

FR_GERICHTE 605 2018 252 vom 18. März 2020

FR Kantonsgericht, 2020-03-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_252

FR: FR_GERICHTE 605 2018 252 du 18 mars 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2018 252 del 18 marzo 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 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.

E. 2

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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

E. 2.1

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; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées ; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

E. 2.2

En outre, 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). Tribunal cantonal TC Page 4 de 19

E. 3

D'après une jurisprudence constante, 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. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque 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 (lit. a); qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b); enfin, lorsque, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (lit. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

E. 4

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).

E. 4.1

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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311 ; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien

son contenu (ATF 122 V 157 et références citées).

E. 4.2

Ainsi, le juge apprécie en principe librement une expertise et n'est pas lié par les conclusions de l'expert. Toutefois, il ne peut s'en écarter que lorsque des circonstances ou des indices importants et bien établis en ébranlent sérieusement la crédibilité; il est alors tenu de Tribunal cantonal TC Page 5 de 19 motiver sa décision de ne pas suivre le rapport d'expertise (ATF 138 III 193 consid. 4.3.1 ; ATF 142 IV 49 consid. 2.1.3). A cet égard, selon la jurisprudence, 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). L'on ne saurait ainsi 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).

E. 4.3

Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 5

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.

E. 5.1

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; 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 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; cf. également ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b).

E. 5.2

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 p. 114 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; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

E. 6

Est litigieux le refus de l'OAI d'augmenter la demi-rente. Tribunal cantonal TC Page 6 de 19
Il convient de revenir sur le parcours médical de la recourante afin de voir si et comment son état de santé a pu évoluer depuis lors.

E. 6.1

Première demande (janvier 2010) A. _____, née en 1974 au Portugal, divorcée, sans formation professionnelle, arrivée en Suisse en 2003, a travaillé comme employée de nettoyage à son arrivée en Suisse en 2003, avant d'être licenciée en 2007 suite à plusieurs périodes d'incapacité de travail de plus ou moins longue durée. Elle a ensuite repris une activité professionnelle durant environ un an avant d'être licenciée au 30 juin 2009 en raison de la cessation d'activité de ce nouvel employeur et s'est alors inscrite au chômage. Cette période a été entrecoupée de plusieurs périodes d'incapacité de travail de plus ou moins longue durée (p-v d'entretien du 23 février 2010, dossier AI, pièce 15). Le 22 janvier 2010, elle a déposé une demande de prestations AI en raison de troubles psychiques (dépression et tentatives de suicide ; dossier AI, pièce 3). Le contexte médical était alors le suivant : - Rapport du 8 juin 2007 du Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de l'Hôpital Universitaire et Polyclinique Psychiatrique (UPD), où l'assurée avait été hospitalisée à trois reprises au cours de l'année 2007, lorsqu'elle présentait un risque suicidaire, dans un contexte de séparation suite à une infidélité de son mari. Ce rapport posait les diagnostics de « Mittelgradige depressive Episode, mit somatischem Syndrom (F32.11) ; Trennung und Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (Z63.0); Akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge (Z73.1) » (dossier AI, pièce 20); - Rapport du 26 juillet 2007 du Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant dès le 14 mai 2007, qui confirmait les diagnostics retenus par le Dr C. _____, tout en attestant d'un « épisode dépressif sévère » avec « épisode aigu » le 27 mars 2007 (dossier AI, pièce 24, p. 142) ; - Certificat médical du 27 mars 2008 du Dr D. _____, mentionnant des « troubles dépressifs récurrents d'intensité sévère », « troubles anxieux importants » et « crises d'anxiété sévère avec des idées suicidaires importantes » et attestant d'une incapacité de travail totale pour ces troubles (dossier AI, pièce 24, p. 131) ; - Rapport du 22 février 2010 des Dr E. _____ et F. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant auprès du réseau fribourgeois de santé mentale, site de Marsens, suite à une hospitalisation volontaire en 2009, confirmant les diagnostics de « épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) ; difficultés liées à l'acculturation (Z 60.3) ; obésité ; migraines », ainsi qu'une médication antidépressive, somnifère et anxiolytique (Saroten 125 mg/j, Seroquel 150 mg/j, Imovane 7,5 mg ; dossier AI, pièce 28, p. 181 ss.) ; - Rapport du 17 mars 2010 du Dr D. _____, confirmant le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2) » et attestant d'une nouvelle incapacité de travail totale dès le 18 janvier 2010 (dossier AI, pièce 30, p. 188 ss.).

L'assurée avait repris une activité de vendeuse dans un magasin d'alimentation dès le 14 avril 2010 à 50% (dossier AI, pièce 47, p. 239), taux correspondant à la capacité de travail résiduelle Tribunal cantonal TC Page 7 de 19 selon le Dr D._____, qui avait confirmé dans un rapport du 15 juillet 2010 que la capacité résiduelle était limitée au taux de travail effectif de 50%, en raison d'une diminution de rendement équivalente (dossier AI, pièce 51, p. 251 s.). Malgré la motivation de l'assurée, la poursuite de cette activité n'avait cependant pas été possible en raison de la pression exercée par l'employeur, de sorte qu'une nouvelle incapacité de travail totale - limitée à cet emploi précis - avait été prononcée dès le 5 janvier 2011, en accord avec le chômage et l'OAI (dossier OAI, pièces 66-72), la capacité de travail résiduelle de 50% restant d'actualité à l'égard d'autres emplois potentiels (rapport du 13 janvier 2011 du Dr D._____, dossier OAI, pièce 73). L'assurée avait encore été hospitalisée en mars 2011 (certificat médical du 15 mars 2011, dossier OAI, pièce 79).

