



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2019 258

Arrêt du 31 janvier 2020

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Yann Hofmann, Marc Sugnaux
Greffier-stagiaire : Nicolas Chardonens

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Inclusion Handicap,
Maître Karim Hichri, avocat

contre

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

Objet

Assurance-invalidité; révision

Recours du 3 octobre 2019 contre la décision du 3 septembre 2019

considérant en fait

A. A. _____, née en 1985, domiciliée à B. _____, souffre d'une glomérulonéphrite sclérosante (néphrite lupique) diagnostiquée en 1986.

Elle a subi une première allogreffe rénale de donneur vivant progressant vers une insuffisance rénale préterminale en 1997.

Elle est titulaire d'un CFC d'employée de commerce et d'une maturité professionnelle commerciale obtenus respectivement en 2006 et 2008. Elle a travaillé à 40% en qualité de stagiaire comptable auprès de l'entreprise C. _____ SA, de novembre 2009 à janvier 2012.

B. Le 31 décembre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après: OAI-VD), en raison d'une insuffisance rénale et d'une grande fatigue.

Elle a subi une seconde allogreffe rénale de donneur vivant en 2011.

Par décision du 21 novembre 2013, l'OAI-VD lui a octroyé une demi-rente du 1^{er} juin 2010 au 31 mars 2011, puis une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} avril 2011, en se fondant sur deux rapports médicaux du Dr D. _____, psychiatre traitant de l'intéressée.

C. Par décision du 1^{er} juillet 2016, l'OAI, en se fondant sur les conclusions d'une expertise psychiatrique du Dr E. _____, a retenu que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et qu'elle présentait depuis le 1^{er} septembre 2015 une capacité de travail résiduelle de 50%. Après avoir procédé à une comparaison des revenus de valide et d'invalidé de l'assurée, l'office a supprimé la rente entière dont elle bénéficiait et l'a remplacée par une demi-rente d'invalidité, avec effet au premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

Par arrêt du 2 juin 2017 (605 2016 181), le Tribunal cantonal a admis le recours interjeté par l'assurée et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il demande, d'une part, un complément d'expertise psychiatrique au Dr E. _____ et, d'autre part, un avis après d'un spécialiste en néphrologie, à charge pour ces deux médecins de se déterminer sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée, en particulier sur sa fatigabilité, ses douleurs musculaires, ses difficultés de concentration et sur les effets secondaires de la médication néphrologique suivie. Le tribunal a en effet considéré que l'expert psychiatre sollicité ne s'était aucunement déterminé sur l'évolution dans le temps de l'état de santé de la recourante et plus particulièrement sur sa fatigabilité, ses douleurs musculaires et ses difficultés de concentration, seuls éléments décisifs pour savoir si la situation clinique de l'assurée s'est notablement modifiée au sens de l'art. 17 LPGA.

D. Par décision du 3 septembre 2019, l'OAI, en se fondant sur un rapport d'expertise complémentaire du Dr E. _____ et sur un rapport d'expertise néphrologique du Dr F. _____, a retenu que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et qu'elle présentait depuis le 1^{er} septembre 2015 une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité habituelle sans diminution de rendement. Comparant dès lors ses revenus de valide (CHF 61'994.80; selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2016, TA1, position 77, 79-82, niveau 2, femme, adapté à la durée de travail hebdomadaire usuelle de 42.1 heures, indexé à 0.4%) et d'invalidé (CHF 30'997.40; selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2016, TA1, position 77, 79-82, niveau 2, femme, adapté à la durée de travail hebdomadaire usuelle de 42.1 heures, indexé à 0.4%, à 50%), l'office a abouti à un degré d'invalidité de 50%. Il a ainsi supprimé la rente entière

dont bénéficiait l'assurée et l'a remplacée par une demi-rente d'invalidité, avec effet au 1^{er} septembre 2016.

