



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

[www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc)

605 2024 5

## **Arrêt du 17 septembre 2024**

### **1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président :	Marc Boivin
Juges :	Marc Sugnaux, Stéphanie Colella
Greffier-stagiaire :	Francesco Montaldi

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, recourante**, représentée par Me Olivier Carré, avocat  
contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
FRIBOURG, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-invalidité – réduction de la rente

Recours du 16 novembre 2023 contre la décision du 16 octobre 2023

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, recourante, née en 1963, mariée, mère de 2 enfants adultes, a travaillé dans une quinzaine d'entreprises différentes durant de brèves périodes entre 1984 et 2014. Elle travaillait, en dernier lieu, en tant que responsable HR chez B. \_\_\_\_\_.

Depuis 2014, elle n'a plus exercé d'activité lucrative.

B. Le 30 septembre 2013, alors qu'elle était domiciliée à C. \_\_\_\_\_ (canton de Fribourg), elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : OAI) indiquant souffrir d'un cancer du sein, diagnostiqué en février de la même année.

Par décision du 7 janvier 2015, l'OAI a octroyé à la recourante une mesure de réinsertion de trois mois auprès de D. \_\_\_\_\_ à Fribourg. Par décision du 7 mai 2015, l'OAI a prolongé de trois mois ladite mesure.

Le rapport final de D. \_\_\_\_\_ du 30 juin 2015 fait état de l'échec de la mesure de réinsertion, malgré un bon commencement.

C. Dans un certificat médical du 12 août 2015, la Dre E. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante, fait état d'une décompensation d'un état anxiodépressif réactionnel à partir du mois d'avril de la même année. Elle atteste également qu'un traitement antidépresseur a été mis en place. Dans le rapport du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) du 24 août 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_ confirme la présence d'une problématique d'ordre psychique.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI diligente une expertise psychiatrique confiée aux soins du Dr G. \_\_\_\_\_, expert-psychiatre.

Dans son rapport d'expertise du 18 février 2016, l'expert-psychiatre pose le double diagnostic de "*Trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, de gravité actuelle légère F32.5 (296.25)*" et de "*Personnalité borderline, décompensée F60.31 (301.83) traits perfectionnistes*". L'expert conclut à une incapacité totale de travail à partir du 6 mars 2013.

L'expert conclut également à une réévaluation de l'état psychique de la recourante après une année environ, afin de déterminer l'évolution de l'atteinte à la santé ainsi que, en cas d'amélioration de l'état psychique, les possibilités de reprise d'une activité lucrative à temps partiel.

Par décision du 22 mars 2016, l'OAI octroie à la recourante une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2014.

D. Dans un rapport médical intermédiaire reçu par l'OAI le 11 juillet 2017 et daté par erreur du 10 octobre 2017, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin psychiatre traitant, présente une situation très difficile sur le plan psychique, avec notamment une augmentation du dosage des antidépresseurs. Toutefois, sans se prononcer de manière tranchée sur le sujet, il ne soulève pas d'objections médicales à une nouvelle tentative de réinsertion professionnelle.

Par décision du 2 octobre 2017, l'OAI renonce à une réinsertion professionnelle et confirme la rente entière.

E. Dans un deuxième rapport médical intermédiaire du 30 novembre 2018, le Dr H. \_\_\_\_\_ fait état d'une situation inchangée et confirme le même avis que l'année précédente.

Par décision du 11 janvier 2019, l'OAI renonce encore une fois à une réinsertion professionnelle et confirme la rente entière.

F. Dans un rapport médical intermédiaire du 25 mars 2021, le Dr I. \_\_\_\_\_, nouveau psychiatre traitant, fait état d'une situation générale en forte amélioration et se prononce de manière favorable à un parcours de réadaptation.

Sur la base de ce rapport et afin d'instruire le dossier, l'OAI diligente une deuxième expertise psychiatrique confiée aux soins du Dr J. \_\_\_\_\_, expert-psychiatre.

Dans son rapport d'expertise du 23 novembre 2021, le Dr J. \_\_\_\_\_ confirme le diagnostic posé par la précédente expertise. Toutefois, il remarque que le trouble dépressif est désormais en rémission complète et n'a donc plus d'influence sur la capacité de travail. Il conclut à une incapacité de travail à raison de 50% à cause du trouble de la personnalité de type "*borderline*".

Le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR, dans son rapport du 10 décembre 2021, valide ladite expertise.

G. Le 14 octobre 2022, la recourante accepte une mesure de réinsertion professionnelle prévue du 13 février au 16 juin 2023.

Le 24 avril 2023, l'OAI constate l'échec de la mesure.

Par décision du 16 octobre 2023, l'OAI réduit les prestations octroyées à la recourante d'une rente entière à une demi-rente à compter du 26 avril 2022, sur la base d'un taux d'invalidité de 53%. Il retient en particulier que, moyennant un reconditionnement, la recourante dispose désormais d'une capacité de travail de 50% sans diminution de rendement dans son activité habituelle de secrétaire comptable ou dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, soit des difficultés à gérer le stress et les changements imprévisibles, des difficultés relationnelles et une humeur fluctuante.

H. Contre cette décision, la recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 16 novembre 2023 concluant à l'annulation de la décision attaquée et au maintien de la rente entière.