E. 6.2

Expertise psychiatrique et octroi d'une demi-rente Une expertise psychiatrique avait alors été mise en œuvre par l'OAI auprès du Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 8 août 2011, cet expert avait retenu le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) ». L'expert avait en effet considéré que « les symptômes d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne sont bien présents malgré un traitement psychiatrique adéquat et justifient une incapacité de travail à 50%, ceci au moins depuis le dépôt de la demande de prestations faite par l'assurée », celle-ci n'étant, de l'avis de l'expert, capable de s'adapter à son environnement professionnel seulement à hauteur de 50%, sans que des mesures de réadaptation professionnelles soient envisageables. Ce rapport mentionnait par ailleurs les résultats des dosages plasmiques effectués (antidépresseurs [Saroten, Amitriptyline, Nortriptyline et Seroquel] et tranquillisants [Imovane] ; dossier AI, pièce 97). Se fondant principalement sur les conclusions de cette expertise, l'OAI, par projet de décision du 23 août 2011, confirmé par décision formelle le 22 mai 2012, avait octroyé à l'assurée une demi-rente dès le 1er janvier 2011. Il avait en effet retenu que l'assurée disposait d'une capacité de travail résiduelle limitée à 50% dans une activité dans la production industrielle légère, susceptible de lui procurer un revenu statistique de CHF 26'428.75. Comparé au revenu statistique sans invalidité de CHF 52'857.45, il en découlait un degré d'invalidité de 50%, donnant droit à une demi-rente (dossier OAI, pièces 101-102 et 127).

E. 6.3

Reprise d'une activité professionnelle à 50% et confirmation de la demi-rente En parallèle, l'assurée avait bénéficié d'une aide au placement, ce qui lui avait permis d'obtenir un poste à l'essai en tant que vendeuse à 50% dès le 17 avril 2012 (dossier OAI, pièce 134), qui avait enfin débouché sur un contrat de travail de durée indéterminée à 50% dès le 1er août 2012 (dossier OAI, pièce 140). Le versement de la demi-rente, parallèlement à cet emploi à 50%, avait été confirmé le 20 août 2012 (dossier OAI, pièce 137). Dans le cadre d'une procédure de révision d'office initiée en octobre 2013, un rapport médical avait été demandé à la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, nouvelle psychiatre traitante dès le 31 janvier 2013, suite au décès du Dr D._____. Tribunal cantonal TC Page 8 de 19 Dans son rapport du 5 décembre 2013, celle-ci avait confirmé les diagnostics de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2) » et de « personnalité anxieuse (F 60.6) » et avait également retenu le diagnostic de « trouble dissociatif (F44) », tout en mentionnant plusieurs tentatives de suicide. Elle avait expliqué

que jusqu'à son mariage, l'assurée était « sociable, joyeuse, pleine de force, (...) travaillant beaucoup et réussissant à atteindre ses objectifs ». Son mari était toutefois « maltraitant psychologiquement, sexuellement et physiquement » et, suite au divorce, des mesures d'éloignement judiciaires avaient été prononcées. La Dresse G. _____ avait finalement confirmé qu'une activité professionnelle n'était « pas exigible d'un point de vue médical à 100%. Cependant, il est primordial pour Madame de pouvoir conserver une activité à 50%. Sans le poste actuel, il est probable que sa dépression serait aggravée ». Dans ce contexte, elle avait émis un pronostic « défavorable à moyen voire long terme » (dossier AI, pièce 157). Le droit à la demi-rente avait ainsi été confirmé le 30 janvier 2014 (dossier OAI, pièce 158).

E. 6.4

Nouvelle demande (septembre 2016) et refus d'entrée en matière (17 novembre 2016) Dès le 1er juin 2016, l'assurée s'est à nouveau trouvée en incapacité de travail totale. Dans un rapport du 4 août 2016 à l'attention de l'assureur perte de gain maladie, la Dresse G. _____ et H. _____, psychothérapeute déléguée, ont confirmé une incapacité de travail totale dès le 1er juin 2016, de durée indéterminée, en raison de « symptômes dépressifs et anxieux importants et invalidants qui se sont aggravés au cours du temps », confirmés par ses observations cliniques. Elles ont mentionné le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) ». Elles ont expliqué que « la pression de son travail aggravait les symptômes dépressifs et anxieux et affectaient tous les plans de la vie » de l'assurée, tout en soulignant la volonté qu'avait eue cette dernière de poursuivre son activité professionnelle. Elles ont formulé un pronostic « très réservé » en déclarant qu'une réinsertion professionnelle ne semblait actuellement pas judicieuse, l'état de santé psychique de leur patiente ne le permettant pas. Enfin, sur le plan somatique, elles ont également mentionné qu'un « diabète insulino-dépendant » avait été diagnostiqué en juillet 2016 (dossier OAI, pièce 159). Dans ce contexte, l'assurée a déposé une demande de révision le 28 septembre 2016, invoquant une aggravation de son état de santé et affirmant n'être « plus capable de travailler du tout » (dossier OAI, pièce 164). A l'appui de cette demande, la psychiatre et la psychothérapeute traitantes ont établi un nouveau rapport le 12 octobre 2016, attestant d'une « aggravation significative » de l'état de santé psychique de l'assurée dès le début de l'année 2016 : « d'une part sur le plan dépressif avec notamment des idées suicidaires importantes, une aboulie importante, un état de fatigabilité extrême, des ruminations anxieuses envahissantes, des insomnies, une gestion émotionnelle des plus difficiles avec des sentiments de culpabilité et de honte importants, l'impression d'être à la limite d'exploser, des difficultés relationnelles, des troubles de la concentration et de l'attention accompagnés de pertes de mémoire ; d'autre part, nous avons pu observer une recrudescence de ses symptômes anxieux, la présence d'une peur constante et l'apparition d'attaques de panique qui ont pour conséquences des comportements d'isolement et d'évitement. A cela se rajoute l'apparition de symptômes psychotiques inexistantes jusqu'en 2015. (...) ». Elles ont ainsi retenu les diagnostics de « F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes Tribunal cantonal TC Page 9 de 19 psychotiques ; F60.0 Personnalité anxieuse évitante » et ont attesté d'une incapacité de travail à 100% dès le 01.06.2016 (dossier OAI, pièce 168). Ce rapport a été soumis au Dr I. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du Service médical régional (SMR) de l'OAI. Ce dernier, dans son appréciation du 17 novembre 2016, a affirmé que les « symptômes psychotiques » décrits (bruits de chute d'objets, de miaulement de chat et de coups frappés à la porte) ne répondaient pas à la définition des hallucinations auditives

