FR_GERICHTE 608 2021 59 vom 30. November 2021

FR Kantonsgericht, 2021-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_59

FR: FR_GERICHTE 608 2021 59 du 30 novembre 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2021 59 del 30 novembre 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 3

Est tout d'abord litigieuse, en l'espèce, l'évaluation de la capacité de travail de la recourante. Il sied en particulier de vérifier si, alors que son état de santé l'empêchait de reprendre toute activité

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 salariée dans un premier temps, ce dernier s'est ensuite amélioré et, cas échéant, dans quelle mesure et à partir de quand. Il convient de se référer au dossier médical.

E. 3.1.1

Sur le plan rhumatologique, le Prof. G._____ et la Dre H._____, respectivement médecin-chef et médecin assistante auprès de I._____, posent, dans leur rapport du

E. 3.1.2

Sur le plan psychiatrique, la Dre K._____, médecin cheffe de clinique adjointe au sein de L._____, prend position le 14 juin 2018 (dossier AI p. 104). Elle rappelle que la patiente a été hospitalisée à deux reprises et qu'elle est séjourne depuis le 26 février 2018 dans la clinique de jour, "pour une structuration des journées et stabilisation psychique". Les symptômes sont décrits de la manière suivante: "La patiente présente une profonde tristesse depuis plusieurs mois, en lien avec son arrêt de travail, avec un sentiment d'inutilité et d'impuissance important. Nous notons une fatigue et perte d'intérêt marquées. Comme facteurs de crise, nous énumérons une situation conflictuelle dans le couple, des sentiments de solitude et d'inutilité marqués depuis l'arrêt du travail. […] Par

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 ailleurs, la patiente explique qu'il y a plusieurs situations ayant accentué sa symptomatologie, notamment Ie départ de son fils et de sa fille qui vivent actuellement à Zürich (depuis 2 ans), un harcèlement de la part de son voisin avec un conflit physique". Le pronostic est réservé, "au vu de la chronicité du tableau, avec un diagnostic posé en mai 2017 et une non réponse au traitement psychothérapeutique et pharmacologique, ainsi qu'au vu d'un manque de ressources professionnelles". L'incapacité de travail est considérée comme totale, pour les raisons suivantes: "Diminution de l'attention et de la concentration, stabilité au niveau émotionnel qui peut entraîner des difficultés d'intégration dans une équipe et engendrer de l'absentéisme. Capacité à effectuer des tâches simples. La patiente peut éprouver des difficultés à suivre les tâches données". L'évolution durant le séjour n'est pas favorable "malgré les entretiens médico-infirmiers et les thérapies de groupe. La patiente n'arrive pas à être régulière en raison de l'inversion du

rythme nycthéméral et divers rendez-vous auprès de médecins externes ou de problèmes physiques (douleurs)". Dans un rapport du 8 mars 2019 (dossier AI p. 259), le Dr M._____ indique suivre l'assurée depuis juillet 2018, à raison de 2 à 3 consultations mensuelles. Il atteste d'une complète incapacité de travail. A l'anamnèse, il mentionne une dépression récurrente, dans un contexte psychosocial difficile (déménagement dans le canton de Fribourg, situation professionnelle et conjugale difficile, conflit de voisinage); des maladies physiques sont également annoncées (tuberculose et maladie rhumatoïde traitées). Les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de troubles mixtes de la personnalité (F61) sont posés, engendrant différentes limitations fonctionnelles (troubles de la concentration, de la mémoire et de l'attention, baisse de l'humeur, anxiété importante, troubles du sommeil, fatigue envahissante, ruminations anxieuses). Le psychiatre estime qu'"au vu de son état psychique, [l'assurée] ne dispose pas de ressources" et induit une incapacité totale de travail et entrave également son activité ménagère.