E. Contre cette décision, A. _____, représentée par Inclusion Handicap, Maître Karim Hichri, avocat, interjette recours de droit administratif le 3 octobre 2019 auprès du Tribunal cantonal. Elle conclut à l'annulation de la décision litigieuse et au maintien de son droit à la rente entière. La recourante fait essentiellement valoir que l'autorité intimée n'aurait pas instruit à satisfaction les problèmes somatiques "internistiques", les douleurs musculaires, la fatigue résiduelle, la dyspnée d'effort subsistante et la polyneuropathie.

Une avance de frais de CHF 800.- a été versée le 21 octobre 2019.

Dans ses observations du 8 novembre 2019, l'OAI conclut, en se référant aux considérations émises dans la motivation de la décision attaquée, au rejet du recours et au maintien de cette dernière.

Appelée en cause, G. _____ SA, institution de prévoyance professionnelle intéressée, a, par courrier du 25 novembre 2019, renoncé à se déterminer.

F. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre parties.

Il sera fait état des arguments des parties, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

Partant, le recours est recevable.

2.

2.1. 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

2.2. 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).

L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art.

6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.

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 2^{ème} 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.).

Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

Le Tribunal fédéral a récemment considéré que, dans la mesure où les difficultés d'objectivation et de preuve sont communes à toutes les affections psychiques, l'exigence d'un catalogue des indicateurs posée par l'ATF 141 V 281 pour les syndromes douloureux somatoformes persistants doit être étendue à toutes les affections d'ordre psychique (ATF 143 V 409 consid. 4.1.2). Par ailleurs, les dépressions légères à moyennes récurrentes ou épisodiques, qui étaient systématiquement qualifiées de non invalidantes à moins d'être résistantes aux traitements, ne sont plus considérées de manière si absolue; la résistance aux traitements doit davantage être prise en considération dans le cadre de l'appréciation globale des preuves en tant qu'indice (ATF 143 V 409 consid. 4.2.2 et 4.4). Il peut toutefois être renoncé à un examen par un catalogue des indicateurs structuré lorsqu'un tel examen n'apparaît pas nécessaire ou adéquat. Il en va notamment ainsi, lorsque des rapports médicaux motivés de manière compréhensible excluent une incapacité de travail et que la pertinence des éventuels avis contradictoires peut être niée en raison d'un défaut de spécialisation médicale de leurs auteurs ou pour un autre motif (cf. ATF 143 V 418 consid. 7.1.1). Un examen par un catalogue des indicateurs structuré ne sera en particulier pas nécessaire, lorsque sur la base des pièces médicales existantes, une dépression légère apparaît probable au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle ne peut être considérée comme chronifiée et qu'elle n'est pas accompagnée d'une comorbidité (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et les références citées).

Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent 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). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1).

4.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la

personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1^{er} avril 2009 consid. 3.3 et les références citées).

Il y a en outre 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2).

Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 352 consid. 2.2.5), une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner. Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs de l'assuré qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que des éclaircissements de la part d'un médecin psychiatre n'étaient pas nécessaires lorsqu'il n'existait aucun indice que l'assuré présentât une problématique psychique invalidante (arrêts TF 9C_699/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2 et 4.3; I 761/01 du 18 octobre 2002, in SVR 2003 IV n° 11 p. 31).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées).

5.

La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

6.

L'art. 16 LPGa dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963

p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (arrêts TF 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174; 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408).

Pour fixer le revenu de valide, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré, ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage, ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3; 9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 3; B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références citées). Lorsque la jurisprudence précise qu'il y a lieu de recourir aux données salariales statistiques quand le poste de travail qu'occupait la personne assurée avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité, elle envisage la situation où l'activité en question n'a plus d'existence avérée sur le marché général du travail. Dans la mesure toutefois où la profession concernée n'est pas tombée en désuétude, rien ne justifie de s'écarter du montant du dernier salaire réalisé par la personne assurée (arrêt TF 9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 4.1).

Pour sa part, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2).

7.

Selon l'art. 17 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.

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 109 V 108 consid. 3b, 107 V 219 consid. 2, 105 V 29 et les références citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits. 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2).

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).

8.

Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de la recourante, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de gain. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente avec son état de santé au moment de la décision de révision portée céans, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation.

Dans la présente occurrence, la dernière décision ayant procédé à un examen matériel du droit à la rente est la décision d'octroi du 21 novembre 2013. La décision de révision querellée est datée du 3 septembre 2019.

8.1. En 2013, pour octroyer à l'assurée une demi-rente du 1^{er} juin 2010 au 31 mars 2011 puis une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} avril 2011, l'autorité intimée s'est fondée sur le rapport médical du 4 juillet 2012 et la lettre du 2 août 2013 du Dr D._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (dossier AI pces p. 169 à 179 et 261; cf. également son certificat médical du 22 mars 2013, dossier AI pce p. 219 s.).

Le Dr D._____ a tout d'abord, dans son rapport du 4 juillet 2012, mentionné le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction anxieuse et dépressive, existant depuis janvier 2011, ainsi que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de

dysmorphophobie. Il a constaté *"une humeur dysphorique avec des moments d'angoisse et de dépression intenses pouvant aller jusqu'à des idées suicidaires associés à une dysmorphophobie"*. Il a ainsi conclu à une incapacité de travail de 40% en raison de sa fatigabilité et de ses difficultés de concentration, précisant qu'il est difficile d'établir la part entre le somatique et le psychique dans ses symptômes. Le psychiatre a ensuite, dans une lettre du 2 août 2013, exposé que l'état de santé de sa patiente s'était progressivement aggravé depuis l'automne 2012 avec une augmentation importante de la fatigue, des douleurs musculaires et des difficultés de concentration. Il a dès lors conclu à une incapacité de travailler totale dans toute l'activité.

C'est dans ces conditions qu'une rente entière d'invalidité a été octroyée à l'assurée pour des troubles de nature essentiellement psychique.

8.2. Dans le cadre de la procédure de révision entreprise par l'autorité intimée, les pièces médicales suivantes avaient été déposées au dossier:

- Le rapport médical du 24 octobre 2014 du Dr D. _____, qui a fait état d'un état de santé stationnaire, mais a souligné que les douleurs musculaires allaient en s'aggravant. Il a confirmé le diagnostic de dépression récurrente, souligné la persistance de la fluctuation de l'humeur et de la fatigue, ainsi que précisé qu'aucune médication psychiatrique n'était actuellement prescrite. Le psychiatre, constatant une grande fatigabilité, des douleurs et des difficultés de concentration, a conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité (dossier AI pce p. 298 à 302).

- Le rapport médical du 25 novembre 2014 du Dr H. _____, médecin spécialiste en médecine interne générale et néphrologie, qui a également fait état d'une situation clinique stationnaire. Il a renoncé à se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée, à défaut d'activité exercée à ce jour (dossier AI pce p. 303 à 307).

- La prise de position du 15 janvier 2015 du Dr I. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, qui a noté que *"depuis la deuxième greffe rénale en 2011, l'incapacité de travail repose exclusivement sur une atteinte psychiatrique. Or le diagnostic psychiatrique attesté était un trouble de l'adaptation, réaction anxieuse et dépressive. Un tel trouble se caractérise, par définition, par une association de symptômes anxieux et dépressifs dont aucun n'est suffisamment grave ou marqué pour justifier un diagnostic plus spécifique. D'autre part, il est réactionnel à un facteur de stress et ne persiste guère au-delà de six mois (CIM-10 : F 43.22). Une telle affection, par définition de faible gravité et non durable, ne devrait donc pas motiver une incapacité de travail totale de plusieurs années. Quant au diagnostic actuel, F33.9 trouble dépressif récurrent, sans précision, correspondant selon le rapport du psychiatre à une fluctuation de l'humeur, fatigue et douleurs musculaires ne nécessitant toujours aucun traitement pharmacologique, il permet difficilement d'expliquer une incapacité de travail totale et définitive dans toute activité"*. Le médecin a dès lors suggéré qu'une expertise psychiatrique soit diligentée (dossier AI pce p. 308 s.).

