d'expertise rhumatologique, qu'un réentrainement à l'effort et une reprise progressive de la capacité de travail sont nécessaires, en commençant par deux heures par jour, à augmenter progressivement sur une durée de trois mois pour atteindre 50%, sur six mois pour atteindre 100% avec une diminution de rendement de 20%. Il convient également de tenir compte du fait que la recourante n'exerçait plus d'activité professionnelle depuis presque 20 ans, une incapacité totale de travail ayant été médicalement attestée dès septembre 2000, et qu'elle n'a pas été en mesure d'acquérir une grande expérience professionnelle en tant qu'employée de bureau: si elle a travaillé huit ans comme aide de bureau entre 1989 et 1996, elle n'a exercé la profession d'employée de bureau que durant un an après l'obtention de son diplôme en 1999. Partant, la Cour estime qu'une reprise progressive de l'activité professionnelle, avec un taux d'activité croissant, doit être mise en place afin de maximiser les chances de réintégration de l'assurée. Le dossier est par conséquent renvoyé à l'OAI pour qu'il mette en œuvre les mesures correspondantes. 5. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision litigieuse annulée, car, en l'état, prématurée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle mette en place le processus de réinsertion et rende ultérieurement une nouvelle décision. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. L'avance de frais du même montant versée le 9 janvier 2020 par la recourante lui est restituée. Ayant obtenu gain de cause, l'assurée a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 137 al. 1 CPJA). Son mandataire a produit sa liste de frais le 9 janvier 2020. Celle-ci correspond aux exigences du tarif applicable (art. 8 ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif/JA; RSF 150.12). Partant, il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle elle a droit à CHF 3'728.15 à raison de 13h39 à CHF 250.-, soit à un montant de CHF 3'412.50, plus CHF 49.10 au titre de débours, plus CHF 266.55 au titre de la TVA à 7.7%. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours est admis et la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 24 janvier 2019 annulée. Partant, le dossier est renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. III. L'avance de frais de CHF 800.- versée le 9 janvier 2020 par A.\_\_\_\_\_ lui est restituée. IV. L'équitable indemnité allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 3'412.50, plus CHF 49.10 de débours, plus CHF 266.65 au titre de la TVA à 7.7%, soit à CHF 3'728.15, et mise intégralement à la charge de l'OAI. 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 août 2020/cso Le Président : La Greffière-rapporteuse :

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