E. 3.1.3

Le 7 mai 2019 (dossier AI p. 275), le Dr N._____, spécialiste en anesthésiologie auprès du SMR, estime que les rapports précités sont insuffisants pour évaluer la capacité de travail et préconise de procéder à des investigations médicales supplémentaires. C'est ce qui a motivé la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, le mandat étant confié à C._____. Le Dr F._____, spécialiste en rhumatologie, et la Dre E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont remis leur rapport le 14 octobre 2019 (dossier AI p. 298). Sur le plan rhumatologique (dossier AI p. 327), l'expert rappelle que l'assurée "rapporte des douleurs cervicales ayant débuté, depuis des années, avec une accentuation depuis mars 2017, notamment au niveau scapulaire avec des maux de tête", et qu'un diagnostic de spondylarthrite a été posé en 2018. Il note par ailleurs que la symptomatologie est essentiellement centrée sur ses problèmes psychologiques. Il ressort de la description de la vie quotidienne qu'elle "ne fait rien du tout. C'est sa fille qui s’occupe de l’entretien de sa maison". Tout en admettant que "le diagnostic de spondylarthrite paraît tout à fait justifié, au vu des données cliniques, radiologiques et biologiques", l'expert constate que "l’examen rhumatologique ce jour paraît satisfaisant, contrastant avec les plaintes de la personne assurée". A l'examen clinique, l'expert relève avant tout les pleurs de l'expertisée, ainsi que son agressivité en réaction à certaines questions. Au terme dudit examen, il ne retient qu'un status de syndrome Iombo- vertébral, sans élément en faveur d’une poussée inflammatoire: "La personne assurée remplit les critères en faveur d’une spondylarthropathie selon les critères ASAS avec actuellement un score de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 BASDAI 4,35 et un BASFI à 2,9, témoin d'un état peu stabilisé. Tout ceci reste des éléments subjectifs, la personne assurée répond oui à toutes les questions posées. Cela ne permet pas au sens de l'expert de définir l’état inflammatoire de la personne assurée, le résultat est faussé par des réponses positives à toutes les questions, contrastant avec un examen objectif totalement négatif, ne permettant pas de retenir de signes d’arthrite ou de synovite de dactylite ou autres éléments témoin d’une activité inflammatoire de la maladie rhumatismale clinique en l’occurrence la spondylarthropathie mixte". Selon l'expert, "l’examen clinique va dans le sens d’une stabilisation de la symptomatologie rhumatismale inflammatoire depuis la mise sous traitement par Erelzi (bio similaire Enbrel) en injection sous cutanée". En substance, l'expert estime que "l’examen rhumatologique dans son ensemble est satisfaisant, ne retenant aucun élément en faveur

d’une synovite, d’une dactylite, ou d'arthrite, ou d’atteinte rachidienne invalidante". De ce fait, l'assurée est selon lui "tout à fait capable de reprendre son activité professionnelle dans l’activité exercée en dernier lieu, d’infirmière, à condition que cette activité se fasse en-dehors d’un EMS, en évitant le port de charges et sans manipulations" et ce, à plein temps. Sur le plan psychiatrique (dossier AI p. 346), l'experte établit tout d'abord l'anamnèse, dans le cadre de laquelle on apprend que l'assurée a subi une décompensation dépressive avec tentamen en 2017, à la suite de laquelle elle a été hospitalisée plusieurs semaines. "La personne assurée se souvient que c’était une période très difficile, car elle avait changé de poste, de Genève pour arriver sur Fribourg. C'est à ce moment-là qu’ils ont acquis une maison, son mari et elle, et c'est à cette période que son mari a été hospitalisé pendant plus de 18 mois pour des problématiques d'ordre psychiatrique. La personne assurée a fait l’objet de violences conjugales récurrentes durant la vie de couple pour lesquelles elle a été prise en charge en milieu hospitalier, des violences qui sont encore d’actualité. […] Celle-ci ne s’est pas remise de cette situation et a réitéré une tentative de suicide en 2018. Elle a été prise en charge en milieu hospitalier environ 5 fois depuis 2017, la dernière hospitalisation date de mars 2019. La personne assurée décrit une symptomatologie d’allure dépressive qui se chronicise avec des difficultés à une récupération, même sous médication". Le traitement consiste alors en un traitement antidépresseur, antipsychotique et anxiolytique prescrit par sa généraliste traitante, et de consultations hebdomadaires chez son médecin psychiatre. La description d'une journée-type est la suivante: "La personne assurée se couche à 19h. Elle se réveille à 2h30 du matin. Elle prend son café. A 5h du matin, elle se rendort jusqu’à 11h. Selon ses dires, elle reste assise, prostrée dans son lit toute la journée, porte fermée, rideaux baissés, et fait en sorte de ne communiquer avec personne. C’est sa fille qui prépare le repas du soir où elle va manger. A midi, elle ne s’alimente pas et fait en sorte d’éviter le contact avec son mari qui est décrit comme étant quelqu’un d’hostile à son égard". Globalement, l'ensemble des activités ménagères est effectué par la fille ou l'époux de l'assurée. L'experte procède ensuite à l'examen clinique, lors duquel elle constate notamment que "le contact oculaire est évitant. La voix est basse. La posture est très changeante, car la personne assurée se plaint de douleur au dos et se tient sur différentes positions sur le siège tout au long de l’entretien. La personne assurée pleure du début jusqu’à la fin de l’entretien. Les signes de fatigue sont visibles". Après un examen détaillé, elle note que le dosage de l'antidépresseur et du neuroleptique sont en-dessous de la norme attendue. Un test psychologique donne un score correspondant à une dépression légère à moyenne. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) est considéré comme influençant la capacité de travail; en revanche, celui de troubles mixte de la personnalité avec des trais de personnalité histrionique et émotionnellement labile (F61.0) est sans incidence à cet égard.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 Après rappel et discussion des diagnostics posés précédemment par les psychiatres traitants, l'experte retient ce qui suit: "L’évaluation de ce jour, retient un épisode dépressif d’intensité léger à modéré, la thérapeutique en place est insuffisante et peut-être améliorée, ce qui augure d’un bon pronostic de l’état de santé de la personne assurée". Il est fortement recommandé de majorer le traitement sous antidépresseur ou d’introduire un régulateur de l’humeur (de la famille des antiépileptiques) qui est souvent utilisé pour stabiliser les traits de personnalité particuliers et permettra d’alléger voire de retirer la charge de la Rispéridone, qui a un effet dyskinétique au vu de l’état et de l’akinésie constatée au jour d’aujourd’hui, et du Temesta, qui a un effet

