

FR_GERICHTE 608 2020 72 vom 20. April 2021

FR Kantonsgericht, 2021-04-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_72

FR: FR_GERICHTE 608 2020 72 du 20 avril 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2020 72 del 20 aprile 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 15

novembre 2018, celui-ci estime que l'assurée n'était, au jour de l'expertise, pas en mesure de travailler mais que, à terme, l'on pourrait possiblement exiger d'elle qu'elle travaille à 40% dans une activité adaptée. Par communication du 22 mai 2019, l'OAI a pris en charge une mesure de réinsertion auprès de F. _____ du 27 mai au 25 août 2019, avec augmentation progressive du taux pour atteindre 40%. Le stage a été mené à son terme, mais seul un taux de 20% a été atteint. Par décision du 11 mars 2020, reprenant un projet du 22 octobre 2019, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière du 1er mai 2016 au 28 février 2019 (degré d'invalidité de 80%), laquelle a été réduite à un quart de rente à partir du 1er mars 2019 (degré d'invalidité de 48.35%), le degré d'invalidité étant calculé avec la méthode mixte selon un partage des activités de 80% (partie lucrative) et 20% (partie ménagère). C. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Daniel Känel, avocat, interjette recours (608 2020 72) devant le Tribunal cantonal le 17 avril 2020 concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière au-delà du 1er mars 2019. A l'appui de son recours, elle conteste d'abord la méthode choisie, affirmant avoir toujours tenté, en vain, de terminer une formation en parallèle à son activité de sorte que, en santé, elle aurait travaillé à un taux de 100%. Elle conteste ensuite les éléments figurant dans le rapport d'enquête domiciliaire, les estimant non représentatifs de son quotidien et contraires aux éléments figurant dans les rapports de ses médecins et l'expertise. Elle se prévaut par ailleurs des conclusions de ce dernier pour contester l'appréciation de sa capacité de travail, estimant qu'il mettait des conditions – qui ne seraient pas remplies – à une reprise effective d'une activité. Parallèlement, l'assurée a requis l'octroi de l'assistance judiciaire totale (608 2020 73) et que son mandataire soit désigné mandataire d'office. Dans ses observations du 1er mai 2020, l'OAI propose le rejet du recours, se référant à la motivation de sa décision et aux pièces de son dossier. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable à la forme. En outre, la recourante, dûment représentée, est directement atteinte par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, il y a lieu d'entrer en matière sur les mérites du recours. 2. 2.1. A teneur 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. Ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 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 – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (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 suppose 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. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 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 doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien 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. Jouent 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. 3.1. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux

de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. 3.2. La loi consacre trois régimes distincts d'évaluation de l'invalidité, qui, pour une même atteinte à la santé, peuvent aboutir à des conséquences asséculogiques sensiblement différentes (arrêt TF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 5.5.1). Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées). 4. 4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 4.2. Pour statuer, 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). 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. 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 4.3. 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 citées). En outre, 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). 5. Est d'abord litigieuse, la méthode d'évaluation de l'invalidité de l'assurée. En effet, à l'appui de son recours, celle-ci affirme que, en santé, elle aurait travaillé à 100%, ce qui aurait pour conséquence l'application de la méthode ordinaire. Pour sa part, l'OAI estime que l'assurée aurait travaillé à un taux de 80%, consacrant le solde de 20% à la tenue de son ménage, ce qui implique l'usage de la méthode mixte. A cet égard, les déclarations de l'assurée revêtent une importance certaine. Dans un questionnaire du 28 décembre 2015, l'assurée excluait l'exercice d'une quelconque activité lucrative (dossier OAI, p. 31). Ces premières déclarations n'apparaissent néanmoins que peu convaincantes et n'ont par ailleurs pas été suivies par l'OAI. Par la suite, l'assurée est revenue sur cette affirmation lors de l'enquête ménagère du 21 avril 2016. Elle a alors précisé " qu'elle chercherait à exercer une activité professionnelle au taux d'activité de 80%. Par le passé, elle a travaillé au taux d'activité de 80% à 100%, baissant uniquement le taux d'activité en-dessous de 80% lorsqu'en parallèle elle effectuait des formations ou des études" (dossier OAI, p. 53). Il s'agit, en substance, de la thèse qu'elle défend à nouveau dans son recours. Sur le plan professionnel, la Cour constate en effet que l'assurée a occupé de multiples postes de travail, tant à taux partiels qu'à taux plein. Ainsi, elle a notamment travaillé à taux plein en tant qu'employée d'un hôpital (1997-1998), pour ensuite travailler à mi-temps en tant que collaboratrice de vente (1999-2001), puis reprendre une activité hospitalière à 100% (2001-2003). Elle s'est par la suite orientée dans des activités de vente en boulangerie à 80% (2005), puis en textiles à 100% (2007) pour ensuite travailler en tant que vendeuse dans une grande surface à 80% (2008). Enfin, elle a été engagée en tant que caissière à