selon la littérature médicale. Pour le surplus, il a relevé que les symptômes mentionnés étaient identiques à ceux reconnus en 2013, de sorte qu'aucun élément médical objectif susceptible ne rendait plausible une aggravation de l'état de santé de nature à modifier l'exigibilité médicale depuis la dernière décision du 30.01.2014 (dossier OAI, pièce 170). Sur cette base, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande de révision par décision du 17 novembre 2016, au motif qu'aucun élément médical objectif ne rendait plausible une aggravation de l'état de santé de nature à modifier l'exigibilité médicale retenue dans la décision du 22 mai 2012. En particulier, l'OAI a estimé que les « symptômes psychotiques » allégués par la Dresse G. _____, seul élément nouveau par rapports aux diagnostics précédemment mentionnés, n'en était pas selon les définitions des classifications internationales reconnues (dossier OAI, pièce 169). Par courrier du 14 décembre 2016, la Dresse G. _____ et H. _____ se sont adressées à l'OAI en indiquant contesté cette décision. Elles ont souligné que l'expert B. _____, dans son rapport du 8 août 2011, avait posé le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) », accompagné d'un pronostic « réservé ». Elles ont ainsi confirmé l'aggravation des troubles psychiques, le trouble dépressif ayant évolué de « moyen avec syndrome somatique » à « sévère avec symptômes psychotiques », et ont demandé la mise en œuvre d'une nouvelle évaluation médicale (dossier OAI, pièce 171). L'assurée, toujours en incapacité de travail, a été licenciée par son employeur avec effet au 31 décembre 2016 (dossier OAI, pièce 197). A nouveau invité à se déterminer, le Dr I. _____ du SMR a confirmé le 17 février 2017 qu'aucune aggravation n'avait été rendue plausible, en soulignant qu'en 2013, la Dresse G. _____ attestait déjà d'un « épisode actuel sévère », alors que l'expert n'avait retenu qu'un épisode moyen. Il a ainsi affirmé qu'il ne s'agissait que d'une appréciation différente d'une situation inchangée (dossier OAI, pièce 178). Le 17 février 2017, l'OAI a informé la Dresse G. _____ que la « contestation » du 14 décembre 2016 allait être classée sans suite, ne sachant être considérée comme un recours ni comme une demande de révision valable (dossier OAI, pièce 177). La décision de refus d'entrée en matière du 17 novembre 2016 est ainsi entrée en force.

E. 6.5

Nouvelle demande (septembre 2017) Le 19 septembre 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de révision (dossier OAI, pièce 180). A l'appui de sa demande, elle a produit un nouveau rapport du 19 septembre 2017 de la Dresse G. _____ et H. _____, attestant d'une « aggravation significative de son état de santé Tribunal cantonal TC Page 10 de 19 psychique (...) dès le début de l'année 2016 avec l'apparition de nouveaux symptômes nous poussant à revoir son diagnostic pour poser dès début 2016 le diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressifs (F25.1) ». Elles mentionnent l'apparition des nouveaux symptômes : - pensées délirantes d'influences et dénigrantes et intrusives ; - idées de type persécution ; - troubles de la pensée avec par moments des blocages avec une impossibilité de poursuivre sa pensée ou de l'exprimer ; - sensations kinesthésiques altérées ; - hallucinations kinesthésiques (impression de personnes passant derrière elle, accompagnées de voix) ; - hallucinations auditives (voix l'appelant par son prénom et lui disant « tue-toi », bruit de sonnette alors qu'il n'y a personne, bruits dans la maison durant la nuit) ; - hallucinations visuelles et olfactives ; - impressions de dépersonnalisation (« c'est comme si mon corps n'est pas à moi ») ; - symptômes de déréalisation (perte du focus, l'environnement devient flou et irréel) ; - difficulté à maintenir une hygiène corporelle quotidienne ; - isolement pratiquement complet ; - perplexité ; - réduction de l'expression de ses émotions ; - perte de motivation. Elles relèvent que « tout cela s'accompagne d'angoisses