fortement sédatif. Dans son évaluation, l'experte psychiatre rappelle que l'assurée a toujours travaillé dans sa vie, mais que, depuis 2017, elle est en incapacité totale de travail et a multiplié les hospitalisations en milieu psychiatrique, dans un contexte de conflit conjugal. L'assurée bénéficie d'un suivi soutenu auprès de son psychiatre et d'un traitement médicamenteux. L'experte relève la présence de nombreux facteurs du surcharge: "La personne assurée a perdu son travail, elle présente un endettement important et des difficultés conjugales. Comme autre facteur de surcharge, nous retenons un manque de compliance thérapeutique". La présence de ses 3 enfants, qui travaillent et la soutiennent beaucoup à tous les points de vue, constitue en revanche une ressource importante. Elle évalue dès lors la capacité de travail comme suit: "L'incapacité de travail est de 0% depuis mai 2017, et est de 0% encore actuellement, sous traitement bien conduit, la capacité de travail sera de 100% dans un délai de 3 mois, sous traitement bien conduit et avec une amélioration de l'hygiène de vie de la personne assurée". Consensuellement (dossier AI p. 319), les experts retiennent en substance que "l'examen rhumatologique est sans particularité, n'entraînant aucune limitation fonctionnelle dans aucun domaine", alors que, sous l'angle psychiatrique, "une symptomatologie d'allure dépressive [rentrant] dans le cadre d'une récurrence dépressive avec un épisode actuel moyen" est retenue. Ainsi, un diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) est retenu avec incidence sur la capacité de travail, tandis que celui, partiel, de troubles mixtes de la personnalité avec traits de personnalité histrionique et émotionnellement labile (F61.0) est considéré comme sans incidence à cet égard. Tout en retenant une incapacité de travail complète depuis mai 2017, pour des motifs psychiatriques, les experts admettent néanmoins qu'une plaine capacité de travail pourrait être récupérée dans un délai de trois mois, "sous traitement bien conduit et avec une bonne hygiène de vie". Dans ce contexte, différents facteurs de surcharge sont évoqués: "[Ils] sont en lien avec les facteurs: économique, sociale et environnemental, la personne assurée a perdu son travail, elle présente un endettement important et des difficultés conjugales. Comme autre facteur de surcharge, nous retenons un manque de compliance thérapeutique". Des problèmes de cohérence sont également mentionnés (discordance entre les plaintes et l'examen rhumatologique normal; limitations pas uniformes dans tous les domaines). Globalement, l'incapacité de travail découle donc uniquement de l'atteinte psychiatrique.

E. 3.1.4

Dans un rapport du 14 novembre 2019 (dossier AI p. 372), le médecin SMR estime que "les conclusions concernant l'exigibilité médicale ne sont pas cohérentes avec les troubles objectivés et les critères de la médecine d'assurance". Il relève à cet égard la présence de nombreuses incohérences et contradictions (limitations pas uniformes dans tous les domaines, expertisée démonstrative et peu collaborante, ayant tendance à amplifier les symptômes et présentant encore de nombreuses ressources); il note également que les experts n'ont pas exclu les facteurs extra- médicaux lors de l'appréciation de la capacité de travail. C'est pourquoi il considère que la valeur probante de l'expertise est insuffisante. Compte tenu en outre d'une compliance médicamenteuse

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 seulement partielle, il ajoute que "la situation actuelle doit être considérée comme non stabilisée en l'absence de traitement adéquat et bien suivi". En réponse du 19 novembre 2019 (dossier AI p. 380), la Dre E._____ annonce modifier ses conclusions, "après relecture de [ses] données anamnestiques et du dossier". Elle remet une nouvelle version du rapport d'expertise, cosignée avec son confrère rhumatologue et

datée du 26 novembre 2019 (dossier AI p. 382). Elle ne diffère que sur quelques points de l'original, principalement s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail: l'experte retient désormais que celle-ci est nulle entre mai 2017 et février 2018 seulement, soit durant les périodes d'hospitalisation (cf. points 3.7, 3.8, 3.10, 4.1 et 6.8). Elle considère que la mise en place d'un traitement adéquat aurait alors permis à l'expertisée de recouvrer une capacité de travail de 70% sur le plan psychiatrique à partir du mois de mars 2018 et que dite capacité pouvait augmenter à 100%, dans un délai de 3 mois après l'expertise, "sous un traitement bien conduit et avec une bonne hygiène de vie". Elle reprend sa recommandation visant à majorer le traitement antidépresseur (point 6.6).