- La lettre adressé au Dr E. _____ du 16 septembre 2015 par le Dr D. _____, qui a indiqué que *"[l'assurée] a présenté à plusieurs reprises des épisodes dépressifs de degrés parfois sévères avec notamment des idées suicidaires. Pendant ces phases, elle était clairement inapte à toutes activités professionnelles. De tels épisodes se sont produits en juillet 2012 et janvier 2014 ainsi qu'en avril 2015 suite à une rupture sentimentale. La prescription d'antidépresseurs a été nécessaire. En dehors de ces phases dépressives, l'humeur est fluctuante, et une activité à temps partiel serait éventuellement possible, sans la fatigabilité déjà signalée, qui apparaît comme un symptôme résiduel difficilement surmontable"*. Le psychiatre traitant fait en outre état de gestes

d'automutilation (scarifications de l'avant-bras) depuis l'âge de 18 ans qui sont réapparues durant la dernière phase dépressive. A la question du Dr E. _____ "Auriez-vous des propositions concrètes en faveur d'un type d'activité que [l'assurée] serait susceptible de pouvoir réaliser ?", il a répondu qu'"une activité de bureau à temps partiel peu exigeante me semble le mieux correspondre à sa formation et ses potentialités" (dossier AI pce p. 321 s.).

- Le rapport d'expertise du 17 mars 2016 du Dr E. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu, comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, une personnalité du registre état limite et manque de maturité non décompensée et, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif majeur récurrent actuellement de gravité subclinique à léger (évolution vers une probable dysthymie). L'expert a exposé que "*En l'état, on doit retenir surtout une dysthymie, même si il est établi que [l'assurée] a présenté des épisodes dépressifs plus sévères antérieurement mais surtout réactionnels à des situations professionnelles ou de ruptures affectives dont la dernière en avril 2015. Autrement dit, ceux-ci ont été d'évolution rapidement favorable sans traitement antidépresseur car elle n'a pas souhaité poursuivre le traitement de Cipralex et dans l'intervalle [l'assurée] aurait interrompu son suivi auprès du Dr D. _____ en été 2015. En tant que telle la dysthymie ne doit pas être considérée comme incapacitante, c'est surtout le trouble de personnalité qui représente un facteur limitatif, puisqu'il est à l'origine en grande partie de l'échec des tentatives de réinsertion professionnelle que cela soit sous l'égide de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité, à ce titre [l'assurée] a d'emblée signifié une fin de non-recevoir à toutes les propositions qui lui ont été faites. Pourtant actuellement, le trouble de la personnalité ne paraît pas gravement décompensé. [...] On peut donc estimer au vu des documents en notre possession et notamment du courrier du Dr D. _____ à notre intention du 16.09.2015 dans lequel il évoque : "une nouvelle décompensation en avril 2015 des suites d'une rupture sentimentale". En tous les cas, depuis probablement le 01.09.2015 on estime sa capacité de travail médico-théorique de l'ordre de 50 %*" (dossier AI pce p. 323 à 360).

- La prise de position du 30 mai 2016 du Dr I. _____, du SMR, qui a estimé qu'aucun argument médical propre à jeter un doute sérieux sur les conclusions de l'expertise psychiatrique ne ressortait de l'opposition (dossier AI pce p. 378).

- La lettre du 10 octobre 2016 adressée à l'OAI par le Dr J. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a fait état d'une insuffisance rénale, d'une hypertension artérielle, d'une tachycardie supra-ventriculaire provoquant un état de fatigue important et une baisse de la libido, d'une dyspnée, de troubles gastro-intestinaux, ainsi que de troubles psychiques. Il a noté que "*en conclusion, [l'assurée] se plaint surtout d'une fragilité physique liée à des réactions à répétition, une fatigabilité tant physique que psychique*" (dossier AI pce p. 424 s.).