envahissantes et invalidantes, d'attaques de panique, de peurs constantes, d'un isolement social très important, d'un épuisement psychique, d'une humeur dépressive sévère, d'irritabilité exacerbée, de perte du sens de la vie et d'énergie vitale, d'anhédonie, d'insomnies, de difficulté de concentration et d'attention, d'idées suicidaires importantes et d'un tentamen récent. Tout contact interpersonnel est source d'une grande anxiété ». En conclusion, elles retiennent les diagnostics de « trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1) ; personnalité anxieuse évitante (F60.0) » et ont affirmé que « vu la persistance des symptômes apparus en début 2016, qui a conduit à un arrêt total de son activité professionnelle le 01.06.2016 (activité de 50%) et la dégradation progressive observée depuis lors, notre pronostic est très défavorable. Nous observons une chronification de sa situation avec notamment des difficultés persistantes à s'adapter à la vie sociale. A nos yeux, il n'y a pas de possibilité que Madame Soares retrouve une capacité de travail dans l'économie libre, ce d'autant plus que la médication a très peu d'impact. Nous attestons une incapacité de travail à 100% dès le 01.06.2016. Actuellement notre pronostic quant à l'évolution est défavorable. La médication a peu d'impact thérapeutique » (dossier OAI, pièce 179). Tribunal cantonal TC Page 11 de 19 Une nouvelle fois, ce rapport a été soumis au Dr I. _____ du SMR qui, dans une appréciation du 9 octobre 2017, a estimé que les symptômes décrits n'étaient « pas typiques d'éléments psychotiques » et a écarté le nouveau diagnostic de « personnalité anxieuse évitante », non conforme aux critères diagnostiques de la CIM-10. Il a cependant recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de clarifier la situation médicale (dossier OAI, pièce 181). Le 11 janvier 2018, l'assurée a confirmé une dégradation de son état de santé depuis début 2016, (« je n'ai plus envie de vivre, très grande fatigue, envahie par des peurs ») et a indiqué ne plus arriver du tout à travailler ni à être en contact avec des gens (dossier OAI, pièce 186). Enfin, dans un rapport du 19 janvier 2018, H. _____ a encore signalé une augmentation des envies suicidaires depuis le dernier rapport du 19 septembre 2017. Elle a en outre confirmé que l'assurée était suivie très régulièrement (consultations hebdomadaires) et a mentionné la liste des médicaments prescrits (Xanax, Imovane, Trittico, Deroxat, Temesta ; dossier OAI, pièce 195).

E. 6.6

Expertise psychiatrique du 8 juin 2018 Au vu de ces éléments, l'OAI a mandaté le Dr B. _____, déjà intervenu en 2011, afin de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique. Dans son rapport du 8 juin 2018 (dossier OAI, pièce 202), ce dernier décrit tout d'abord ses propres constatations lors de la consultation du 23 avril 2018 : « l'expertisée présente une tristesse et l'humeur est dépressive d'un degré entre moyen et sévère, avec signes de ralentissement psychomoteur, notamment une lenteur idéique. Présence de sentiments d'infériorité, de dévalorisation, de découragement, pas d'inutilité ou de ruine. L'élan vital est bien conservé. Présence d'envies suicidaires, mais sans projet précis. L'expertisée indique avoir fait trois tentatives de suicide dans le passé et avoir été hospitalisée à Marsens et à la Waldau. Le sommeil n'est pas perturbé. Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuites dans les idées. Pas de comportement provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur. Pas de contact familial avec l'expert. Concernant le registre anxieux, au moment de l'entretien l'expertisée était légèrement tendue, mais elle précise être irritée et angoissée face à des situations qui la stressent. Je n'ai pas pu objectiver de TOC ou des phobies. Pas de signes de stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ni de cauchemars » (p. 3). Au cours de l'anamnèse, l'expert relate les violences conjugales, notamment sexuelles, dont l'assurée a été victime de la part de son ex-conjoint, ainsi que du