A l'appui de son recours, elle invoque pour l'essentiel une constatation inexacte et incomplète des faits de la part de l'OAI. En particulier, elle conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr J. \_\_\_\_\_. Elle produit également deux rapports médicaux du Dr L. \_\_\_\_\_, actuel psychiatre traitant, et de la Dre M. \_\_\_\_\_ médecin interniste traitante.

Le 25 janvier 2024, elle s'acquitte de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

Dans ses observations du 8 mars 2024, l'OAI propose le rejet du recours, en confirmant la valeur probante de l'expertise médicale contestée.

Dans leurs dupliques du 15 juillet, respectivement du 20 août 2024, la recourante et l'OAI campent sur leurs positions.

Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants en droit du présent arrêt, dans lesquels seront notamment examinés leurs moyens de preuve.

## en droit

1.

### *Recevabilité*

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

2.

### *Droit applicable*

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363).

2.1. De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

2.2. S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. c) énoncent que les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable.

En l'espèce, le droit à la rente est né le 1<sup>er</sup> mars 2013 et la recourante était âgée de 58 ans le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Par conséquent, l'ancien droit est applicable.

3.

### *Notion d'invalidité*

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

3.2. 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 et applicable au cas d'espèce), l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'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 (art. 28 al. 2 LAI).

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celles-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

Le taux d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale. Il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418).

3.3. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale.

3.4. En vertu de l'art. 7 al. 2 LPGA, les facteurs extra-médicaux (p.ex. des facteurs psychosociaux et socioculturels) ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent et objectivable 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 extra-médicaux apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé équivaut à une maladie (ATF 127 V 294 consid. 5a ; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

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, par exemple au plan psychiatrique, tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive (comme, par exemple, une « dysthymie », ATF 143 V 418 consid. 8.1 et références). En définitive, une atteinte 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).

4.

#### *Révision de la rente*

4.1. Selon l'art. 17 al. 1 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.

Aux termes de l'art. 88a al. 2, 1<sup>ère</sup> phr. RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Dans le cadre d'une révision comme d'une nouvelle demande, c'est la dernière décision entrée en force 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 71 consid. 3.2).

4.2. 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 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 ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (arrêts TF 8C\_671/2020 du 14 avril 2021 consid. 3.1; 8C\_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1 et les références citées).

4.3. Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêt TF 8C\_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1 et la référence citée).

5.

#### *Atteinte à la santé psychique*

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 2<sup>ème</sup> 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).

6.

#### *Obligation de réduire le dommage*

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle 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. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, 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 (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). 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 pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts TF I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n°1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p.274).

Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'une personne raisonnable prendrait dans la même situation si elle ne pouvait attendre aucune indemnisation de la part de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Conformément au principe de la proportionnalité, il convient de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (arrêt TF 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.3; ATF 113 V 22 consid. 4d; HÜRZELER, Prävention im Haftpflicht- und sozialversicherungsrecht, in Prävention im Recht, 2007, p. 172 ss).

7.

#### *Appréciation des preuves*

Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418).

Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche

du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

7.1. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

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 143 V 124, consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157).

7.2. 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). 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). 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 consid. 3.2).

7.3. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1<sup>ère</sup> 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 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 LPGA) 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).

8.

#### *Objet du litige*

Est en l'espèce litigieux, dans le cadre d'une révision de rente, le taux d'incapacité de travail de la recourante. Il s'agit plus particulièrement d'examiner si elle a recouvré une capacité de travail, cas échéant dans quelle mesure, depuis la décision du 22 mars 2016 lui reconnaissant le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2013 sur la base d'une incapacité totale de travail.

La recourante conteste en particulier la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr J.\_\_\_\_\_, qui serait à son avis entachée d'incohérences, d'erreurs et de contradictions internes, ainsi que d'un certain mépris envers sa personne.

De son côté, l'OAI rejette les arguments de la recourante et confirme les conclusions expertales.

Qu'en est-il ?

#### *8.1. Première expertise psychiatrique et octroi d'une rente*

La première expertise psychiatrique, établie par le Dr G.\_\_\_\_\_ et datée du 18 février 2016, a posé le double diagnostic de "*Trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, de gravité actuelle légère F32.5 (296.25)*" et de "*Personnalité borderline, décompensée F60.31 (301.83) traits perfectionnistes*".

L'expert-psychiatre a conclu à une incapacité totale de travail à partir du 6 mars 2013.

L'expertise a fait également état d'un traitement antidépresseur à base de *Citalopram* (= médicament antidépresseur) à raison de 30 à 40 mg/jour à l'époque de l'expertise.

L'expert a aussi estimé utile une réévaluation de l'état psychique de la recourante après une année environ, afin de déterminer l'évolution de l'atteinte à la santé ainsi que, en cas d'amélioration, les possibilités de reprise d'une activité lucrative à temps partiel.

La valeur probante de cette première expertise n'a jamais été remise en question par les parties à la présente procédure.

Par décision du 22 mars 2016, l'OAI a octroyé à la recourante une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2013. En parallèle à l'octroi de la rente, l'OAI l'a sommée de suivre un traitement psychiatrique en application de l'obligation de réduire le dommage.

#### 8.2. *Maintien d'une invalidité totale*

Dans son rapport médical intermédiaire du 11 juillet 2017, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre traitant, a présenté une situation médicale qui s'était aggravée, tout en n'excluant pas *a priori* une réinsertion professionnelle.

