

FR_GERICHTE 608 2020 28 vom 13. August 2020

FR Kantonsgericht, 2020-08-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_28

FR: FR_GERICHTE 608 2020 28 du 13 août 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2020 28 del 13 agosto 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 24

septembre 2012. Après rappel de l'anamnèse et examen clinique, elle estime qu'une amélioration progressive des déficits sensitivomoteurs est possible, mais qu'il faut probablement s'attendre à quelques déficits sensitifs et une endurance diminuée à moyen voire à long terme. Dans un rapport du 31 décembre 2013, la Dre I._____, médecin généraliste traitante, rappelle que la situation de l'assurée, qui a présenté une myélite focale D6 d'origine indéterminée en septembre 2012, est stationnaire depuis mai 2013, sur le plan des plaintes et des symptômes. Elle relève par ailleurs l'apparition d'un état dépressif réactionnel, justifiant une médication. Un déficit martial a également justifié une médication, sans évolution favorable toutefois. Ce médecin atteste alors d'une incapacité de travail de 40%, précisant encore que 10% sont liés probablement à l'état dépressif et 30% à la myélite. Le pronostic était alors encore incertain. Dans un rapport du 6 février 2014, la Dre H._____ rapporte un état de santé stationnaire, sans changement de diagnostic. L'évolution est annoncée comme "gentiment favorable durant l'année 2013 avec toutefois la persistance de paresthésies fluctuantes sub-D8 à prédominance gauche, aggravées par la fatigue et l'exposition au froid, ainsi qu'une certaine fatigabilité excessive associée à une légère instabilité au niveau des membres inférieurs. L'évolution clinique est compliquée par un état anxio-dépressif durant la 2ème partie de l'année 2013. Le neurostatus détaillé reste que peu altéré et essentiellement inchangé". D'après la spécialiste, l'assurée n'est pas apte à un travail de guichet uniquement, impliquant une station debout prolongée. Un taux d'activité de 60%, avec une diminution de rendement d'environ 20%, est admis. Selon la doctoresse, un changement d'activité est peu réaliste. Le 31 mars 2014, le Dr J._____, anesthésiologue œuvrant pour le compte du SMR, retient le diagnostic de séquelles de myélite focale D6 avec répercussion sur la capacité de travail. Celui d'état anxio-dépressif réactionnel traité est par contre considéré comme sans conséquence à ce niveau. L'état de santé est d'après lui stabilisé et, moyennant le respect de certaines limitations (activité légère, essentiellement sédentaire, sans station debout prolongée et sans exposition au froid), l'activité habituelle demeure exigible à raison de 60% d'un plein temps, sans diminution de rendement.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 Suite à ce rapport, un projet de décision a été établi par l'OAI, fixant le taux d'invalidité à 40%. Suite aux objections de l'assurée, l'OAI a finalement fixé le degré d'invalidité à 55%, en se basant notamment sur un bref rapport de la généraliste traitante ainsi que sur le nouveau contrat de travail conclu avec C._____, à un taux de 45%. 3.2. L'évolution jusqu'au moment de la décision litigieuse est la suivante:

Dans son consilium neurologique du 14 février 2017, adressé à la généraliste traitante, la Dre H. _____ se prononce en ces termes: "La patiente nie l'apparition de toute symptomatologie neurologique focale nouvelle avec, également, un examen clinique de ce jour également superposable à mon examen précédent il y a une année. Dans le contexte d'une gestion de plus en plus difficile des paresthésies douloureuses avec, en parallèle, un état d'épuisement progressif, la patiente a bénéficié, en août 2016, d'un avis universitaire spécialisé au CHUV. Un diagnostic de symptômes résiduels sur myélite focale isolée au niveau dorsal a été confirmé, sans autre proposition sur le plan diagnostique et/ou thérapeutique si ce n'est une prise en charge sur le plan psychiatrique. A. _____ bénéficie d'un tel suivi depuis septembre 2016 avec, dans ce contexte-là également, une majoration de son traitement antidépresseur. Pour le moment, elle reste néanmoins très limitée sur le plan de sa fatigabilité excessive, ne lui permettant évidemment pas la reprise de son activité professionnelle à un taux de 50% comme elle le faisait préalablement jusqu'à la mi-juillet 2016". Dans un rapport du 24 février 2017, la Dre G. _____, psychiatre traitante, pose le diagnostic suivant: F43.22, trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, avec apparition d'un trouble anxieux précisé (F41.8), sous forme d'une anxiété face à la performance chez une personne avec des traits anxieux (F60.6); elle mentionne également celui de status après myélite (G04). Elle conclut à une incapacité de travail de 100% pour des motifs psychiatriques. Au terme d'une anamnèse détaillée, elle atteste que "son état de santé est péjoré et de façon durable depuis le printemps 2016, avec l'effondrement des ressources psychiques et l'apparition de troubles psychiatriques en plus des troubles physiques". Plus loin, elle ajoute que "malgré la mise en place d'un contexte de travail adapté au mieux et d'un contexte bienveillant, les symptômes physiques se sont aggravés et des troubles psychiques sont apparus en raison de l'effondrement des ressources intrapsychiques dans une situation trop exigeante en rapport avec les problèmes de santé". Au constat médical, elle note qu'"actuellement, les symptômes dépressifs se sont améliorés, avec une humeur plus neutre, des pensées plus optimistes et l'entrain pour faire les choses. Elle décrit une fatigabilité importante qui l'oblige à faire des pauses régulières dans ses activités quotidiennes et elle fait tout plus lentement. [...] Les symptômes physiques sont inchangés, malgré la stabilisation de l'humeur [...]. La patiente a développé une phobie de son travail, due vraisemblablement au fait qu'elle a été trop au-delà de ses limites [...]". De ce fait, "le pronostic est mauvais quant à une reprise du travail, en raison de la fatigue, des troubles physiques et de l'épuisement des ressources intrapsychiques pour faire face". Au niveau du traitement, un suivi psychothérapeutique hebdomadaire et une médication ont été instaurés. Globalement, la psychiatre traitant retient donc que "la patiente ne peut pas travailler sans ressentir rapidement l'augmentation des douleurs, et malgré une adaptation du poste de travail [...] elle ne peut plus le faire sans développer un état d'épuisement entraînant des symptômes psychiques, qui péjorent les symptômes physiques". Le 27 février 2017, la Dre H. _____ ajoute au diagnostic de myélite précédemment posé celui de trouble anxio-dépressif, évolutif à partir de 2013/2014. L'évolution par rapport au

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 précédent avis est décrite comme fluctuante, avec des symptômes résiduels, essentiellement sous forme de paresthésies douloureuses, d'un trouble de la marche sur discrète spasticité et fatigabilité excessive; ces symptômes sont en outre aggravés dans le contexte d'une humeur anxio- dépressive. Après passation d'un examen clinique, cette spécialiste estime qu'on ne peut plus s'attendre à une amélioration significative desdits symptômes au plan neurologique. Elle signale toutefois que ceux-ci sont susceptibles d'interférer avec l'état psychique. Elle recommande dès lors la poursuite

du traitement médicamenteux et de la physiothérapie. Au niveau de la capacité de travail, elle renvoie à ses précédents rapports, tout en relevant que la patiente se déclare en incapacité totale de travail depuis la mi-juillet 2016, certifiée par sa généraliste traitante. Elle indique ainsi que, "sous réserve d'une stabilisation/amélioration sur le plan psychique, on pourrait éventuellement envisager une activité légère dans le secteur administratif. La patiente aurait besoin d'un poste de travail optimisé d'un point de vue ergonomique, avec la possibilité de changer de position et de faire des pauses, selon besoin. Une activité de 4 heures par jour au maximum semble raisonnable"; il faut en outre s'attendre à une diminution de rendement de l'ordre de 20 à 30%. Le 26 avril 2017, le Dr J. _____, médecin SMR, a été appelé à se prononcer. Après avoir rappelé la définition d'un trouble de l'adaptation, il estime qu'il s'agit d'un trouble de faible gravité et non durable, ne permettant pas de justifier une incapacité de travail permanente ou de longue durée selon les critères de la médecine des assurances. Il évoque également une incompatibilité entre le diagnostic de trouble anxieux précisé et celui de trouble de l'adaptation. Il relève enfin que les traits de personnalité ne constituent ni une maladie, ni un facteur d'invalidité. Il en conclut que l'incapacité de travail totale attestée par la psychiatre traitante ne peut pas être validée, de sorte que la situation médicale objective est selon lui inchangée. C'est sur cette base que l'OAI avait rendu sa décision du 2 octobre 2017, refusant d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée. Suite au recours de cette dernière, l'Instance de céans a retenu, en substance, que la présence d'une aggravation neurologique n'était pas démontrée, l'état de santé étant demeuré stable à ce niveau. En revanche, la situation sur le plan psychiatrique n'était pas claire et nécessitait la mise sur pied d'examen complémentaires. C'est la raison pour laquelle la décision précitée a été annulée et la cause renvoyée à l'OAI.