E. 3.1.5

Dans la foulée, un projet de décision a été rendu par l'OAI, le 8 janvier 2020 (dossier AI p. 450). Dans le cadre des objections audit projet, la recourante a remis un rapport établi le 26 mars 2020 par le Dr O._____ et le Dr P._____, œuvrant tous deux au sein de Q._____ (dossier AI p. 505). Ceux-ci rappellent tout d'abord la médication mise en place depuis le 9 janvier 2020, "en raison de la persistance des symptômes dépressifs et anxieux". Ils précisent néanmoins que les différentes combinaisons mises en place (antidépresseur en monothérapie, puis en bithérapie et enfin combiné avec un régulateur de l'humeur) n'ont pas permis de juguler les symptômes dépressifs, ni une importante instabilité émotionnelle, malgré la compliance de leur patiente au traitement. Ils concluent en ces termes: "Ce n’est pas seulement la dépression qui rend actuellement impossible toute activité professionnelle. C’est également le trouble de la personnalité précédemment cité, qui est actuellement instable, qui rend toute activité professionnelle non envisageable actuellement". Invitée à prendre position sur le rapport précité, la Dre E._____ s'est prononcée le 20 avril 2020 (dossier AI p. 511). Tout en saluant l'introduction d'un traitement de Venlafaxine, elle déplore un dosage (150 mg) insuffisant, 225 mg étant selon elle nécessaires pour atteindre un effet antidépresseur. Elle ajoute que la bonne compliance est seulement alléguée, mais non démontrée par des documents ad hoc. De même, les modalités (dosage) du traitement régulateur de l'humeur ne sont pas précisées et l'experte considère qu'un autre type de traitement (Abifily) devrait être envisagé. S'agissant ensuite du trouble de la personnalité, l'experte confirme l'absence de gravité fonctionnelle de ce diagnostic, moyennant un traitement adéquat. Sous l'angles des indicateurs jurisprudentiels, elle relève notamment la présence de ressources personnelles suffisantes, l'absence de recours à de multiples offres thérapeutiques, des incohérences relevées lors de l'évaluation ainsi que des dosages médicamenteux insuffisants. Une discordance entre les plaintes et le constat objectif, de même qu'une collaboration douteuse, ne permettant pas d'établir clairement le fonctionnement quotidien de l'assurée, sont également évoqués. Dans une intervention du 14 juillet 2020, l'assurée a remis un rapport de la Dre H._____, daté du 6 juillet précédent (dossier AI p. 583). Elle confirme tout d'abord le diagnostic d'arthrite psoriasique avec prédominance d'une atteinte axiale, soit une pathologie faisant partie de la famille des spondylarthropathies. Elle se distancie ensuite de l'avis de l'expert en rhumatologie, en invoquant avoir pu constater la présence d'une activité inflammatoire lors d'examens cliniques réalisés en avril 2019, en février 2020 et en juillet 2020. Elle relaie en outre le fait que, lors de

 l'expertise, les articulations périphériques n'auraient pas été examinées, mais uniquement la mobilité du rachis. Selon elle, l'arthrite psoriasique induit des limitations fonctionnelles: "En raison des rachialgies, elle ne peut pas porter de

charges dépassant 2 kg, ni effectuer des mouvements en porte-à-faux, ni des mouvements répétitifs de flexion ou de rotation du rachis. Elle ne peut pas rester dans une position statique prolongée, que ce soit assise ou debout. Les synovites des mains induisent une ankylose, une diminution de la force de préhension et de la dextérité. La patiente ne peut donc pas utiliser ses mains de manière répétée, ni pour effectuer des gestes demandant de la force ou de la précision. Sa capacité de travail en tant qu'infirmière peut donc être estimée nulle. Dans une activité adaptée qui tienne compte de toutes les limitations fonctionnelles énoncées ci- dessus, une capacité de travail de 40% avec un rendement de 50% est envisageable, dépendant encore de l'évolution de l'arthrite psoriasique avec les divers traitements, de l'évolution des comorbidités psychiatriques sévères et envahissantes et du probable syndrome douloureux chronique secondaire". En réponse du 7 septembre 2020 (dossier AI p. 594), le Dr F._____ indique que le rapport précité ne modifie pas les conclusions de son expertise. Il indique tout d'abord n'avoir en aucun cas remis en question le diagnostic de spondylarthropathie et confirme ensuite que son examen "n'a mis en évidence aucune pathologie active", l'évocation par la Dre H._____ d'une pathologie insuffisamment maîtrisée aux dates de ses examens n'ayant pas été confirmée à la date de l'expertise. Enfin, il relève que la capacité de travail de l'assurée "dans son activité habituelle d'infirmière dans un EMS est adaptée selon les limitations fonctionnelles émises dans le profil d'effort". C'est dans ce contexte que la décision litigieuse a été rendue par l'OAI, en date du 11 février 2021.