temps partiel (2010) puis en tant que collaboratrice du service interne de C. _____ à 25% (2011-2012) (dossier OAI, p. 22, 24 et 54). Les différents taux partiels constatés coïncident pour la plupart avec une période de formation, l'assurée ayant suivi des cours auprès de l'Université de B. _____ en théologie (2000) et commencé un bachelor en philosophie (2010-2014) (dossier OAI, p. 33 et 122). La thèse selon laquelle elle ne travaillait à taux réduit qu'en raison de ses études est donc rendue vraisemblable, étant précisé qu'elle pourrait – à lire l'expert – également s'expliquer en raison de la présence de quelques traits de personnalité émotionnellement labile, présents en arrière fond avant sa décompensation psychotique de 2015 (dossier OAI, p. 122). Au demeurant, l'on constate que l'assurée, célibataire et sans enfants, a des dettes pour un montant de CHF 30'000.-. En outre, elle est actuellement sans emploi et émerge au service social. Si elle n'était pas restreinte dans l'exercice d'une activité lucrative pour des motifs médicaux, le Service social exigerait donc d'elle qu'elle subvienne par ses propres moyens à son entretien et recherche un emploi. En présence de dettes privées, il est probable qu'un temps plein serait privilégié. Au final, compte tenu de ses déclarations, de son parcours professionnel et de sa situation financière et personnelle, l'on doit considérer comme vraisemblable que, sans atteinte à sa santé, l'assurée

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 travaillerait à temps plein. Partant, l'incapacité de travail devra se déterminer sur la base de la méthode ordinaire de comparaison des revenus et non sur la base de la méthode mixte. 6. Il convient dès lors d'examiner dans quelle mesure l'assurée est limitée dans l'exercice d'une activité par son état de santé, en l'occurrence par les troubles psychiatriques diagnostiqués. 6.1. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mandaté le Dr E. _____ pour expertise. Celui-ci a rendu un rapport daté du 15 novembre 2018 (dossier OAI, p. 122). Pour rédiger son rapport et rendre ses conclusions, l'expert a eu à sa disposition le dossier asséculo-logique de la recourante, dont il a synthétisé les pièces en début de rapport. Il a également eu l'occasion de s'entretenir avec celle-ci le 14 novembre 2018, en collaboration avec une psychologue, G. _____. En outre, il a pris contact avec les médecins de l'assurée, la Dre H. _____ et le Dr I. _____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. Par ces différents biais, l'expert a donc été en mesure d'avoir une pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte tant médical que social, professionnel et familial de l'assurée. Il a par ailleurs procédé à un examen complet de cette dernière. Pour sa part, celle-ci a pu décrire ses troubles et l'impact de ceux-ci dans sa vie quotidienne, en particulier en lien avec des peurs. Ces plaintes ont été dûment relevées par l'expert dans son rapport. L'ensemble de ces éléments a conduit l'expert à retenir le diagnostic invalidant de "schizophrénie paranoïde, présente au moins depuis 2014 (probable schizophrénie tardive)". L'expert reprend par ce biais les conclusions diagnostiques de la Dre H. _____ et du Dr I. _____ (cf. not. dossier OAI, p. 33, 40, 47 et 75). A l'instar de ceux-ci, il explique la décompensation tardive de ce trouble par un burnout, survenu en marge de ses études universitaires couplées à un travail alimentaire et des faiblesses psychiques. Estimant que le traitement n'est pas adapté à la problématique présentée, il préconise l'usage d'autres molécules ainsi que la mise sur pied d'un passage à l'hôpital de Jour d'une durée d'au moins 3 à 6 mois, afin que l'assurée sorte de sa torpeur et reprenne un lien social. De ce fait, il estime que, au jour de l'expertise, la capacité de travail dans n'importe quelle activité n'est pas exigible de sa part. En revanche, à terme, avec un traitement adapté et après un réentraînement progressif, une activité serait envisageable dans un environnement calme, bienveillant et soutenant. Au vu de son état, il estime que l'assurée doit reprendre une activité dans le domaine de la couture ou de la mode, domaine