3.3. Ce dernier a donné le mandat à D. _____ SA de réaliser une expertise bidisciplinaire, neurologique et psychiatrique. La Dre E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr F. _____, spécialiste en neurologie, ont remis leur rapport le 15 juillet 2019. Dans le cadre de leur appréciation interdisciplinaire, les experts retiennent, comme unique diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, une myélopathie de niveau D6. Sont par contre considérés comme sans influence sur dite capacité les diagnostics suivants: trouble de la personnalité mixte à traits immatures, dépendants et masochiques (F61.0), céphalées tensionnelles, troubles dégénératifs de la colonne vertébrale, cervicale et dorsale, asymptomatiques et enfin syndrome d'apnées du sommeil, diagnostiqué en 2018 et traité par CPAP. Aucune limitation fonctionnelle n'est retenue au niveau psychiatrique, tandis que certaines le sont sur le plan neurologique, mais sans changement par rapport à ce qui prévalait jusqu'alors. Globalement, la capacité de travail est considérée comme totale du point de vue psychiatrique, mais réduite à 50% à cause de la myélopathie. Les experts relèvent en particulier que le trouble psychiatrique (trouble de la personnalité) existe depuis l'adolescence et qu'il n'a pas empêché l'assurée de travailler de 1979 à 2012, avec interruption durant les maternités; il s'agit d'un trouble identitaire, qui n'interfère pas avec son activité professionnelle. Ils constatent que les plaintes augmentent au fur et à mesure

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 que l'assurée n'obtient pas ce qu'elle souhaite, ce qui se traduit notamment par un comportement revendicateur. Mais aucun trouble dépressif, ni anxieux n'a été constaté au cours de son examen. Les experts considèrent qu'"il est probable que le trouble de la personnalité influence le ressenti des douleurs dans le sens d'une augmentation du vécu douloureux". De même, les troubles sensitifs (neurologiques) et les limitations de la capacité de déplacement à pied sont désagréables et peuvent induire de la fatigue; l'annonce de l'irréversibilité des symptômes peut aggraver une sensation de

désespoir. Des doutes sont émis quant au choix thérapeutique de la psychiatre traitante, qui ne paraît pas essayer d'ébranler les certitudes de l'assurée, laquelle "ne semble avoir acquis aucun insight par rapport à sa situation personnelle et familiale et qui reste essentiellement projective et revendicatrice". Dans un courrier du 29 août 2019, la Dre G. _____, psychiatre traitante, répond à différentes questions posées par la mandataire de l'assurée, en rapport avec l'expertise précitée. Elle ne fait aucune remarque au sujet de l'anamnèse. S'agissant des plaintes, elle relève l'absence de distinction claire entre les plaintes et les constats objectifs et précise que sa patiente "se plaint de l'insécurité générée par la réponse de l'AI, liée à des conséquences financières pour elle". Elle ne relève pas de côté revendicateur, mais plutôt de l'anxiété. De même écarte-t-elle une idéalisation des parents, notamment du fait que l'assurée évoque les problèmes d'alcoolisme de son père et le comportement soumis de sa mère. Elle termine en confirmant qu'un travail thérapeutique a été réalisé "sur la peur générée par les offices postaux". En ce qui concerne les constats objectifs, elle retient une humeur stable, sans symptômes clairement dépressifs. Mais elle ajoute que sa patiente "est rapidement submergée par les émotions", qu'elle gère mal les imprévus et le stress, qu'elle observe régulièrement de la tristesse, de l'anxiété voire de la peur et que des troubles de la concentration et de la mémoire sont parfois présents. S'agissant des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, elle confirme avoir dans un premier temps posé celui de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), qui a duré quelques mois, avec diminution progressive des symptômes dépressifs et anxieux. C'est suite à la décision de l'AI qu'une rechute dépressive est survenue et que la psychiatre traitant a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode moyen (F33.11). "Actuellement, la patiente ne présente pas de trouble de l'humeur, elle souffre d'une importante anxiété, exacerbée en situation de stress". Un risque de rechute dépressive est envisagé en cas de stress persistant, mais la Dre G. _____ n'adhère pas au diagnostic de trouble de la personnalité retenu par l'experte. S'agissant des limitations fonctionnelles, la psychiatre traitante se distancie de cette dernière: se basant sur son suivi depuis 2016, elle mentionne avant tout la fatigue de sa patiente, qui impacte son fonctionnement quotidien et empêche une activité professionnelle à plein temps. Elle évoque également l'influence de l'anxiété, des symptômes neurologiques ainsi que de la médication sur cet état de fatigue. S'exprimant ensuite sur l'évolution de l'état psychique depuis 2016, la psychiatre traitante atteste d'une incapacité totale de travail depuis 2016. Se basant sur la description faite par sa patiente en septembre 2016, sur l'échec du traitement jusqu'alors mis en place par le généraliste traitante (traitement antidépresseur et arrêt de travail), elle constate que sont alors apparus des limitations fonctionnelles psychiques (manque d'entrain, fatigue, troubles de la concentration et de la mémoire). "La décompensation psychique a été au départ déclenchée par les troubles physiques et l'épuisement dû à la gestion de ces troubles sur le long terme". Le trouble psychique et celui physique "s'influencent mutuellement, l'état psychique se péjorant lors d'augmentation des troubles neurologiques et ceux-ci se péjorant également si la patiente est stressée ou anxieuse. L'état psychique de la patiente est actuellement stable sur le plan dépressif et toujours fluctuant sur le plan émotionnel, essentiellement anxieux. Cependant, l'état psychique se péjore si la patiente est