E. 3.2

Dans son recours, l'assurée remet en cause la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire, en y opposant l'avis de ses spécialistes traitants. S'agissant du volet rhumatologique, le rapport d'expertise remis répond parfaitement aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Il a été effectué en pleine connaissance du dossier et sur la base d'examens complets. L'expert a pris en considération les plaintes exprimées par l'assurée et les points litigieux ont été discutés. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions sont dûment motivées. En substance, l'expert conclut à l'absence d'atteinte invalidante, en particulier de nature inflammatoire, retenant tout au plus un status de syndrome Iombo-vertébral non susceptible d'influencer significativement la capacité de travail de l'expertisée. Son examen met avant tout en exergue une discordance notoire entre le constat objectif, peu contributif, et les plaintes de l'assurée. Dans ce contexte, celui-ci confirme le bien-fondé du diagnostic de spondylarthrite "au vu des données cliniques, radiologiques et biologiques", mais en relativise toutefois l'impact fonctionnel, compte tenu de la forte discordance rappelée ci-avant. Il estime que l'examen clinique va dans le sens d'une stabilisation de la symptomatologie rhumatismale inflammatoire depuis la mise sous traitement (Erelzi). Ces explications, fondées notamment sur un examen attentif du dossier, sont tout à fait cohérentes et emportent la conviction de la Cour. Contrairement à l'avis de la recourante, la position de l'expert n'est pas fondamentalement incompatible avec celle des spécialistes traitants: si, dans les rapports établis antérieurement à l'expertise (cf. supra consid. 3.1.1), les médecins de I._____, posent certes le diagnostic d'arthrite psoriasique, ils n'en relèvent pas moins l'amélioration significative

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 obtenue grâce au traitement spécifique mis en place (Simponi, puis Erelzi); mais ils insistent surtout sur l'influence majeure exercée par les facteurs psychiques, évoquant la présence d'une "comorbidité psychiatrique sévère et envahissante", laquelle justifie principalement l'incapacité totale de travail attestée par leurs

soins. Finalement, ils déplorent le manque de collaboration de leur patiente qui ne fait pas de physiothérapie active "malgré [leur] insistance à plusieurs reprises" et alors même que cela constitue, de l'aveu même de ces médecins traitants, l'un des piliers du traitement de ce type de pathologie. Dans ce contexte, le rapport remis par la Dre H._____ dans le cadre des objections au projet de décision (cf. supra consid. 3.1.5) ne permet pas d'aboutir à une autre conclusion. Il ne remet pas fondamentalement en cause la position de l'expert F._____, dans la mesure où la présence d'une atteinte inflammatoire n'est pas contestée par ce dernier et où le diagnostic a été unanimement admis. Leurs avis divergent certes s'agissant de l'intensité de cette atteinte et de son impact sur la capacité de travail. Il est possible, voire probable, que l'intensité de l'activité inflammatoire soit susceptible de varier au cours du temps. Cela étant, la rhumatologue traitante se fonde principalement sur la présence d'une activité inflammatoire lors des 3 consultations intervenues entre avril 2019 et juillet 2020 pour attester une diminution substantielle de dite capacité. Or, une lecture attentive desdits documents conduit à relativiser ce point de vue: il en ressort que la situation sur le plan strictement rhumatologique était plutôt rassurante, qu'une amélioration non négligeable avait pu être obtenue grâce au traitement médicamenteux mis en place et que l'incapacité de travail découlait avant tout de la problématique psychique. Cette conclusion s'impose d'autant plus que les éléments auxquels la Dre H._____ fait référence pour asseoir son jugement consiste en des tests (Basdai et Basfi) basés sur des réponses fournies par l'assurée, qui méritent dès lors d'être envisagés avec prudence, comme l'a d'ailleurs relevé l'expert. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, les conclusions de ce dernier doivent être confirmées. Pour être exhaustif, on notera encore la présence au dossier du rapport du 27 mai 2021 établi par la Dre R._____, spécialiste en rhumatologie, et déposé par la recourante à l'appui de ses contre- observations. Etabli postérieurement à la décision litigieuse, ce document, basé sur un examen clinique réalisé en avril 2021, déborde de l'état de fait soumis à l'examen de la juridiction de céans et ne peut, a priori, être examiné que sous l'angle d'une nouvelle demande. D'autant qu'il consiste en de brèves réponses à des questions posées par le mandataire de la recourante et confirme tout au plus la présence de signes d'activité inflammatoire lors de l'examen en question, ce qui ne conduit pas, en soi, à remettre en question le résultat de l'expertise du Dr F._____.