harcèlement subi après le divorce (p. 7-8). L'expert résume ensuite l'intégralité de l'historique médical de l'assurée depuis le début du traitement psychiatrique en 2007 (rapport, p. 8-19). Il rappelle notamment les conclusions de sa première expertise du 8 août 2011, dans le cadre de laquelle il avait retenu le diagnostic de « trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F33.11) (...) avec de la tristesse, humeur dépressive, troubles de la concentration et de la mémoire de fixation, troubles du sommeil, idées noires, ceci malgré une prise en charge psychiatrique adéquate avec un pronostic réservé », ce qui avait alors justifié une incapacité de travail à 50% (p. 11-12). Il relève les médicaments pris par l'assurée (Temesta, Imovane, Xanax 1 mg, Trittico 100 mg et Deroxat 40 mg) et constate que les dosages plasmatiques montrent que les benzodiazépines (anxiolytiques), le Deroxat et le Trittico (antidépresseurs) sont dans l'intervalle thérapeutique (p. 23). Tribunal cantonal TC Page 12 de 19 En outre, il relate le contenu d'un dernier rapport du 9 mai 2018, demandé directement par ses soins à la Dresse G. _____ et H. _____, mentionnant les diagnostics de « trouble schizoaffectif, type dépressif (F25.1) ; personnalité anxieuse évitante (F60.0) ; état de stress post- traumatique (F43.1) » et selon lesquelles les limitations fonctionnelles justifiant une incapacité de travail totale sont les suivantes : « incapacité à entretenir des relations interpersonnelles, professionnelles et personnelles (elle ne se sent pas à la hauteur, isolement et retrait, angoisses envahissantes, estime de soi très basse, pensées délirantes d'influence et dénigrantes à son encontre, idées de persécution). Sa capacité à évoluer dans un groupe est grandement réduite tout comme sa capacité à établir de nouveaux contacts. Une capacité de flexibilité et d'adaptation très basse aux changements de contexte et des situations avec du bruit et du monde. Capacité de reconversion nulle actuellement. Capacité d'endurance très réduite, elle doit faire des pauses pour réussir à terminer de nettoyer une pièce de son appartement. Capacité à appliquer ses compétences professionnelles nulle actuellement. Capacité de décision et de jugement altérée par moments. Capacité d'affirmation de soi très faible. Capacité à entretenir des relations familiales et intimes diminuée. Elle peine à entretenir ses relations et tend à prendre ses distances jusqu'à les perdre. Elle s'éloigne car elle ne se sent pas capable de donner le change, les relations interpersonnelles sont source de tension et dépression. Les pensées délirantes d'influence, intrusives et dénigrantes, s'infiltrant dans les relations en lui disant par exemple « personne ne l'aime », « tu es folle ». Elle vit en retrait et en isolement presque total. La vie intime est également fortement compromise, vu les antécédents traumatiques (abus et violences). Capacité à réaliser des activités spontanées presque inexistante. Capacité à prendre soin de soi très réduite et à maintenir son hygiène personnelle par périodes » (p. 18-19). Prenant position sur cette appréciation, l'expert réfute la présence d'hallucinations, n'ayant pas pu les objectiver durant l'entretien. Il affirme au contraire que les plaintes de l'assurée à ce propos (impressions bizarres sans angoisse particulière) « ressemblent plutôt à des sensations que nous pouvons qualifier de dissociatives plutôt que des mécanismes hallucinatoires, selon les critères de la CIM-10 » (p. 2-3) et qu'il ne s'agit en réalité « pas des manifestations psychotiques, mais des phénomènes de dissociation chez une personnalité présentant des carences narcissiques et une mauvaise adaptation au pays » (p. 25). Il conteste ainsi le diagnostic de trouble schizoaffectif : « selon la CIM-10, le trouble schizoaffectif est un trouble épisodique, dans lequel des symptômes affectifs et des symptômes schizophréniques sont conjointement présents au premier plan de la symptomatologie, au cours du même épisode, typiquement de façon simultanée, ailleurs séparés par des intervalles de tout au plus quelques jours. Ce qui est surprenant, c'est que ce trouble a été retenu il y a environ

deux ans chez une personnalité anxieuse, alors qu'à mon sens le principal problème de cette expertisée est la fragilité narcissique présente depuis l'enfance avec des tendances dépressives également depuis l'enfance et notamment depuis l'adolescence qui ont évolué vers un trouble dépressif récurrent, mais malgré cela elle a tout de même été capable de travailler. Ce qui est surprenant c'est que l'expertisée m'a parlé de « ses hallucinations » juste à la fin d'un long entretien et qu'à aucun moment pendant celui-ci j'ai eu l'impression d'être en contact avec une expertisée psychotique, elle ne se sentait pas persécutée par moi ni par l'interprète ; dans le cas d'un trouble schizoaffectif sévère, elle n'aurait pas pu tenir un entretien avec deux personnes qu'elle ne connaissait pratiquement pas. Je ne peux donc pas retenir le diagnostic de trouble schizoaffectif et maintiens celui de trouble dépressif récurrent entre moyen et sévère (F33.11 et F33.2) avec un trouble dissociatif (F44) » (p. 4-5). Tribunal cantonal TC Page 13 de 19 A cet égard, il déclare également ceci : « il est surprenant qu'alors que l'expertisée est décrite comme quelqu'un présentant des symptômes psychotiques, notamment des hallucinations et des délires, qu'elle ne prenne pas des neuroleptiques qui pourraient certes diminuer ce type d'angoisse et qu'elle n'ait pas été hospitalisée en milieu psychiatrique depuis longtemps. J'ignore également quels ont été les bienfaits de la thérapie qui dure depuis environ quatre ans, car elle est vue une fois par semaine ; dans le cas d'une symptomatologie psychotique floride, cela serait pratiquement impossible » (p. 24). Enfin, il relève « des divergences entre les limitations fonctionnelles retenues par ses thérapeutes et les miennes, et ceci en tenant compte de mes observations mais également des activités quotidiennes de l'expertisée » (p. 25), en soulignant que « dans le ménage, les loisirs et activités sociales, il y a très peu de limitations fonctionnelles » (p. 26). Dès lors, l'expert affirme que « les limitations fonctionnelles sont donc liées plutôt à la chronicité d'un trouble dépressif chez une personnalité présentant des carences affectives, mais ayant tout de même travaillé tout au long de son existence. Il existe donc certes une diminution de la résistance à des situations de stress, des troubles cognitifs (mémoire et concentration) empêchant cette expertisée de travailler à 50% » (p. 5). Sur la base de tous ces éléments, l'expert retient comme seul diagnostic incapacitant un « trouble dépressif récurrent entre moyen (F33.11) et sévère par moments (F33.2) », parallèlement aux diagnostics de « trouble dissociatif (F44) » et de « difficultés liées à l'acculturation (Z60.3) », lesquels n'ont toutefois selon lui aucune incidence sur la capacité de travail (p. 22). S'agissant de la capacité résiduelle de travail, l'expert fait l'analyse suivante : « depuis mon expertise de 2011, le trouble dépressif récurrent est toujours resté moyen avec des pics sévères difficiles à préciser dans l'évolution et qui, avec les symptômes psychotiques décrits par ses thérapeutes mais que je n'ai pas pu objectiver, parlant plutôt de symptômes dissociatifs, auraient pu être diminués avec une médication ad hoc. L'incapacité de travail est restée tout le temps à 50% depuis mon dernier rapport d'expertise. (...) L'activité que l'expertisée exerçait jusqu'à présent était adaptée et elle était donc capable de travailler à 50% » (p. 27). Enfin, s'agissant d'une éventuelle aggravation survenue dès l'année 2016, il déclare ceci : « sûrement qu'en 2016, lorsque l'expertisée a dû arrêter de travailler à la suite d'un changement de chef, il y a eu une aggravation de la symptomatologie avec apparition de symptômes psychotiques selon les thérapeutes, mais non objectivés par l'expert, qui aurait pu être amendée avec une médication ad hoc » (p. 27-28). Il ne retient toutefois aucun nouveau diagnostic incapacitant par rapport à la première expertise de 2011.