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 confrontée à la pensée de retourner à son poste de travail. [...] Si elle devait réellement retourner au travail, il est très probable qu'elle décompense rapidement sur le plan psychique". La Dre G. _____ prend enfin position sur le traitement mis en place par ses soins, indiquant les raisons qui l'ont amenée à instaurer un tel suivi. Dans ce contexte, elle confirme travailler avec prudence, sans quoi

elle courrait le risque de rompre le lien thérapeutique. Elle précise encore travailler selon une approche différente de celle de l'experte (psychodynamique vs. cognitivo-comportementale), pouvant expliquer des différences de vocabulaire et d'approche du cas. Elle concède que ces distinctions "ne devraient cependant pas influencer l'évaluation de la capacité de travail". La Dre E. _____ s'est déterminée à cet égard le 19 décembre 2019. S'agissant de la fatigue et du reproche selon lequel elle n'en aurait pas tenu compte, l'experte rappelle qu'il convient de distinguer les propos spontanés de l'expertisée et les prises de positions de l'expert, ajoutant que l'assurée ne s'est pas montrée fatigable lors de l'examen psychiatrique. Concernant l'interaction entre l'atteinte physique et psychique, l'experte relève qu'aucun trouble avéré du sommeil n'a pu être détecté, pas plus qu'une anhédonie, pouvant expliquer la fatigue invoquée. L'experte explique ensuite pourquoi elle a renoncé à contacter la psychiatre traitante, relevant au passage les logiques différentes d'une expertise et d'un traitement psychothérapeutique. Dans ce contexte, elle note que l'expertisée n'a pas mentionné elle-même les problèmes de ses parents (alcoolisme du père et soumission de la mère) mais que l'experte en a eu connaissance à la lecture du dossier. Elle confirme par ailleurs le caractère revendicateur de l'assurée, en précisant que cette attitude n'est pas forcément associée à de la colère. Elle ajoute que la présence de pleurs ne permet pas forcément d'établir un diagnostic psychiatrique. Elle indique avoir effectué une évaluation sommaire et globale du fonctionnement familial actuel de l'assurée, qui "est grevée d'une dimension de forte idéalisation" de la part de cette dernière et induit une répression des émotions négatives, pouvant expliquer la fatigue ressentie. Elle termine en précisant ne pas avoir écarté la présence d'un diagnostic psychique, puisqu'elle a retenu la présence d'un diagnostic psychiatrique grave, lequel n'est toutefois pas incapacitant sur le plan professionnel. 4. En l'espèce, la recourante ne conteste pas que sa situation sur le plan neurologique est stable, ce qui est d'ailleurs confirmé tant par la Dre H. _____ que par l'expert F. _____. Il importe dès lors d'examiner le litige spécifiquement sous l'angle psychiatrique. L'autorité intimée se fonde sur l'avis de l'experte E. _____, laquelle considère que l'assurée n'a pas présenté d'atteinte invalidante depuis la précédente décision de l'OAI, en 2015, tandis que la recourante se base sur l'avis de sa psychiatre traitante, laquelle atteste une incapacité totale de travail depuis septembre 2016. Globalement, l'état de santé de la recourante a connu l'évolution suivante: l'apparition d'une atteinte neurologique en septembre 2012 a entraîné des limitations fonctionnelles (déficits sensitifs et diminution de l'endurance). Même si cette situation s'est stabilisée assez rapidement, elle a toutefois entraîné une diminution de la capacité de travail de l'assurée de l'ordre de 40% dans son activité habituelle. A partir du deuxième semestre 2013, un état dépressif réactionnel à l'atteinte précitée a été signalé par la généraliste et par la neurologue traitantes, mais sans qu'il n'ait (encore) d'influence significative sur la capacité de travail; aucun suivi spécifique n'avait d'ailleurs été mis en place jusqu'alors. C'est donc du fait de l'atteinte neurologique que l'OAI a accordé, en avril 2015, une demi-rente d'invalidité. L'aggravation de l'état psychique est invoquée par la