Le psychiatre traitant a confirmé cette même situation aggravée dans son rapport intermédiaire du 30 novembre 2018.

Par décisions du 2 octobre 2017 et du 11 janvier 2019, l'OAI a renoncé à une réinsertion professionnelle et a confirmé la rente entière.

#### 8.3. *Amélioration possible de l'état de santé*

Dans son rapport médical intermédiaire du 25 mars 2021 (Dossier AI, p. 606 ss), le Dr I.\_\_\_\_\_, nouveau psychiatre traitant, a fait état d'une situation générale en forte amélioration et il s'est prononcé de manière favorable à un parcours de réadaptation. Selon ses constatations, la recourante serait "*euthymique*" et ne présenterait aucune limitation fonctionnelle.

Ledit rapport médical fait également état d'un dosage de *Citalopram* de 20mg/jour seulement.

Dans ce cadre, la Dre N.\_\_\_\_\_, médecine généraliste traitante, a également produit un rapport daté du 11 mars 2021. Son pronostic étant "*mauvais*", elle a conclu au maintien de l'incapacité totale de travail.

Ce rapport fait état d'une posologie de *Citalopram* à hauteur de 40mg/jour.

Le 2 juin 2021, le Dr O.\_\_\_\_\_ du SMR, sur la base du rapport du Dr I.\_\_\_\_\_, a proposé la mise en place d'une nouvelle expertise, confiée aux soins du Dr J.\_\_\_\_\_, expert-psychiatre.

#### 8.4. *Nouvelle expertise psychiatrique*

Dans son rapport d'expertise du 23 novembre 2021, le Dr J.\_\_\_\_\_ a entièrement confirmé le diagnostic posé par la première expertise. Une posologie de 40mg/jour de *Citalopram* est également attestée.

La différence entre les deux expertises réside dans l'appréciation du caractère compensé du trouble de la personnalité "*Borderline*" et de la rémission de la dépression.

Selon le Dr J.\_\_\_\_\_, le trouble dépressif récurrent serait "*actuellement en rémission complète et cela en tout cas depuis octobre 2021 où l'assurée célèbre son 3<sup>ème</sup> mariage après un divorce*

*conflictuel*" (rapport d'expertise, p. 36), alors qu'il n'était qu'en rémission partielle lors de la première expertise. Par conséquent, l'expert exclut toute influence de ce trouble sur la capacité de travail.

Quant au trouble de la personnalité, selon l'opinion de l'expert, il serait "*actuellement compensé surtout en ce qui concerne la composante impulsive et auto-agressive ainsi que la composante d'instabilité des relations interpersonnelles et de l'image de soi*" (rapport d'expertise, p. 35). La compensation du trouble "*Borderline*" permettrait selon l'expert de réévaluer la capacité de travail de la recourante à la hausse, en arrivant à une capacité de 50% dans l'activité habituelle.

#### 8.5. *Mesures de réinsertion*

Malgré quelques réserves, l'expertise psychiatrique du Dr J. \_\_\_\_\_ a été validée par le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR le 10 décembre 2021.

Etant donné l'âge de la recourante, l'OAI lui a proposé d'effectuer des mesures de réinsertion professionnelle auprès du centre P. \_\_\_\_\_ avant de réduire la rente en fonction des conclusions expertales.

Après un refus initial et quelques changements d'avis, la recourante a accepté, le 14 octobre 2022, la mesure de réinsertion. Cette dernière devait se dérouler du 13 février au 16 juin 2023. Le taux de travail était censé commencer à 30% et monter progressivement à 50%.

Lors d'un premier bilan de réinsertion du 19 avril 2023, l'OAI a constaté que la mesure n'avait pas fonctionné et que la recourante souffrait d'une fatigabilité importante, d'une difficulté à se concentrer et d'une aptitude au travail inexistante. Cette évaluation a été confirmée par le rapport final du 24 avril 2023, qui a constaté définitivement l'échec de la mesure.

Sur demande de l'OAI à la suite dudit échec, le Dr J. \_\_\_\_\_ a rédigé un complément d'expertise (sans examen clinique) daté du 11 septembre 2023.

L'expert a estimé que l'échec de la mesure de réinsertion était dû à des facteurs extra-médicaux dont en particulier le manque de volonté de la recourante.

Dans cette période précédente au litige, le Dr Q. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant entre février et juillet 2022, a produit un certificat daté du 8 mars 2022 où il atteste un suivi avec la recourante "*pour une fatigue et un déconditionnement professionnel*" (Dossier AI, p. 727). Ledit psychiatre traitant atteste une incapacité de travail de 80% avec un espoir d'atteindre le 50% dans une activité adaptée.

## 9.

### *Discussion sur la valeur probante du rapport médical du Dr I. \_\_\_\_\_*

Le rapport médical intermédiaire du 25 mars 2021 du Dr I. \_\_\_\_\_ (voir ci-dessus consid. 8.3), qui a conduit l'OAI à diligenter l'expertise psychiatrique contestée par la recourante dans le cadre de la procédure de révision de rente qui fait l'objet du présent litige, est la seule pièce médicale du dossier – hormis l'expertise litigieuse proprement dite – attestant le recouvrement d'une capacité de travail.