- La lettre du 11 janvier 2017 du Dr D. _____, qui a attesté du fait que sa patiente n'avait interrompu le suivi psychiatrique qu'entre le 29 août et le 8 octobre 2015. Par ailleurs, le traitement médicamenteux par antidépresseur a bien été supprimé en juin 2015, en raison d'une amélioration de l'humeur, et n'a pas été repris depuis, malgré l'apparition d'une nouvelle phase dépressive en août 2016, sa patiente essayant de s'en passer (dossier AI pce p. 416).

- La lettre du 16 février 2017 adressée à l'assurée par le Dr J. _____, qui a en outre mentionné des infections urinaires, des céphalées très fréquentes, des insomnies, des étourdissements, une instabilité émotionnelle, des nausées parfois associées à des vomissements, une altération diarrhée – constipation, ainsi que des arthralgies intermittentes. Il a précisé que ces symptômes étaient en réalité les effets secondaires de la médication néphrologique suivie. Le généraliste a

conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité à cause desdits symptômes (dossier AI pce p. 422 s.).

Dans son arrêt du 2 juin 2017, le Tribunal cantonal a considéré que l'expert psychiatre sollicité ne s'était aucunement déterminé sur l'évolution dans le temps de l'état de santé de la recourante et plus particulièrement sur sa fatigabilité, ses douleurs musculaires et ses difficultés de concentration, seuls éléments décisifs pour savoir si la situation clinique de l'assurée s'est notablement modifiée au sens de l'art. 17 LPGa. Le Tribunal cantonal a dès lors renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il demande, d'une part, un complément d'expertise psychiatrique au Dr E. _____ et, d'autre part, un avis après d'un spécialiste en néphrologie (dossier AI pce p. 428 à 439).

Les pièces médicales suivantes ont été produites depuis lors:

- Les missives du 20 décembre 2018 du Dr E. _____, qui a requis la mise en œuvre d'un bilan neuropsychologique, voire d'un test de QI (dossier AI pce p. 482 à 484).

- Le rapport d'expertise néphrologique du 27 décembre 2018 du Dr F. _____, médecin spécialiste en néphrologie et médecine interne, qui a retenu le diagnostic néphrologique suivant: *"St. post deuxième transplantation rénale préemptive en fosse iliaque gauche le 11.1.2011 (don vivant de son beau-frère) pour insuffisance rénale terminale du premier greffon sur toxicité chronique aux CNI avec FSGS secondaire et présence de dépôts granulaires membranaires et mésangiaux d'IgG, IgM et C1q (PBRs effectués en 2007 et 2009)".* Il conclut son analyse en ces termes: *"L'évolution purement néphrologique est plutôt rassurante avec légère perte (non inattendue) de fonction rénale par rapport à 2012, la présence d'une légère microalbuminurie documentée depuis 8.2018 (probablement dans le cadre d'une néphrangiosclérose, associée à une toxicité de Prograf ou non), une tension artérielle contrôlée sous monothérapie et absence d'OMIs. La fonction rénale, son évolution et l'absence de complications néphrologiques significatives n'expliquent à mon avis pas la présentation clinique avec de multiples plaintes susmentionnées. Cependant, Il est vrai que le traitement médicamenteux actuel pourrait expliquer certains symptômes: la fatigue et la dyspnée d'effort par le traitement par MetozeroK. Quant aux médicaments anti-rejet, le remplacement du Cellcept- susceptible de causer des diarrhées- a été remplacé par le Myfortic avec succès partiel. Le reste de la Symptomatologie serait imputable aux troubles psychiatriques et le degré d'incapacité de travail serait à déterminer du point de vue psychiatrique. Mais avant de conclure de manière formelle, il convient d'exclure des problèmes somatiques internistiques. Je propose que l'on fasse pratiquer un bilan internistique large: cardiologique (échocardiographie, Holter), gastroentérologique (CT abdominal non injecté, colonoscopie, OGD), et un CT cérébral non-injecté. Tous ces examens peuvent paraître excessifs, auraient le mérite de répondre aux attentes de la patiente et de fournir des éléments objectifs pour une décision juridique"* (dossier AI pce p. 489 à 497).