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 recourante dans le cadre de sa demande de révision ici litigieuse: celle-ci allègue un effondrement progressif de ses ressources psychiques intervenu dans le courant de l'année 2016 et un état d'épuisement, qui l'empêche désormais complètement de travailler. Il est également fait mention de l'interaction entre les atteintes neurologique et psychiatrique, qui s'influencent l'une l'autre en une sorte de cercle vicieux. Dans ce contexte, la psychiatre traitante modifie le diagnostic de trouble de l'adaptation précédemment retenu et considère que sa patiente souffre désormais d'un trouble dépressif

récurrent avec une composante anxieuse, alors relativement compensé, mais susceptible de se détériorer à nouveau en cas de reprise du travail. La Dre E. _____ retient quant à elle l'existence d'un trouble de la personnalité, mais estime que celui-ci, présent de longue date puisqu'il est de nature identitaire, n'influence pas la capacité de travail de la recourante, puisque celle-ci a longtemps été en mesure de travailler. Amenée à statuer, la Cour de céans constate que l'argumentation de la psychiatre traitante consiste essentiellement à alléguer la fragilité de sa patiente, notamment sa fatigabilité, et le risque qu'une décompensation se produise si elle était contrainte de reprendre le travail. L'incapacité totale et définitive de travail attestée est essentiellement motivée par la persistance de la fatigue et de symptômes anxieux, susceptibles de s'amplifier en cas d'éléments stressants, et notamment de reprise du travail, voire de causer une résurgence du trouble dépressif. A la lumière de l'évolution survenue depuis 2012, ce point de vue paraît a priori raisonnable: il est concevable que l'atteinte neurologique, ainsi que ses conséquences à long terme sur la santé et la capacité de travail de la recourante, aient pu avoir un impact négatif sur son moral; le développement d'un trouble de l'adaptation paraît donc plausible dans ce contexte. Il ne faut toutefois pas omettre que ce type de réaction ne présente en principe qu'un caractère transitoire, ce qu'avait relevé, fort à-propos, le médecin SMR dans son rapport du 26 avril 2017 (dossier AI p. 274). C'est sans doute la raison pour laquelle la psychiatre traitante a modifié son diagnostic pour retenir finalement à un trouble dépressif récurrent. Cela étant, l'intensité des symptômes y relatifs est pour le moins faible, ainsi que l'a d'ailleurs constaté l'experte-psychiatre. Celle-ci décrit une assurée "qui est tonique et ne présente pas d'anhédonie, de ralentissement psychomoteur, d'idée noire, d'auto-reproche, de culpabilité consciente, d'hypervigilance, de pensée à caractère intrusif, ni de trouble du sommeil". Ce qui n'est en soi pas très éloigné de la Dre G. _____, laquelle constatait, en février 2017 déjà, que "les symptômes dépressifs se sont améliorés, avec une humeur plus neutre, des pensées plus optimistes et l'entrain pour faire les choses"; en août 2019, dans le contexte de l'expertise psychiatrique litigieuse, elle mentionnait que "la patiente ne présente pas de trouble de l'humeur, elle souffre d'une importante anxiété, exacerbée en situation de stress". Or, le maintien, pour seul diagnostic, d'un trouble dépressif dont les symptômes semblent s'être amendés depuis longtemps, au seul motif qu'une rechute pourrait survenir, paraît pour le moins contestable. De même, la présence au premier plan d'éléments anxieux, sans qu'un diagnostic ad hoc n'ait été posé, tend à accréditer l'idée que ceux-ci ne présentent pas un degré de gravité significatif. Le tableau relativement noir dépeint par la Dre G. _____ mérite ainsi d'être relativisé, dans la mesure où, hormis les plaintes de sa patiente, en particulier de la fatigue, on trouve difficilement des éléments objectifs permettant d'appuyer ses conclusions. Précisément, l'expertise rendue par l'experte en psychiatrie se fonde sur des examens complets et a été établie en pleine connaissance du dossier, après que l'experte a reçu personnellement la recourante. Elle prend en considération les plaintes exprimées et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions des