où elle a toutes ses capacités et dont elle connaît bien les exigences. Dans un tel cadre, il estime que la capacité de travail serait de 40%. Se fondant sur des conclusions très bien motivées et détaillées, l'expertise du Dr E._____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. 6.2. Cela étant, contrairement à ce que préconise l'expert-psychiatre, l'assurée n'a pas encore bénéficié d'un suivi en hôpital de jour. Pour leur part, les molécules recommandées par l'expert ne lui ont pas été prescrites par son médecin, l'assurée continuant à prendre le même traitement qu'en 2016 (cf. dossier OAI, p. 53 et 174). Or, bien que l'expert constate que l'assurée est déjà suivie par un psychiatre et est conforme à son traitement actuel, il estime que ce suivi n'est pas adapté à la sévérité du tableau clinique. Ce changement est donc, à ses yeux, la condition sine qua non à une éventuelle amélioration de l'état de santé. Par ailleurs, si l'expert admet – en usant le conditionnel – qu'une évolution favorable n'est pas impossible, celle-ci prendrait du temps. Il relève ainsi notamment qu'un changement "[pourrait] se

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 faire mais de manière lente et en tenant compte de ses capacités". Or, le rapport d'expertise n'a été transmis au médecin traitant que tardivement, après que le stage ait commencé (dossier OAI, p. 196). Dans ce contexte, les éventuels effets des mesures suggérées n'auraient selon toute vraisemblance pas pu être remarqués durant la mesure, mais ultérieurement. En outre, compte tenu de la lenteur de l'évolution prévue, l'on doit douter que les trois mois de mesure de réinsertion professionnelle prévus auraient suffi pour atteindre un 40% de capacité de travail, et cela même si le traitement avait été modifié à temps et dans les modalités prescrites par l'expert. En l'absence de telles modifications du traitement et compte tenu de la durée prévisible pour une amélioration de l'état de santé, il n'est manifestement pas (encore) possible de faire reposer le calcul du droit à la rente sur une capacité de travail de 40%. Il apparaît, au contraire, nécessaire de déterminer l'étendue de l'incapacité de travail avant la mise en place des mesures préconisées. En cela, le Tribunal peut se référer aux constatations du psychiatre traitant de la recourante, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. 6.3. Dans son rapport du 10 décembre 2019, ce dernier valide le diagnostic de schizophrénie retenu par l'expert. En revanche, il estime que sa patiente est en mesure de travailler à raison de 4 heures par semaine dans un environnement souple et s'adaptant à ses besoins (dossier OAI, p. 292). A ce stade, l'on rappelle que ces conclusions s'inscrivent dans le contexte du stage organisé auprès de F._____ du 27 mai au 25 août 2019. Si ce stage n'a pas été interrompu de manière prématurée, l'assurée a néanmoins été arrêtée par son psychiatre à plusieurs reprises. Pour sa part, l'objectif d'un 40% n'a pas été atteint, l'assurée n'étant finalement en mesure de terminer le stage qu'en travaillant 8 heures par semaine (rapport final du 23 septembre 2019, dossier OAI, p. 256). Le Dr E._____ prévoyait que l'état de santé de l'assurée pourrait, à terme, s'améliorer en sortant de sa chambre et en se réappropriant une dimension sociale. En même temps, il prévoyait qu'une éventuelle évolution plus favorable prendrait du temps et nécessiterait un suivi en hôpital de jour ainsi qu'un changement dans la médication. Compte tenu de ce qui précède, le fait que le Dr J._____ atteste que sa patiente n'est en mesure de travailler qu'à un taux de 10% dans une activité adaptée et 8 heures par semaine dans une activité protégée ne fait que confirmer la thèse de l'expert. A tout le moins, dans la mesure où cela se rattache aux constats du Dr E._____, la Cour ne saurait s'écarter – à tout le moins sans avis psychiatrique contraire comme c'est le cas en l'espèce – de l'évaluation de la capacité de travail par le Dr J._____. Loin de s'être améliorée pour atteindre un 40% comme le prévoyait le premier, le second atteste que la capacité de travail de sa patiente demeure encore très réduite. 6.4. Il