E. 3.3

La recourante conteste également le volet psychiatrique de l'expertise. Elle se plaint principalement du revirement opéré par la Dre E._____ s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail. Dans un premier temps, celle-ci a admis une incapacité totale de travail depuis mai 2017 jusqu'au moment de l'expertise et anticipait une amélioration dans un délai de trois mois, soit le temps d'instaurer un traitement adéquat et une amélioration de l'hygiène de vie. Elle s'est pourtant ravisée suite aux remarques émises par le médecin SMR et, dans une seconde version de son rapport, elle a retenu une incapacité totale de mai 2017 à février 2018 seulement. Elle a retenu que l'expertisée aurait été en mesure de recouvrer une capacité de travail de 70% sur le plan psychiatrique à partir du mois de mars 2018 déjà, soit après sa dernière hospitalisation et "si celle-ci avait accepté la prise en charge complète proposée par l'équipe soignante durant et après son hospitalisation". Enfin, moyennant la mise en place d'un traitement adéquat et d'une bonne hygiène de vie, elle estime

 qu'une pleine capacité de travail pouvait être à nouveau atteinte dans un délai de trois mois suivant l'expertise. Amenée à statuer, la Cour de céans constate que, dans ses remarques formulées suite à la version initiale de l'expertise, le

médecin SMR mentionnait la présence de limitations qui n'étaient pas uniformes dans tous les domaines de la vie, d'une attitude démonstrative et peu collaborante, de nombreuses incohérences et contradictions, ainsi que l'existence de nombreuses ressources. Il ajoutait que "bien que les experts relèvent l'importance de facteurs économiques, sociaux et environnementaux, non à la charge de l'AI, ils ne les excluent cependant pas de leur appréciation de la capacité de travail", pointant du doigt une "pondération [in]correcte des indicateurs standards fixés par la jurisprudence" Dans ces conditions, le diagnostic retenu par l'experte (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique; F33.10) ne pouvait selon lui justifier une incapacité totale de travail, d'autant moins en présence d'une compliance thérapeutique seulement partielle. Dans ces conditions, on était en droit d'attendre de la part de l'experte-psychiatre une prise de position circonstanciée sur les différents points soulevés par le médecin-conseil de l'AI. A la lecture de la seconde version de l'expertise, on ne peut donc que déplorer que celle-ci se soit contentée de réduire la durée de l'incapacité totale de travail, en partant du principe qu'une amélioration aurait pu être obtenue en mars 2018 déjà, sans autre forme d'explication, notamment quant à l'influence et à la pondération des différents facteurs extérieurs évoqués par le médecin SMR. Il convient en outre d'admettre que ce n'est qu'au moment de l'expertise psychiatrique que l'inadaptation (éventuelle) du traitement suivi jusqu'alors par la recourante, avec l'appui de ses médecins traitants, a pu être constatée. Il ne peut donc être question d'attribuer rétroactivement à cette dernière une capacité de travail (à 70%) basée sur l'hypothèse de la mise en place d'un autre traitement, ce d'autant moins qu'aucun motif médical n'est avancé par l'experte-psychiatre pour justifier la résurgence d'une capacité de travail à ce moment-là (mars 2018). C'est par conséquent à tort que l'autorité intimée a fixé le terme de l'incapacité totale de travail au 28 février 2018. Il convient au contraire d'admettre que dite incapacité s'est à tout le moins prolongée jusqu'au moment où le rapport d'expertise a été rendu, respectivement trois mois plus tard, le temps que le traitement préconisé par l'experte-psychiatre soit susceptible de déployer ses effets. S'agissant du début de l'incapacité de travail, il est renvoyé au consid. 5 ci-dessous. 4. Dans ce contexte, la recourante allègue encore que son état de santé ne s'est pas amélioré dans les mois qui ont suivi l'expertise, en dépit du fait qu'elle a suivi les recommandations qui y figuraient. Elle reproche également à l'OAI d'avoir omis de lui fixer un délai pour suivre un traitement psychiatrique adéquat, au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA. 4.1. D'après l'art. 7 al. 1 LPGA, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). L'art. 7b al. 1 LPGA ajoute que les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 de la présente loi ou à l'art. 43 al. 2 LPGA. En vertu de l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément,

 dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. 4.2. Dans son expertise, la psychiatre E._____ relevait un dosage insuffisant de la médication antidépressive (Brintelix à 20 mg) qui plus est avec un fort