Il sied d'en évaluer la valeur probante.

9.1. Le rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ présente la particularité de ne jamais mentionner l'un des deux diagnostics centraux retenus unanimement par les autres médecins, à savoir le trouble de la

personnalité "Borderline". Le psychiatre traitant s'est limité à proposer un diagnostic de "trouble dépressif F33.0" et à mentionner des antécédents d'"épisodes dépressifs à répétition".

Cette omission impacte négativement sur la force probante du rapport médical en question.

9.2. Ce rapport entre également en contradiction avec le rapport de la Dre N. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante, du 11 mars 2021, qui fait état d'une situation beaucoup moins favorable.

La Dre N. \_\_\_\_\_, en soutenant que le pronostic était "*mauvais*", a en effet conclu, de manière diamétralement opposée au Dr I. \_\_\_\_\_, au maintien de l'incapacité totale de travail.

9.3. Par ailleurs, les deux rapports entrent également en contradiction lorsqu'il s'agit de déterminer la posologie d'antidépresseurs de l'époque. La Dre N. \_\_\_\_\_ rapportait en effet un dosage de 40mg/jour de *Citalopram*, soit le dosage maximal conseillé, qui est incompatible avec les 20mg/jour mentionnés par le Dr I. \_\_\_\_\_.

La posologie retenue par ce dernier est également en contradiction avec le rapport d'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_, expert-psychiatre, qui a supposé que le traitement antidépresseur était prescrit par la Dre N. \_\_\_\_\_ (rapport d'expertise, p. 34), dont on peut penser qu'elle devait être mieux informée que son confrère psychiatre sur la posologie du traitement.

9.4. Le rapport en question suscite également des doutes quant à son anamnèse.

En particulier, le Dr I. \_\_\_\_\_ écrit que "*la patiente a travaillé pendant des années dans une grande entreprise multinationale et elle a arrêté son travail à cause d'un cancer traité actuellement*".

La lecture de cette phrase pourrait laisser croire que la recourante a travaillé de manière stable dans une grande entreprise pendant plusieurs années. Or, la particularité de son parcours est qu'elle a travaillé dans une quinzaine d'entreprises différentes sur des périodes extrêmement courtes. Son parcours de vie, marqué par l'instabilité, ne coïncide pas, de manière évidente, avec les mots utilisés par ce psychiatre.

Ces imprécisions, doublées de l'omission du diagnostic du trouble de la personnalité, réduisent sensiblement la valeur probante du rapport médical en question.

9.5. Au demeurant, le rapport SMR du 2 juin 2021 du Dr O. \_\_\_\_\_ est largement fondé sur le rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ et ne fait qu'entériner les erreurs et les imprécisions décrites ci-dessus.

Ainsi, l'omission du diagnostic "Borderline" dans le rapport a été interprétée par le Dr O. \_\_\_\_\_ comme un signe de guérison : "*Ceci tend au moins à prouver que la personnalité n'est plus "décompensée", si tant est qu'un trouble de la personnalité au sens strict des critères de la CIM-10 ait jamais existé*" (Dossier AI, p. 612), alors qu'aucun élément médical ne plaidait en ce sens.

Par ailleurs, le Dr O. \_\_\_\_\_ n'a nullement mentionné le rapport de la Dre N. \_\_\_\_\_.

10.

*Discussion sur la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr J. \_\_\_\_\_*

Il convient ensuite d'examiner la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr J. \_\_\_\_\_, ainsi que son complément.

Les considérations de l'expert-psychiatre présentent plusieurs éléments propres, là encore, à en affaiblir la valeur probante.

#### 10.1. Anamnèse

10.1.1. Premièrement, de l'avis de la Cour, l'expert a donné trop de poids au rapport du Dr I.\_\_\_\_\_. Le Dr J.\_\_\_\_\_ reprend en effet systématiquement les mêmes mots que ledit psychiatre.

Ainsi, lorsqu'il affirme que les plaintes subjectives de la recourante sont en décalage avec les observations objectives, il reprend le terme "*euthymique*", utilisé par le Dr I.\_\_\_\_\_ pour fonder la rémission du "*Trouble dépressif*" (rapport d'expertise, p. 3, 26, 27 et 33). Cependant, le caractère "*euthymique*" de la recourante n'est nullement argumenté dans l'expertise; il est repris tel quel du rapport du Dr I.\_\_\_\_\_, parfois même entre parenthèses.

L'expert répète également à plusieurs reprises que la recourante n'aurait pas de limitations fonctionnelles (rapport d'expertise, p. 3, 27 et 37). La seule fois où il se prononce directement sur la question de la présence de limitations fonctionnelles, c'est pour reconnaître la présence des "*limitations fonctionnelles typiques des troubles borderline*" (rapport d'expertise, p. 35). Dans le reste du rapport d'expertise, il en minimise – voire il en exclut – la présence.

Ces éléments portent à croire que le rapport du Dr I.\_\_\_\_\_ a influencé de manière prépondérante l'anamnèse expertale.

Le choix du Dr J.\_\_\_\_\_ de ne pas contacter ledit psychiatre, auteur du seul certificat allant dans le sens d'une reprise de la capacité de travail, ne se comprend par ailleurs pas.