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 experts dûment motivées. En tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, elle a en soi pleine valeur probante. Il importe en particulier de noter qu'un état de fatigue ou une fatigabilité ne sont pas, en eux-mêmes, des motifs d'invalidité, puisqu'ils ne constituent pas des diagnostics sur lesquels il est possible de s'appuyer pour justifier une incapacité de travail (cf. supra consid. 2.2); ils n'ont en tous les cas pas été établis en ce sens par la psychiatre traitante. Mais plus que le débat sur le diagnostic exact, il importe de relever, compte tenu des cautèles qui viennent d'être

soulevées au sujet du diagnostic anxio-dépressif retenu par cette dernière, qu'on ne saurait lui attribuer l'origine d'une fatigue pouvant justifier une augmentation de plus de moitié de l'incapacité de travail de l'assurée. Ce d'autant moins que l'expert F. _____ a fait procéder à des investigations spécifiques (polysomnographie), qui ont permis de confirmer un sommeil normal et l'absence d'origine neurologique de cette fatigue. On peut donc admettre que les plaintes de la recourante ont été prises au sérieux et dûment examinées par les experts, lesquels ont fourni des explications détaillées et convaincantes à cet égard. La Cour constate en particulier que les conclusions fournies par la Dre E. _____ sont concluantes: d'une part, celle-ci explique de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles elle ne se rallie pas aux conclusions de la psychiatre traitante, en particulier s'agissant de la présence d'un trouble dépressif, ainsi qu'il a été avalisé ci-dessus par la Cour. D'autre part, c'est au terme d'une analyse détaillée qu'elle pose son propre diagnostic (trouble de la personnalité), en expliquant les raisons pour lesquelles elle considère que ce dernier, de nature identitaire, n'est pas de nature à influencer la capacité de travail de l'assurée, respectivement qu'il n'est pas susceptible d'expliquer le retentissement allégué par cette dernière. Le fait que la psychiatre traitante soit d'un avis différent, notamment s'agissant de l'origine familiale du trouble de la personnalité (idéalisation de la cellule familiale), n'est en soi pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'experte. Ce type de divergence entre un expert et un psychiatre traitant est en effet inhérent à une majorité de situations de ce genre. Par ailleurs, les doutes formulés par la psychiatre traitante ne compensent pas les carences, relevées plus haut, de sa propre évaluation, notamment s'agissant de l'existence d'un trouble dépressif, respectivement sa sévérité. Plus généralement, le fait pour l'assurée de s'être soumise, le même jour, à deux expertises successives, était certes astreignant, notamment sur le plan de la concentration, et donc de nature à entraîner une forme d'épuisement de sa part. Il convient toutefois de noter que la passation de l'expertise psychiatrique, ici particulièrement déterminante (cf. supra consid. 4 in initio), est intervenue en premier lieu, de sorte que son résultat n'a pas été influencé, ce qu'elle ne prétend d'ailleurs pas. Il est qui plus est envisageable, voire compréhensible, qu'une certaine fatigue se soit manifestée durant l'expertise neurologique, au cours de l'après-midi. Cela étant, on ne saurait tirer de conclusion générale quant à la capacité de travail sur la seule base de la sévérité des symptômes allégués dans ce contexte particulier. En définitive, les conclusions du rapport remis par les experts de D. _____ SA emportent largement la conviction de la Cour de céans. Il sied dès lors de constater qu'aucun nouvel élément médical établi postérieurement à la décision, entrée en force, du 29 avril 2015 ne permet de confirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation ultérieure de l'état de santé de l'assurée, que ce soit sur le plan neurologique aussi bien que psychiatrique. Dans ces conditions, la Cour retient que la capacité de travail de l'assurée, respectivement sa capacité de gain n'ont pas subi de modification notable, appelant une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Elle doit ainsi continuer à percevoir une demi-rente d'invalidité, comme précédemment.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 5. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le 11 mars 2020. Pour les mêmes motifs, l'assurée n'a pas droit à des dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 13 août 2020/mba Le Président :
Le Greffier-rapporteur :

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