doute sur la compliance. Elle recommandait "de majorer le traitement sous antidépresseur ou d'introduire un régulateur de l'humeur (de la famille des antiépileptiques)", ce qui devait permettre de renoncer à l'administration d'autres médicaments, susceptibles d'avoir des effets dyskinétiques et/ou sédatifs. Lors d'un échange intervenu au printemps 2020 (cf. supra consid. 3.1.4), soit quelques mois après l'expertise litigieuse, les médecins de Q._____ ont indiqué, à la demande du mandataire de l'assurée, que les différentes combinaisons de médicaments mises en place depuis le mois de janvier 2020 (traitement antidépresseur en monothérapie, puis en combinaison en bithérapie [deux antidépresseurs], puis en combinaison avec un thymorégulateur) n'avaient pas permis de juguler les symptômes dépressifs, ni une importante instabilité émotionnelle, malgré la compliance au traitement. Ils évoquaient l'influence d'un trouble de la personnalité qui, associé à la dépression, rendait toute activité professionnelle inenvisageable. Implicitement, ils remettaient en cause l'efficacité du traitement préconisé par l'experte psychiatre. Cette dernière a pris position en saluant d'un côté l'introduction d'un traitement antidépresseur (Efexor), mais relevant de l'autre l'insuffisance du dosage (150 mg au lieu de 225 mg); elle a aussi fait remarquer que la compliance n'était pas démontrée par des résultats sérologiques. Elle s'est par ailleurs distanciée du traitement régulateur de l'humeur mis en place (de type lithium), recommandant l'usage d'une autre famille (antiépileptiques, antipsychotiques atyptiques). En résumé, elle a proposé le traitement suivant: Efexor 225 à 300 mg/j et Abilify 10 à 15 mg/j, dosages à atteindre progressivement. S'agissant plus particulièrement du trouble de la personnalité, elle a rappelé la présence de ressources personnelles suffisantes, d'incohérences relevées lors de l'évaluation, d'une discordance entre les plaintes et le constat objectif ainsi que d'une collaboration douteuse, l'ensemble lui faisant confirmer ses conclusions quant au caractère non incapacitant de ce diagnostic. 4.3. Au vu de ce qui précède, la réplique de l'experte psychiatre n'était pas dénuée d'intérêt, dans le sens que les indications fournies dans le cadre des objections au projet de décision par les psychiatres traitants étaient effectivement peu précises, en particulier du fait de l'absence de toute donnée relative à la compliance médicamenteuse. Cela étant, dites indications ont conduit la Dre E._____ à préciser les modalités de la médication à mettre en place, ce qui tend à démontrer qu'une incertitude subsistait jusqu'alors. Il importe en outre de noter que la recourante a entrepris d'adapter son traitement en fonction des recommandations de l'experte, avec l'appui de ses psychiatres traitants, en dépit de l'absence de mise en demeure formelle de l'OAI. Il ressort de la lecture des échanges entre ces différents spécialistes en psychiatrie que l'assurée s'est fiée aux indications de ses médecins traitants et que ce sont bien ces derniers qui ont remis en cause, sous certains aspects, les recommandations de l'experte psychiatre. Or, compte tenu du lien de confiance qui unit le patient à son médecin traitant

 et singulièrement à son psychothérapeute, on ne pouvait attendre de la recourante qu'elle s'opposât aux recommandations thérapeutiques de ses psychiatres traitants. En définitive, il convient d'admettre qu'en faisant une prévision concernant l'amélioration de la capacité de travail en fonction de l'adaptation du traitement médicamenteux, l'experte n'a pas formulé un constat médical sur l'état de santé existant, mais une hypothèse sur l'évolution normalement attendue de la maladie après traitement. Or, seule une constatation médicale effectuée à la suite du traitement serait en mesure de préciser si celui-ci a eu, ou non, les effets escomptés et de tirer des conclusions quant à la capacité de travail à ce moment-là. Il était donc nécessaire que l'OAI mette l'assurée en demeure de se soumettre audit traitement, en lui fixant les conditions à respecter, et

réévalue la situation au moment voulu. A défaut, il subsiste un doute non négligeable, tant sur le respect du traitement par l'assurée que sur son efficacité. Il appartiendra dès lors à l'Office intimé d'examiner ce point en fonction de la situation actuelle de la recourante et, sous réserve d'un changement des circonstances, de lui enjoindre de se soumettre au traitement recommandé par la Dre E._____ en procédant à une mise en demeure écrite conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA, en relation avec les art. 7b al. 1 et 7 al. 2 let. d LAI. Cas échéant, l'OAI invitera préalablement l'experte précitée à se déterminer au sujet du rapport déposé par la recourante à l'appui de ses contre-observations (rapport du 1er avril 2021 établi par la Dre S._____). 5. Est enfin contesté le moment du début du droit à la rente: l'OAI a retenu que l'arrêt de travail n'était médicalement justifié qu'à partir du 28 mai 2017, date à laquelle l'assurée a été hospitalisée, raison pour laquelle le droit à une rente ne peut être admis qu'à partir du mois de mai 2018, au terme du délai d'attente d'une année. La recourante s'est pour sa part référée au dossier de l'assureur perte de gain maladie pour prétendre qu'elle présentait déjà une telle incapacité en septembre 2016, de sorte qu'un droit à une rente devrait lui être reconnu à partir du 1er septembre 2017. 5.1. Il ressort du dossier précité que l'assurée a effectivement subi plusieurs périodes d'incapacité de travail avant le 27 mai 2017. L'une d'elles a été attestée du 27 septembre au 31 octobre 2016 par T._____ (à 100% jusqu'au 14 octobre, puis à 50%). Une brève incapacité totale de travail a ensuite été attestée par la Dre U._____ de V._____, entre le 24 novembre et le 4 décembre 2016, puis par la psychiatre traitante W._____, du 5 au 15 décembre 2016. Par la suite, des certificats d'incapacité ont été établis à la fois par le Dr X._____, généraliste traitant, et par le Dr Y._____, spécialiste en urologie: à 50% du 15 décembre 2016 au 9 janvier 2017, puis à 100% jusqu'au 22 janvier 2017. Finalement, un certificat du Dr Z._____ justifie une incapacité partielle (50%) entre le 17 mars et le 12 avril 2017. 5.2. Sans dénier le fait que ces documents démontrent que la recourante rencontrait déjà des problèmes de santé modifiant sa capacité de travail avant la fin mai 2017, force est toutefois de constater qu'il ne s'agissait que de périodes décousues, sans réelle cohérence entre elles. On en veut notamment pour preuve le fait qu'elles ont été attestées par de nombreux médecins différents et qu'elles ne permettent en aucun cas de démontrer être toutes en lien direct avec la problématique invalidante faisant l'objet de la présente procédure; cela est particulièrement évident s'agissant de l'incapacité attestée par le spécialiste en urologie.