Il aurait en effet fallu discuter du dossier avec le Dr I.\_\_\_\_\_.

Le Dr J.\_\_\_\_\_ indique à cet égard que "*nous avons décidé de ne pas contacter le Dr I.\_\_\_\_\_, dernier psychiatre ayant suivi l'assurée, d'abord parce que le suivi a été interrompu depuis quelques mois et aussi car le tableau clinique constaté lors de l'entretien d'expertise était clair et compatible avec une rémission complète de l'épisode dépressif et une compensation du trouble de la personnalité*" (rapport d'expertise, p. 35).

L'argument de la compatibilité entre les deux tableaux cliniques ne peut toutefois être suivi. En effet, le rapport du Dr I.\_\_\_\_\_ ne mentionne aucune compensation du trouble "*Borderline*", omettant tout au contraire le diagnostic, comme il a déjà été dit.

Il est ainsi constaté que le Dr J.\_\_\_\_\_ est parti du principe que le Dr I.\_\_\_\_\_ devait partager son point de vue. Dans ce sens, l'expertise se réfère systématiquement aux avis du psychiatre traitant tout en spéculant sur le contenu réel de son appréciation médicale.

10.1.2. Si le rapport du Dr I.\_\_\_\_\_ a joué un rôle prépondérant dans l'expertise, la Cour relève que les autres pièces médicales ont été écartées par le Dr J.\_\_\_\_\_, qui présente son opinion comme si elle était largement partagée par tous les médecins traitants, ce qui n'est pas le cas.

Cela est particulièrement flagrant dans le complément d'expertise du 11 septembre 2023, où l'expert écrit "*Néanmoins, il faut le dire, semble qu'elle se soit habituée à son statut de rentière à 100% et se bat avec toutes ses forces pour maintenir le statu quo, bien si plusieurs des psychiatres qu'elle a consulté soient d'avis différents, attestant une capacité de travail théorique parfois même supérieure*

à celle indiquée par le soussigné (ce n'est pas pour rien que ponctuellement tout suivi psychiatrique est arrêté par l'assurée, qui relate ne se sentir jamais comprise par les différents spécialistes)" (Dossier AI, p. 873).

La mention de "*plusieurs psychiatres*" qui attesteraient une capacité de travail ne correspond pas aux éléments du dossier, dont il ressort que seul le Dr I. \_\_\_\_\_ et le Dr J. \_\_\_\_\_ lui-même ont retenu l'existence d'une capacité de travail.

Lorsqu'il suggère sa thèse de la conviction d'invalidité, l'expert soutient implicitement que le Dr G. \_\_\_\_\_ et le Dr H. \_\_\_\_\_ auraient été favorables à une reprise de l'activité lucrative et que leur avis aurait été fautivement ignoré par l'OAI.

Pour ce qui concerne le Dr G. \_\_\_\_\_, il est vrai qu'il a suggéré à la fin de son expertise qu'il "*serait utile de réévaluer l'état psychique de l'expertisée dans une année environ*" (rapport d'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_, p. 36). Cette proposition a toutefois été formulée pour l'avenir, à l'issue d'une expertise retenant en l'état une absence totale de capacité de travail.

Contrairement aux dires du Dr J. \_\_\_\_\_, l'état psychique de la recourante a été réévalué une année environ plus tard par le Dr H. \_\_\_\_\_. Ledit psychiatre a fait état d'une situation très difficile sur le plan psychique, avec notamment une augmentation du dosage des antidépresseurs, qui étaient passés à un dosage de 80 mg/jour de *Citalopram* (soit le double de la dose maximale recommandée). Cette situation aggravée était en particulier liée à une profonde crise de couple avec le précédent mari de la recourante, qui souffrait d'un "*Trouble bipolaire*" (Dossier AI, p. 547 s.).

Le Dr H. \_\_\_\_\_ était dubitatif au sujet d'une reprise d'activité lucrative et il a écrit que "*Personnellement je pense que l'exigence d'une nouvelle tentative de réinsertion professionnelle n'est pas contre-indiquée et pourrait peut-être la décentrer de ses problèmes personnels conjugaux. Cependant, vu l'état psychique actuel de l'assurée qui est complètement stressée et souvent franchement déprimée par ses problèmes de couple, une telle mesure risquerait bien de se solder par une aggravation de sa dépression. Je ne puis formuler de recommandation formelle sur ce plan*".

Le psychiatre n'a donc pas formellement recommandé une réinsertion. Il a au contraire mis en garde contre un risque d'aggravation ultérieur de l'état psychique fragilisé. Aucune mesure professionnelle n'a ainsi finalement été effectuée.

L'expert ne pouvait ainsi interpréter les avis de ces deux médecins comme un feu vert à la reprise d'une activité lucrative. Pourtant, il a écrit que "*ledit épisode [dépressif] – du moins selon les dires du 1<sup>er</sup> psychiatre ayant suivi l'assurée, le Dr H. \_\_\_\_\_ — était entretenu par des problèmes de couple comme nous pouvons le lire dans son rapport médical daté du 10.07.2017, dans lequel il conseillait de convoquer l'assurée dans le service de réinsertion de l'OAI en sorte à pouvoir la ramener à la réalité de son avenir professionnel et financier ce qui pourrait peut-être la décentrer de ses problèmes personnels et conjugaux. Mais, étonnamment, cette suggestion n'a pas été suivie à l'époque, comme n'a pas été suivie la suggestion de l'expert (Dr G. \_\_\_\_\_) qui avait suggéré de revoir la situation une année après l'entretien d'expertise*" (rapport d'expertise, p. 36). Cette lecture ne correspond ainsi pas à la teneur même des rapports mentionnés.