E. 6.7

Projet de décision du 13 juin 2018 Se fondant sur les conclusions de cette expertise, l'OAI a rendu, le 13 juin 2018, un projet de refus d'augmentation de la rente d'invalidité, au motif

que la capacité de travail était inchangée depuis la décision du 22 mai 2012 (dossier OAI, pièce 203). Dans ses objections du 9 juillet 2018, l'assurée a relevé que dans la mesure où l'expert reconnaissait la survenance de pics sévères dans la dépression, lesquels impliquaient Tribunal cantonal TC Page 14 de 19 nécessairement des périodes d'incapacités de travail totale, l'existence d'une capacité de travail résiduelle sur le marché du travail réel devait être niée (dossier OAI, pièce 210). Par décision formelle du 3 août 2018, l'OAI a confirmé sa position (dossier OAI, pièce 212).

E. 6.8

Rapport du 18 juillet 2018 des médecins traitants Le même jour, l'assurée a produit un rapport de ses médecins traitants daté du 18 juillet 2018, dans lequel la Dresse G. _____ et H. _____ confirment les diagnostics de « trouble schizo- affectif, type dépressif (F25.1) ; personnalité anxieuse évitante (F60.0) ; état de stress post- traumatique (F43.1) », ainsi que de « diabète de type 2 et apnée du sommeil » (dossier OAI, pièce 213). Elles rappellent la liste des médicaments actuels pris par l'assurée : Xanax Retard, Imovane, Trittico, Deroxat, Témesta, Expidet. Prenant position sur l'expertise du Dr B. _____, elles contestent le diagnostic de « difficultés d'acculturation (Z60.3) » posé par l'expert au motif que l'assurée « s'exprime couramment en français. Elle a travaillé des années en Suisse, avait un bon cercle d'amitié, sortait danser, connaît la région et les bords de rivière. Si actuellement elle est désocialisée ce n'est pas à cause de difficultés d'acculturation, mais à cause des conséquences de son trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1). Le fait qu'elle souhaiterait aller vivre dans son pays d'origine n'est pas un critère suffisant pour diagnostiquer des difficultés d'acculturation ». Quant à l'argumentation de l'expert relative à la présence de troubles dissociatifs plutôt que de symptômes psychotiques, elles justifient leur position de la manière suivante : S'agissant tout d'abord de l'absence de traitement neuroleptique, elles expliquent que c'est « pour des raisons médicales car elle souffre d'un diabète inaugural de type 2 apparu au printemps 2016. Durant le suivi nous avons introduit du Séquase entre avril 2013 et le mois de mai 2016, Madame était sous traitement neuroleptique avec du Seroquel, puis du Séquase. Nous avons malheureusement été contraintes de stopper les neuroleptiques car ils aggravaient le diabète apparu au printemps 2016, nous nous posons même la question si les neuroleptiques sont à l'origine de son diabète. A noter que l'expérience montre que la médication neuroleptique ne permet pas toujours de diminuer ou contrôler les symptômes psychotiques, la situation n'était d'ailleurs pas drastiquement différente sous Seroquel avant son arrêt. Cet argument est donc trop réducteur ». S'agissant ensuite de l'absence d'hospitalisation récente, elles indiquent que « les symptômes psychotiques dont souffre Madame n'ont pas été florides au point de lui faire perdre tout sens de la réalité. Leur irruption dans son quotidien reste pourtant fréquente et provoque un vécu d'angoisse complètement invalidant, gérable car Madame a pu éviter en grande partie des stimuli extérieurs qui auraient pu est source de décompensation ». Ainsi, elles déclarent qu' « une hospitalisation en milieu psychiatrique ne nous semble pas indiquée en l'état. Elle serait appropriée pour la mettre à l'abri d'un passage à l'acte suicidaire imminent ou si ses symptômes psychotiques deviennent trop florides, pour l'instant ils provoquent une angoisse très importante, mais ne la mettent pas en danger ». Quant à l'affirmation de l'expert selon laquelle il n'a pas senti l'assurée persécutée durant l'entretien, elles relèvent que l'expert, dans son rapport, a constaté un ralentissement Tribunal cantonal TC Page 15 de 19 psychomoteur, ... lenteur idéique », ce qui correspond à « une phase négative des symptômes psychotiques ». Enfin, elles réfutent l'appréciation de l'expert selon laquelle les symptômes qu'il qualifie de dissociatifs ne provoqueraient pas