 A la lumière de ce qui précède, l'OAI pouvait légitimement retenir, sur la base du dossier constitué, notamment l’expertise, que ce n'est qu'à partir de l'hospitalisation survenue le 27 mai 2017 que la situation s'est significativement et durablement dégradée.

E. 6

En résumé, on peut donc retenir que l'assurée a présenté une incapacité totale de travail pour des motifs psychiatriques à partir du 27 mai 2017, de sorte qu'une invalidité complète, ouvrant le droit à une rente entière, peut être admise dès le 1er mai 2018. Il est possible de considérer que cette situation a perduré à tout le moins jusqu'au moment de l'expertise, respectivement trois mois plus tard. Cela étant, en l'absence d’un examen médical effectué à la suite du changement du traitement et d'une éventuelle mise en demeure ad hoc quant au traitement à suivre (cf. supra consid. 4), il s'impose de poursuivre le versement de dite rente au-delà de ce délai. Néanmoins, il convient encore de tenir compte du fait que l'assurée a repris son activité habituelle à 50% auprès d'un nouvel employeur à partir du 1er novembre 2020 (cf. pièce 4 du bordereau de pièces joint au recours). Cet élément, qui n'a pas été porté

à la connaissance de l'autorité intimée avant qu'elle ne rende la décision litigieuse, en février 2021, constitue à l'évidence un motif démontrant une modification significative de l'état de santé de l'assurée, justifiant de réévaluer son degré d'invalidité. Si une amélioration peut être admise à partir de la reprise d'emploi, il demeure néanmoins difficile, en l'état du dossier, de déterminer à quel moment elle s'est effectivement produite, faute de document médical en ce sens. Il est toutefois vraisemblable que tel était déjà le cas antérieurement déjà. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il paraît en l'espèce raisonnable de fixer au 1er novembre 2020 le moment du changement du droit à la rente. S'agissant du calcul de degré d'invalidité y relatif, il sied de se référer, au titre de revenu d'invalide, au salaire nouvellement perçu pour une activité d'infirmière diplômée à 50%, soit CHF 55'986.45. Comparé au salaire moyen qu'elle aurait pu réaliser sans atteinte à la santé dans son activité d'infirmière selon le questionnaire de l'employeur, soit CHF 111'636.85, on aboutit à un taux d'invalidité de 49.84% qui, arrondis à 50% (cf. arrêt TF 8C_575/2018 du 30 janvier 2019 consid. 7), lui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité.

E. 7

Globalement, le recours est donc partiellement admis et la recourante se voit reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité entre le 1er mai 2018 et le 31 octobre 2020, puis à une demi-rente à partir du 1er novembre 2020. Il incombera en outre à l'OAI de revoir la situation sous l'angle de l'obligation de l'assurée de diminuer le dommage, après avoir enjoint formellement cette dernière à se soumettre à un traitement adéquat, conformément aux considérants. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe pour l'essentiel. L'avance de frais de CHF 800.- consentie par la recourante lui est restituée. Ayant obtenu en très grande partie gain de cause, la recourante a droit à des dépens entiers. Dans la liste de frais produite le 12 novembre 2021, le mandataire de cette dernière a calculé les débours de façon forfaitaire, à raison de 5% du montant des honoraires; or, ce mode de procéder, valable en matière civile, ne correspond pas aux exigences du Tarif/JA du 17 décembre 1991. En application de l'art. 11 al. 1 Tarif/JA, la Cour est fondée à s'en écarter et à fixer globalement indemnité. Compte tenu de la nature et de la complexité du litige, une indemnité de CHF 3'000.-, débours compris, à

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 laquelle s'ajoutent CHF 231.- de TVA à 7.7%, soit un total de CHF 3'231.-, est versé à la recourante et mis à la charge de l'autorité intimée. la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis et la recourante a droit à une rente entière de l'assurance- invalidité à compter du 1er mai 2018, puis à une demi-rente à partir du 1er novembre 2020. La cause est par ailleurs renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle réévalue la situation après avoir sommé la recourante de se soumettre à un traitement adéquat, conformément à son devoir de réduire le dommage. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais de CHF 800.- consentie par la recourante lui est restituée. IV. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 3'000.- d'honoraires, y inclus les débours, et CHF 231.- au titre de la TVA à 7,7 %, soit à un total de CHF 3'231.-, et est mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer

succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu’une copie du jugement, avec l’enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n’est en principe pas gratuite. Fribourg, le 30 novembre 2021/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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