Il reste encore le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 8 mars 2022, qui fait état d'une capacité de travail de 20% dans "*tout travail standard*" et de 50% dans une éventuelle activité adaptée (Dossier AI, p. 727).

Ledit rapport, qui a été rédigé à peine un mois après la première séance de psychothérapie ayant eu lieu le 7 février 2022 (Dossier AI, p. 727), n'a été mentionné ni par l'expert, ni par le SMR, ni par l'OAI, ni même par la recourante. Ces omissions sont probablement dues à la faible valeur probante dudit rapport, qui ne mentionne aucun des diagnostics retenus dans la présente affaire et qui fait état au contraire d'un suivi "*pour une fatigue et un déconditionnement professionnel, qui fait suite à son cancer*" (Dossier AI, p. 727). Il n'a par conséquent pas lieu de prendre en compte cet avis médical.

Quoi qu'il en soit, vu ce qui précède, il sied de constater que l'anamnèse sur laquelle se fonde l'expert n'est pas suffisamment établie.

## 10.2. Compensation du trouble

Pour ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail, la clé de voûte du raisonnement médical de l'expert réside dans le caractère compensé du trouble "*Borderline*".

Il n'est nullement contesté que le trouble "*Borderline*" était décompensé lors de l'expertise, conduite par le Dr G. \_\_\_\_\_, qui a conduit à la décision initiale d'octroi de rente. Selon le Dr J. \_\_\_\_\_, le trouble serait désormais compensé. Par conséquent, la recourante aurait retrouvé une capacité de travail à hauteur de 50%.

Cette thèse n'est, là encore, pas suffisamment argumentée par l'expert.

### 10.2.1. Premièrement, les ressources de la recourante semblent avoir été surestimées.

Selon l'expert, le nouveau mariage, la foi religieuse et les compétences professionnelles seraient des ressources susceptibles de compenser le trouble.

Pour ce qui concerne le nouveau mariage, l'expert ne fournit aucune argumentation susceptible de démontrer en quoi, contrairement aux mariages précédents, il serait un facteur de stabilité.

Quant à la foi religieuse, les considérations expertales sont évolutives (rapport d'expertise, p. 43 s.). L'expert attribue en effet d'abord un caractère passionnel et instable à la foi de la recourante, pour ensuite proposer des considérations allant dans le sens d'un caractère stabilisateur.

L'expert-psychiatre soutient également que la recourante aurait des importantes ressources sur le plan professionnel. À son avis, "*Si ici nous parlons de ressources, nous pouvons considérer que Madame en a vraiment à profusion, surtout au niveau cognitif et au niveau du caractère, capacité d'adaptation et capacité professionnelle. Ce n'est pas pour rien qu'elle a pu avoir une brillante carrière professionnelle malgré la présence d'un trouble de la personnalité borderline depuis le début de l'âge adulte*" (rapport d'expertise, p. 37).

Or, la recourante a travaillé dans une quinzaine d'entreprises différentes entre 1984 et 2014. Elle a changé d'employeur presque chaque année, et plusieurs de ces emplois n'ont duré que quelques mois. Dès lors, plus que d'une "*brillante carrière professionnelle*", nous sommes ici davantage en présence d'un parcours de vie marqué par l'instabilité, élément typique du trouble de la personnalité diagnostiqué à l'époque chez la recourante.

Par conséquent, la carrière professionnelle de la recourante ne saurait, à elle seule et sans une argumentation plus développée, attester de ressources.

10.2.2. L'appréciation du Dr J. \_\_\_\_\_ sort, par ailleurs, parfois du champ médical.

C'est le cas lorsqu'il dit que *"nous savons pertinemment qu'un « simple trouble de la personnalité » - d'autant plus qu'il est actuellement compensé — ne sera jamais responsable d'une incapacité de travail définitive totale au sens de la LAI"* (rapport d'expertise, p. 37). Cette appréciation juridique dépasse le cadre des questions qui lui avaient été posées.

On peut à tout le moins se demander si l'appréciation d'un expert partant de l'idée que le trouble en présence ne saurait jamais donner lieu à une rente entière n'est pas biaisée dès le départ.

### 10.3. *Échec des mesures de réinsertion*

La thèse expertale de la compensation du trouble entre aussi en contradiction avec l'échec des mesures de réinsertion.