- Le rapport d'examen neuropsychologique du 8 février 2019 de K. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, qui a conclu son examen de la manière suivante: *"L'examen neuropsychologique de cette assurée de 33 ans connue depuis l'enfance pour une maladie rénale, se plaignant de troubles mnésiques et de la concentration sévères lui empêchant de tenir toute activité professionnelle même à temps partiel, met en évidence:*

• *Un niveau intellectuel au moins dans la moyenne des jeunes adultes de même âge (IAG 108, QIT 99) au sein d'un profil où le raisonnement verbal est plutôt supérieur à la moyenne et le raisonnement non-verbal moyen légèrement hétérogène. Les fonctions cognitives générales de mémoire de travail et de vitesse de traitement sont moyennes inférieures.*

- *De compétences langagières préservées à l'oral comme à l'écrit.*
- *L'absence de troubles practo-gnosiques.*
- *Une préservation des fonctions exécutives à la plupart des épreuves (inhibition verbale dans la moyenne supérieure, flexibilité mentale préservée, bonne incitations verbale et non verbale) mais*
- *Plusieurs incohérences et des indicateurs d'effort fourni insuffisant et irrégulier, corroborés par l'échec à toutes les mesures standardisées de validation de symptômes.*
- *Des résultats atypiques, parfois très déficitaires, manquant vraisemblablement de validité: - Un ralentissement massif des temps de réaction simples sans traitement cognitif, alors que les autres épreuves plus complexes comportent des temps de réaction normaux, parfois même plus rapides qu'à l'alerte simple. - Des troubles mnésiques modérés à sévères en modalité verbale, légers en modalité visuospatiale. - Un déficit modéré en attention divisée et un léger fléchissement de l'attention soutenue avec un discret effet de fatigue. - Un déficit léger à modéré de la mémoire de travail. - Des légères difficultés exécutives en incitation non-verbale (nombre limite de répétitions).*

Mme A. _____ est une assurée de 33 ans dont les résultats à cet examen ne peuvent être retenus comme valides; ils sont à comprendre dans un contexte de plusieurs incohérences et d'éléments de surcharge, corroborés par les diverses observations susmentionnées de manque de validité des résultats à cet examen et d'échec à toutes les mesures standardisées de validation de symptômes. Il convient d'ailleurs de relever que si les résultats à cet examen étaient valides, nous devrions clairement proscrire la conduite automobile en raison des temps de réaction trop lents et de l'atteinte de l'attention divisée de même qu'en raison des légères difficultés en attention soutenue. Nous retenons donc le diagnostic CIM-10 de "Majoration de symptômes cognitifs pour des raisons psychologiques" (F68.Q), objectivé par les diverses mesures de validation de symptômes. Dans ce contexte, il n'est pas possible de se prononcer sur d'éventuelles limitations fonctionnelles neuropsychologiques" (dossier AI pce p. 504 à 513).

- Le complément d'expertise médicale du 28 février 2019 du Dr E. _____, qui n'a pas relevé de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, mais a noté que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent en rémission et une personnalité état limite. Le psychiatre a notamment considéré que "Les symptômes et pertes de fonctionnalité notamment au niveau neuropsychologiques ne sont pas plausibles. [...] Il n'y a pas d'information divergente au sein du dossier médical de [l'assurée]. Le caractère parfois assez plaintif et autocentré de cette assurée peut potentiellement expliquer la discordance d'appréciation avec le médecin traitant chez une assurée qui exerce beaucoup de pression pour faire valoir le fait qu'elle ne peut rien faire. [...] L'examen psychiatrique est très rassurant ainsi que le bilan néphrologique tout comme le bilan neuropsychologique qui donne une intelligence normale ce qui a déjà été postulé antérieurement et évoque surtout une majoration des plaintes pour des raisons psychologiques". A la question "Combien d'heures de présence l'assuré(e) peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu?", le psychiatre a répondu "50% et sans baisse de rendement s'agissant de notre rapport du 17.03.2016. Nous pouvons estimer que celle-ci est valable depuis le 01.09.2015. Il a été démontré que les plaintes cognitives ne sont pas objectivables avec majoration des symptômes cognitifs pour des raisons psychologiques. Absence de trouble psychique incapacitant, cela ne peut pas non plus expliquer une baisse de l'activité de manière assez soutenue, nous considérons que la fragilité de la personnalité pouvait tout au plus diminuer de 50% sa capacité de travail. On peut d'ailleurs se poser la question si [l'assurée] ne pourrait pas assumer une activité simple et répétitive à temps complet". A celle de savoir "Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au