ressort de l'ensemble de ce qui précède que, conformément aux conclusions du Dr E. _____, l'on doit considérer que l'assurée n'est plus du tout en mesure de travailler depuis 2014 en raison de ses troubles psychiatriques. Depuis le mois de juin 2019, l'on doit considérer que son état s'est légèrement amélioré et qu'elle est en mesure de travailler à un taux de 10% dans une activité adaptée, conformément aux constats du Dr J. _____. Compte tenu des incapacités de travail constatées, à hauteur de 100% et de 90%, le droit à une rente entière doit être reconnu à la recourante, la comparaison des revenus – à savoir un revenu de valide correspondant à une activité dans la vente de vêtements et un revenu d'invalidé fondé sur le

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 revenu moyen selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016 – aboutissant dans les deux cas à un taux largement supérieur à 70%.

Toutefois, il appartiendra à l'OAI de s'assurer que le suivi en hôpital de jour et le changement dans la médication soient mis en place, ainsi que suggéré par l'expert-psychiatre, y compris par le biais d'une éventuelle sommation. Ce n'est qu'après de telles démarches que l'office sera en mesure de procéder à la révision du cas afin de dûment vérifier si ces mesures médicales ont l'effet escompté sur la capacité de travail et, cas échéant, proposer d'éventuelles mesures de réadaptation. 7. 7.1. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que, bien fondé, le recours (608 2020 72) doit être admis et la décision modifiée dans le sens où l'assurée doit se voir reconnaître le droit à une rente entière au-delà du 30 avril 2019. 7.2. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie. Le 11 mars 2021, son mandataire a présenté sa liste de frais. Celle-ci se monte à un total de CHF 2'190.- au titre d'honoraires (730 minutes au tarif horaire de CHF 180.-), CHF 81.70 au titre de frais et CHF 174.90 au titre de la TVA (7.7%). Compte tenu de l'admission du recours, le tarif horaire doit être corrigé et fixé à CHF 250.-. Partant, l'indemnité de partie est fixée à un montant total de CHF 3'363.87, à savoir à CHF 3'041.67 au titre d'honoraires (730 minutes à CHF 250.-), CHF 81.70 au titre de frais et CHF 240.50 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. 7.3. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Ils sont intégralement mis à la charge de l'autorité intimée. 7.4. Au vu de ce qui précède, la demande (608 2020 73) d'assistance judiciaire gratuite totale devient sans objet. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours (608 2020 72) est admis. Partant, la décision est modifiée dans le sens où le droit à une rente entière est maintenu au-delà du 28 février 2019. II. L'indemnité de partie est fixée à CHF 3'363.87, dont CHF 240.50 au titre de la TVA (7.7%), et intégralement mise à la charge de l'autorité intimée. III. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à charge de l'autorité intimée. IV. La demande (608 2020 73) d'assistance judiciaire gratuite totale, devenue sans objet, est classée. 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 20 avril 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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