10.3.1. Des mesures entreprises auprès de D. \_\_\_\_\_ en 2015 avaient déjà échoué.

On lit dans un rapport de D. \_\_\_\_\_ du 30 juin 2015 que *"L'objectif de la mesure n'est pas atteint. Après une précédente mesure MR-Endurance, il s'agissait de stabiliser les 4h/jour qui n'ont été atteintes que tardivement. Depuis son retour, après son intervention chirurgicale avec narcose complète le 19 mars 2015, l'assurée ne semble jamais avoir retrouvé une réelle stabilité de sa santé, ni physique (fatigue et épuisement), ni psychique (angoisses et hésitations pour son avenir professionnel). L'épuisement physique l'a obligé à maintes reprises à faire les trajets en véhicule alors qu'auparavant elle avait réussi à venir à D. \_\_\_\_\_ en transports publics. La situation s'est également péjorée au niveau des activités exercées par Madame. Durant l'actuelle mesure, elle a essentiellement exécuté des tâches occupationnelles (tricot/dessin) et elle a utilisé plus fréquemment la salle de repos"* (Dossier AI, p. 421). Dans le bilan du 23 juin 2015 à D. \_\_\_\_\_, de manière analogue, le responsable de la mesure avait constaté que *"l'état de santé de Madame ne semble pas stabilisé. Elle est extrêmement fatiguée, elle passe beaucoup de temps à la salle de repos quand elle vient à D. \_\_\_\_\_, parfois même elle s'endort sur sa place de travail. Il constate qu'il n'y a plus du tout de progression, même cela va beaucoup moins bien que lors de la mesure endurance. Quand elle vient, elle fait plus acte de présence, il n'y a absolument aucun rendement"* (dossier AI, p. 402).

On constate donc un épuisement tant physique que psychique de la recourante, qui avait arrêté de répondre aux stimulations et qui arrivait même à s'endormir sur sa place de travail. Ces éléments avaient conduit l'OAI à diligenter la première expertise psychiatrique, sur la base de laquelle une rente entière avait été allouée.

Ces constatations ressemblent fortement aux problèmes survenus lors de la mesure de réinsertion de 2023 auprès du centre P. \_\_\_\_\_, dans le cadre de la procédure de révision du droit à la rente.

On lit en particulier dans le bilan du 19 avril 2023 que *"Son aptitude à travailler dans l'économie est nulle non en raison d'aspects cognitifs, mais des ressources manquantes tant sur le plan physique que psychique. Elle n'a pas de ressources pour se projeter sur le 1<sup>er</sup> marché de l'économie"* (Dossier AI, p. 847). Ce bilan fait en particulier mention d'un état d'épuisement. On lit notamment que *"Lors de l'augmentation du temps de travail, Mme a dû faire des pauses. Elles étaient de 2, à chaque heure, pour un temps de récupération de 15 min, sous forme de vraies siestes, de vrai sommeil"* et que *"Ses capacités physiques et psychiques sont très faibles"* (Dossier AI, p. 847). Dans le rapport final du 24 avril 2023, de manière analogue, l'OAI constate qu'il *"ressort clairement que l'assurée ne*



*présente pas de ressources suffisantes pour pouvoir envisager une activité sur le 1<sup>er</sup> marché de l'économie. Ce ne sont pas les aspects cognitifs qui sont mis en cause, mais les ressources manquent tant sur le plan physique que psychique"* (Dossier AI, p. 851).

Dans son complément d'expertise du 11 septembre 2023, l'expert reprend malgré cela ses recommandations de mettre en place une mesure de réinsertion progressive "*dans un cadre plutôt social*", ce qui semble pourtant avoir été fait, sans succès malheureusement.

10.3.2. Toujours dans ce complément d'expertise, le Dr J. \_\_\_\_\_ soutient, en contradiction avec les faits établis ci-dessus, que "*l'échec des mesures est clairement lié à des facteurs étrangers, tels que déconditionnement, âge proche de la retraite mais surtout le manque de volonté de la part de l'assurée de sortir de sa zone de confort représentée par son statut de rentière à 100%*" (Dossier AI, p. 874). Il laisse par conséquent entendre que la recourante serait réfractaire aux mesures.

L'absence de bonne volonté de la recourante n'est toutefois nullement établie. Au contraire, plusieurs éléments du dossier plaident pour la thèse inverse. Dans un courriel daté du 5 juillet 2022, avant même d'accepter les mesures de réinsertion, la recourante a communiqué à l'OAI avoir déjà envoyé plusieurs postulations, et ce non seulement pour des postes administratifs mais également pour un poste d'animatrice dans un EMS et pour celui de caissière dans un supermarché. Ces démarches – nullement discutées ou prises en compte par l'expert – tendent à infirmer la thèse de la "*rentière à 100%*" qui "*se bat avec toutes ses forces pour maintenir le statu quo*".

#### 10.4. Conviction d'invalidé

L'expert fait état d'un important décalage entre les plaintes subjectives de la recourante et les éléments objectifs du dossier. Il écrit en effet que "*Il s'agit ici, encore une fois, d'une énième exemple de décalage entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, non dans le sens d'une simulation ou d'une amplification des symptômes pour obtenir un gain secondaire ou primaire, mais plutôt dans le sens d'une situation qui aurait pu se résoudre rapidement avec une prise en charge médico-sociale efficace et performante autre que celle de laquelle l'assurée a malheureusement bénéficié, au moins jusqu'à fin 2019, prise en charge qui – bien évidemment – n'a fait que pérenniser un état de mal être subjectivement perçu mais pas réellement objectivé de manière flagrante, au moins par le dernier psychiatre de l'assurée ainsi que par le soussigné*" (rapport d'expertise, p. 36).

L'expert suggère ici que la recourante, confortée par l'octroi d'une rente entière pendant plusieurs années, aurait développé une conviction d'invalidité. À son avis, le dossier serait au contraire dominé par les facteurs extra-médicaux.