fil du temps?", il a répondu *"Favorablement d'un point de vue objectif. [L'assurée] reste persuadée de notre point de vue pour des facteurs extra médicaux qu'elle ne peut rien faire. [...] De notre point de vue la capacité de travail putative a été favorable, puisque les quelques symptômes anxiodépressifs relevés lors de notre examen du 19.08.2015 ne sont plus objectivables et d'ailleurs confirmés par les tests psychométriques y compris d'auto-évaluation"*. Il a par ailleurs noté que *"Notre examen clinique et surtout le bilan neuropsychologique ainsi que l'expertise néphrologique indiquent que des facteurs probablement extra médicaux jouent un rôle dans l'expression de plaintes"* (dossier AI pce p. 516 à 553).

- Le rapport médical du 12 juin 2019 du Dr H._____, qui a indiqué que 39% des gens ayant subi une transplantation rénale souffrent de fatigue sévère et que la présence de cet état n'a pas été suffisamment prise en compte. Il a produit trois articles médicaux à l'appui de ses dires (dossier AI pce p. 584 à 607).

- La prise de position du 25 juillet 2019 du Dr E._____, qui a exposé que *"Ce ne sont pas les statistiques qui font un diagnostic ou l'appréciation de la capacité de travail sur un sujet donné. Ceci d'autant plus que le Dr H._____ indique que des facteurs psycho-sociaux jouent un rôle"*. Il en a conclu que *"D'un point de vue psychiatrique, ce rapport n'apporte pas d'élément nouveau qui s'opposerait à notre appréciation de la capacité de travail de [l'assurée]"* (dossier AI pce p. 613 s.).

- La prise de position du 26 juillet 2019 du Dr F._____, qui a noté que *"Les informations avancées par Dr. H._____ ne changent pas fondamentalement [le] point de vue [exprimé dans l'expertise] puisque les paramètres rénaux (fonction rénale, la durée à distance de la transplantation) ne seraient que partiellement responsables des symptômes. [...] A mon avis, même si une association entre la fonction rénale et la fatigue a été établie, elle n'est pas forcément applicable à la patiente, puisque sa fonction rénale de la patiente est la maximale possible pour un greffon rénal. [...] En résumé, malgré l'existence d'une prévalence significative de fatigue chronique chez les patients greffés rénaux, les paramètres néphrologiques ne jouent, et encore, qu'un rôle mineur dans l'existence des symptômes, et il s'agit de voir si l'on peut attribuer ces plaintes multiples réelles chez la patiente à une maladie formellement définie: le syndrome de fatigue chronique, tout en tenant compte des affections psychiatriques et psychosomatiques apparentées. En présence des épisodes dépressifs majeurs récurrents chez la patiente, le diagnostic d'un syndrome de fatigue chronique surajouté semble être un défi et serait à confier à une structure médicale compétente. Je rejoins le Dr. H._____ sur ce point"* (dossier AI pce p. 616 s.).

8.3. La Cour de céans relève d'emblée que les expertises produites dans le cadre de l'instruction, à savoir celles psychiatriques du Dr E._____ et celle néphrologique du Dr F._____, emportent une pleine valeur probante au plan formel. En effet, elles se fondent sur des examens complets et ont été établies en pleine connaissance du dossier, après que les experts aient personnellement reçu et examiné la recourante. Elles prennent également en considération les plaintes exprimées par l'expertisée et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude spécialement fouillée. Enfin, les appréciations médicales retenues sont claires et les conclusions des experts sont dûment motivées et univoques. De surcroît, l'expertise psychiatrique du Dr E._____ satisfait pleinement aux exigences de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, notamment parce qu'elle s'est fondée sur un bilan neuropsychologique et des tests psychométriques complets.