d'angoisses, en affirmant qu'au contraire, l'assurée « est emplie d'angoisses très invalidantes dans son quotidien », ce qu'elles déclarent avoir pu objectiver en consultation. Elles assurent ainsi que les symptômes psychotiques détaillés dans leur rapport du 19 juillet 2017 « s'accompagnent d'angoisses extrêmement envahissantes et invalidantes. Nous observons également au premier plan une humeur dépressive sévère avec les symptômes suivant : isolement social très important, épuisement psychique et physique, irritabilité exacerbée, perte du sens de la vie et d'énergie vitale, perte d'élan vital, des pleurs très fréquents, perte d'espoir, anhédonie, insomnies, ralentissement psychomoteur et de la pensée, perte totale de libido, difficulté de concentration et d'attention, idées suicidaires importantes ». Elles contestent également certaines affirmations de l'expert : selon elles, les « loisirs » ou « la tenue du ménage » ne constituent pas un signe de vitalité ou de capacité, mais un effort de l'assurée afin d'avoir l'impression d'avoir fait quelque chose de sa journée. De même, elles relèvent que le sommeil de l'assurée est fortement perturbé (« beaucoup de ruminations la nuit, sommeil entrecoupé par plusieurs réveils durant la nuit, cauchemars, problèmes d'endormissements, apnées du sommeil »), contrairement à ce que mentionne l'expertise. Elles soulignent en outre que les relations de l'assurée avec sa famille sont impossibles lorsqu'elle est aux prises de ses hallucinations et de son humeur dépressive, et que les « activités sociales » citées sont inexistantes (« Nous ne savons pas à quelles activités sociales le Dr B. _____ fait référence puisqu'elle n'en a aucune à part rendre rarement visite à une sœur, et lui téléphoner à sa sœur ou sa famille qu'elle considère comme très importante. Madame ne sort pas de son appartement sauf si elle forcée de le faire pour des entretiens médicaux, et rarement les courses »). De même, lors de ses voyages au Portugal, elle reste dans sa maison et n'en sort quasiment pas. Enfin, s'agissant de ses compétences en français, elles affirment que l'assurée « s'exprime de façon courante en français ». S'agissant du diagnostic de « fragilité narcissique » retenu par l'expert, elles soulignent que ce dernier n'explique pas sur quoi il fonde cette hypothèse, qui leur semble infondée et fautive. Enfin, concernant l'état de stress post-traumatique (F43.1) nié par l'expert, elles affirment que leur patiente « souffre de reviviscences répétées des viols brutaux subis de la part de son ex-mari durant des années, de cauchemars en lien avec ces événements traumatisants, une perte de libido totale, un évitement des rapports sexuels et rapprochements physiques, un sentiment de détachement, des symptômes neurovégétatifs liés à de fortes angoisses ».

E. 6.9

Complément d'instruction et décision litigieuse A la réception de ce rapport, l'OAI a annulé sa décision du 3 août 2018 et a transmis ce nouvel élément au SMR pour prise de position (dossier OAI, pièce 215). Dans son appréciation du 7 septembre 2018, le Dr I. _____ du SMR a tout d'abord confirmé que le rapport d'expertise du Dr B. _____ remplissait les critères de qualité tant sur la forme qu'au fond, de sorte que ses conclusions pouvaient être considérées comme probantes. S'agissant de l'appréciation du 18 juillet 2018 de la Dresse G. _____ et H. _____, il a estimé que celles-ci « n'apportent aucun argument médical de nature à jeter un doute sérieux sur les Tribunal cantonal TC Page 16 de 19 conclusions de l'expert, mais s'en tiennent à leur propre interprétation de la situation médicale de leur patiente, qui n'a pas varié depuis longtemps ». Après avoir rappelé la jurisprudence selon laquelle il y a lieu de préférer les conclusions d'un expert indépendant à celles des médecins traitant, il a déclaré que le rapport du 18 juillet 2018 n'était pas susceptible de remettre en cause la capacité de travail résiduelle fixée dans le projet de décision du 14 juin 2018 (dossier OAI, pièce 216). C'est dans ce contexte que l'OAI a finalement rendu la décision

litigieuse le 11 septembre 2018, en remplacement de la précédente décision du 3 août 2018, reprenant les mêmes motifs.

E. 7

Amenée à trancher la question litigieuse, à savoir la survenance d'une aggravation de l'état de santé susceptible d'influer sur la capacité médico-théorique fixée dans la décision du 22 mai 2012, la Cour constate que s'opposent les avis divergents de l'expert B._____, d'une part, et de la Dresse G._____, et H._____, psychiatre traitante et psychothérapeute déléguée, d'autre part. L'expert psychiatre mandaté par l'OAI estime en effet que l'état de santé ne s'est pas aggravé depuis sa précédente expertise en 2011. Cette position est fermement contestée par la Dresse G._____, et H._____, qui ont confirmé à maintes reprises l'aggravation de l'état de santé, tant sous l'angle de l'intensité du trouble dépressif (désormais sévère) que de la survenance de nouveaux diagnostics (trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1) ; personnalité anxieuse évitante (F60.0) ; état de stress post- traumatique (F43.1)).