La thèse d'une posture d'invalidé ne saurait toutefois être suivie.

Il sied ici de rappeler que la première expertise a été diligentée à la suite de l'échec des mesures de réinsertion professionnelle au centre D. \_\_\_\_\_. Cet échec a été constaté par un rapport final du 30 juin 2015 (cf. dossier AI, p. 418 ss). Lors de cette première expertise, la recourante, qui n'avait jamais eu de véritable suivi psychiatrique auparavant, s'est vu diagnostiquer son trouble de la personnalité "*Borderline*".

Cet enchaînement des événements ne coïncide pas avec une posture d'invalidé.

Les certificats médicaux intermédiaires du Dr H. \_\_\_\_\_ du 11 juillet 2017 et du 30 novembre 2018 attestent au contraire d'une situation aggravée par rapport à la première expertise.

Si l'expert sous-entendait que la posture d'invalidé s'était développée par la suite et que la recourante se serait pour l'essentiel habituée à son "*statut de rentière à 100%*", il aurait certainement dû argumenter ce point de manière spécifique et plus développée. En effet, le trouble dont souffre la recourante étant plutôt générateur d'instabilité et de changement continu, la thèse selon laquelle elle serait soudainement devenue fermée au changement, voire même paresseuse, paraît d'emblée plutôt faible.

Sur ce point également, il apparaît que l'expert, s'appuyant de façon excessive sur les constats du Dr I.\_\_\_\_\_, a retenu une version des faits qui ne correspond pas à la réalité objective ressortant des autres éléments du dossier.

11.

#### *Discussion sur les éléments médicaux ultérieurs*

Contrairement à l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, tous les autres éléments du dossier plaident en faveur d'investigations supplémentaires.

Outre les rapports de P.\_\_\_\_\_ mentionnés plus haut, plusieurs certificats médicaux font état d'une situation beaucoup moins claire que celle décrite par l'expert.

En particulier, la recourante a produit deux rapports médicaux de ses médecins traitants actuels.

Le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, daté du 31 octobre 2023, fait état d'une incapacité de travail de l'ordre de 80 à 100%. En particulier, le psychiatre traitant affirme que "*La capacité de travailler à long terme est beaucoup plus altérée que les 50% reconnus, de l'ordre de 80 à 100%, compte tenu des limitations fonctionnelles qui se sont clairement manifestées ce printemps dans un contexte pourtant de réinsertion bienveillant et très peu exigeant (instabilité émotionnelle et intolérance au stress et à la frustration ou aux situations d'abandon et de risque d'échec, avec risque accru dans ces situations de décompensation du trouble de la personnalité)*".

À son avis, l'échec des mesures de réinsertion est donc dû à l'état de santé psychique de la recourante et non à son manque de volonté.

Pour ce qui concerne le rapport de la Dre M.\_\_\_\_\_, il fait état d'une fatigabilité importante qui serait liée, aux dires de ladite médecin traitante, au traitement du cancer.

L'ensemble de ces éléments, dans le contexte du présent dossier, porte à croire que la capacité de travail de la recourante, même envisagée sous un angle médico-théorique, n'est pas suffisamment établie en l'état.

12.

#### *Conclusion, frais et indemnité*

12.1. Il ressort de ce qui précède qu'une amélioration de la capacité de travail de la recourante par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision d'octroi de rente initiale n'est pas suffisamment établie et qu'un complément d'instruction à cet égard est nécessaire.

Par conséquent, le recours s'avère bien fondé dans ses conclusions subsidiaires.

Le recours est ainsi admis dans ce sens, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction, à tout le moins sur le plan psychique.

Étant donné l'âge de la recourante et le fait qu'elle a été également atteinte d'un cancer, il incombe à l'OAI de déterminer l'opportunité ainsi que les modalités de dite instruction complémentaire.

12.2. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Dans le même temps, l'avance de frais versée par la recourante lui est restituée.

12.3. La recourante a eu gain de cause et a ainsi droit à une indemnité de partie. Son mandataire a été invité à produire sa liste de frais détaillée en date du 13 mars 2024, mais n'a cependant pas donné suite à cette invitation.

Partant, l'indemnité est fixée, *ex aequo bono*, sur la base des interventions produites et des opérations strictement nécessaires à effectuer dans cette affaire, à CHF 2'500.-, frais et débours compris, auxquels s'ajoute une TVA de 7.7% sur la moitié des opérations, effectuées en 2023 (= CHF 96.25), et de 8.1% sur l'autre moitié des opérations, effectuées en 2024 (= CHF 101.25.)

Au final, c'est une indemnité de partie de CHF 2'697.50 qui est octroyée.

Elle est mise à la charge de l'OAI.

*(dispositif en page suivante)*

## la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision du 16 octobre 2023 est annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour une instruction complémentaire, à tout le moins sur le plan psychique.

II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge de l'OAI.

L'avance de frais de CHF 800.- est restituée à la recourante.

III. Une indemnité de partie de 2'697.50 (TVA pour CHF 96.25 + 101.25 comprise) est allouée à la recourante et sera versée directement en mains de son mandataire, Me Olivier Carré.

Elle est mise à la charge de l'OAI.

IV. 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 17 septembre 2024/fmo

Le Président

Le Greffier-stagiaire