Dans la présente occurrence, le Dr D. _____ avait relevé des moments de dépression intenses et initialement reconnu à l'assurée une incapacité de travail de 40%, mais le psychiatre avait ensuite – en raison d'une aggravation survenu en automne 2012 avec augmentation importante de la fatigue, des douleurs musculaires et des difficultés de concentration – conclu à une incapacité totale dans toute activité; le médecin avait à cet égard précisé qu'il était difficile de déterminer si ces symptômes étaient d'origine somatique ou psychique.

Or, d'un point de vue néphrologique, le Dr F. _____ a constaté que l'évolution était rassurante et que la médication, qui pouvait être à l'origine de certains effets secondaires, avait pu être en partie favorablement remplacée. Il a ensuite précisé que les paramètres néphrologiques ne jouaient tout au plus qu'un rôle mineur dans l'existence des symptômes et que le degré d'incapacité de travail devait dès lors être déterminé du point de vue psychiatrique. Les considérations toutes générales du Dr H. _____ n'ont pas vocation à remettre en cause cette appréciation, comme l'ont d'ailleurs précisé les Drs F. _____ et E. _____.

Quant à l'aspect psychiatrique, le Dr E. _____ n'a retenu plus qu'un épisode dépressif majeur récurrent de gravité subclinique à léger (évolution vers une probable dysthymie), sans répercussion sur la capacité de travail. Dans son complément d'expertise médicale du 28 février 2019, le psychiatre a d'ailleurs constaté que le trouble dépressif récurrent était en rémission et que l'examen psychiatrique était très rassurant. Il n'est contredit par aucun autre spécialiste.

L'amélioration de l'état de santé de la recourante est donc notable et patente. La fatigabilité, les douleurs musculaires et les difficultés de concentration précédemment constatés – et d'origine psychique – n'ont manifestement plus d'impact sur sa capacité de travail, ainsi que cela ressort du bilan neuropsychologique et de l'expertise psychiatrique.

Seule demeure en définitive la majoration de symptômes cognitifs pour des raisons psychologiques objectivée par Mme A. _____ et retenue tant par le Dr E. _____ que par le Dr F. _____. Elle relève toutefois de facteurs extramédicaux (cf. supra 3), ainsi que cela ressort des expertises néphrologique et psychiatrique, et rien n'indique qu'elle eut existé initialement.

Au surplus, rien au dossier ne laisse supposer que des problèmes internistiques pourraient générer quelque incapacité de travail. En particulier, aucune pièce médicale ne fait état d'une polyneuropathie. Si toutefois de nouvelles affections devaient être apparues, il appartiendra à la recourante de déposer une nouvelle demande.

En définitive, la Cour de céans retient, avec l'expert psychiatre sollicité, que la recourante présente, à compter du 1^{er} septembre 2015, une incapacité de travail de tout au plus 50%. Au vu des dernières constatations du Dr E. _____, l'autorité intimée examinera, dans le cadre de la prochaine révision, si l'état de santé de l'assurée s'est encore amélioré au point de justifier une nouvelle révision ainsi que le laisse présager le spécialiste.

9.

Le taux d'invalidité résultant de cette incapacité de travail dans l'activité habituelle doit encore être déterminé.

La comparaison des revenus effectuée par l'autorité intimée dans la décision attaquée – demeurée incontestée par la recourante – peut être reprise céans: en comparant les revenus de valide (CHF 61'994.80) et d'invalidé (CHF 30'997.40), on obtient un degré d'invalidité de 50%, taux correspondant à une demi-rente de l'assurance-invalidité.

10.

10.1. Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

10.2. Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens.

10.3. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe et compensés avec l'avance du même montant.

la Cour arrête :

I. Le recours est rejeté.

II. Il n'est pas alloué de dépens.

III. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____ et compensés avec l'avance du même montant.

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 31 janvier 2020/who

Le Président :

Le Greffier-stagiaire :