E. 7.1

Il convient en premier lieu de constater que le rapport d'expertise du 8 juin 2018 du Dr B._____, établi sur la base d'une consultation personnelle le 23 avril 2018, lors de laquelle l'assurée a eu l'occasion de s'exprimer sur sa situation et ses problèmes actuels, et en pleine connaissance de l'ensemble du dossier médical, notamment d'un rapport complémentaire demandé à la psychiatre traitante, remplit les critères de validité formels posés par la jurisprudence. Quant au fond, force est d'admettre que les conclusions de l'expert sont précises et motivées de manière fouillée. Dans ces circonstances, il ne reste qu'à examiner si des éléments précis permettent d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions de cet expert (cf. supra consid. 4.3), comme le soutient la recourante.

E. 7.2

S'il est de jurisprudence constante que la seule appréciation contraire d'un médecin traitant ne saurait constituer un motif suffisant pour remettre en cause les conclusions d'une expertise réalisée par un expert indépendant, il n'en demeure pas moins que la Dresse G._____, et H._____, ont établi plusieurs rapports particulièrement bien documentés et motivés, qui permettent à tout le moins de jeter le doute sur les conclusions de l'expert mandaté par l'OAI. En particulier, le dernier rapport du 18 juillet 2018 contient des explications précises et détaillées relatives aux diagnostics qui avaient été écartés par l'expert, notamment quant aux motifs ayant conduit à renoncer à la prescription de neuroleptiques (en raison du diabète récemment diagnostiqué) et à l'absence d'hospitalisation récente (les symptômes psychotiques n'étant jusqu'à Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 présent pas suffisamment florides pour mettre l'assurée en danger). Il s'agissait en effet des arguments principaux de l'expert pour exclure la présence de symptômes psychotiques. La pertinence de cette appréciation contraire ne saurait ainsi être niée, pour le seul motif qu'elle a été établie par les médecins traitants de la recourante. L'OAI s'est pourtant limitée à soumettre ledit rapport au SMR, en la personne du Dr I._____, spécialiste en anesthésiologie, qui l'a écarté au profit de l'avis de l'expert B._____, au motif que les médecins traitants « s'en tiennent à leur propre interprétation de la situation médicale de leur patiente, qui n'a pas varié depuis longtemps ». Or, une telle affirmation ne saurait être suivie, puisque l'apparition de symptômes psychotiques est précisément un élément nouveau depuis 2016, date de l'aggravation alléguée. Au vu de la

précision des arguments des médecins traitants face aux critiques de l'expert, il n'était pas admissible d'écarter ces nouveaux arguments médicaux fondamentaux sur la seule base de l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur, qui plus est non spécialiste en psychiatrie. Partant, compte tenu de ces avis médicaux fondamentalement divergents et en l'absence de tout autre avis médical au dossier, la Cour considère que la crédibilité des conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr B. _____ est à tout le moins ébranlée par les arguments soulevés par les médecins traitants, notamment quant à la survenance d'un « trouble schizo-affectif » et ses répercussions négatives sur sa capacité résiduelle de travail. Dans ces conditions, force est d'admettre que les mesures d'instruction diligentées sont insuffisantes pour permettre à la Cour de statuer en l'état du dossier. Compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. supra consid. 4.3), il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée afin qu'elle mette en œuvre de nouvelles mesures d'instruction auprès d'un nouveau psychiatre indépendant, visant à établir si l'état de santé psychique de la recourante a subi une aggravation depuis l'octroi de la demi-rente et, le cas échéant, l'incidence d'une telle aggravation sur la capacité de travail résiduelle. Il se prononcera, également, dans la mesure du possible, sur les éventuelles limitations (notamment diminution de rendement causée par la fatigue) induites, au plan psychique, par le diabète désormais diagnostiqué. Cas échéant, un avis médical complémentaire pourra aussi être demandé à un spécialiste sur ce dernier point.

E. 7.3

Bien fondé, le recours est ainsi admis et la décision querellée annulée. La cause est renvoyée à l'OAI pour nouvelle complément d'instruction médicale dans le sens des considérants et nouvelle décision.

E. 8.1

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de procédure par CHF 800.- sont mise à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante le 2 novembre 2018 lui est par conséquent restituée. Tribunal cantonal TC Page 18 de 19

E. 8.2

Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie. Bien qu'ayant dûment été invité à produire sa liste de frais par courrier du 28 février 2019, le mandataire de la recourante ne l'a pas fait. L'indemnité de partie est dès lors fixée par forfait à CHF 1'500.-, débours compris, ce qui permet de tenir compte de la difficulté et de l'importance toutes relatives de l'affaire, qui n'aurait pas dû nécessiter plus de 6 heures de travail. Pour sa part, la TVA, calculée au taux de 7.7%, se monte à CHF 115.50. Cette somme, d'un total de CHF 1'615.50 est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée qui succombe. (dispositif en page suivante) Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision du 11 septembre 2018 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction médicale et nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. L'avance de frais de CHF 800.- fournie par la recourante lui est remboursée. III. Pour ses frais de défense, une indemnité de CHF 1'615.50 (dont CHF 115.50 de TVA à 7.7%) est allouée à la recourante, à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. IV. Notification. Pour la suspension des délais de recours liée au Covid-19, se référer aux ordonnances du Conseil fédéral, cas échéant du

Tribunal fédéral en consultant le site de ce dernier. 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 18 mars 2020/isc Le Président :
La Greffière :

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