



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

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

605 2019 330

Arrêt du 30 novembre 2020

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :	Marc Boivin
Juges :	Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffière-stagiaire :	Sarah Darwiche

Parties

A. _____, **recourante**, représentée par Me Séverine Monferini Nuoffer, avocate

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – révision – méthode mixte – portée invalidante des troubles psychiques dans l'accomplissement des tâches ménagères

Recours du 9 décembre 2019 contre la décision du 5 novembre 2019

considérant en fait

A. A. _____, née en 1970, domiciliée à B. _____, mariée, mère de deux enfants, dont l'un atteint dans sa santé psychique, a été vendeuse et ouvrière, avant de s'occuper de son ménage à la suite de la naissance de ses enfants. Elle a repris plus tard le travail à temps partiel, notamment comme téléphoniste à 20% à partir de 2002.

Souffrant depuis plusieurs années d'une atteinte lombaire ainsi que d'une obésité morbide déprimante, elle a déposé le 8 mai 2008 une demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI), après quoi elle a notamment été vue par un expert psychiatre et soumise à une enquête ménagère.

Par décision du 17 novembre 2010, elle a été mise au bénéfice de trois-quarts de rente, fondés sur un taux de 65% obtenu en application de la méthode dite mixte d'évaluation de l'invalidité.

Cela pour une durée limitée, à savoir du 1^{er} mai 2007 au 31 mars 2008.

B. Alléguant une aggravation de son état de santé, notamment sur un plan psychique, A. _____ a déposé une nouvelle demande de rente le 3 décembre 2010.

Une seconde enquête économique et une nouvelle expertise - pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique - ont été mises sur pied, cette dernière réalisée dans le cadre d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) au début de l'année 2012 (dossier AI, p. 360).

Par décision du 3 octobre 2012, l'OAI lui a octroyé à nouveau trois-quarts de rente, mais cette fois-ci non plus limités dans le temps et fondés au demeurant sur un degré d'invalidité de 63%. Étaient à cet égard retenus une capacité de travail désormais nulle dans toute activité lucrative, ceci pour raisons psychiques, ainsi qu'un seul empêchement de 25,7% dans la tenue du ménage, ces deux types d'occupation se répartissant chez elle à parts égales (50-50).

C. Saisie d'un recours contre cette dernière décision par l'assurée qui estimait avoir droit à une rente entière, la Cour de céans l'a rejeté par arrêt du 21 juillet 2014, estimant en substance que l'état de santé de cette dernière était également influencé par des facteurs extra-médicaux (manque de motivation, difficultés conjugales) justifiant que l'assurance-invalidité ne soit pas tenue pour entièrement responsable vis-à-vis d'elle dont l'état de santé ne se serait pas aggravé (arrêt TC 605 2012 412, dossier AI, p. 495).

D. Ce jugement a été annulé par la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral le 30 mars 2015 (9C_687/2014, dossier AI p. 557), qui renvoyait la cause à l'OAI pour un complément d'instruction médical visant à déterminer « *l'impact des affections psychiques diagnostiquées dans l'accomplissement des travaux domestiques* », aucun des experts ne s'étant prononcé sur cette question, ni par ailleurs sur un avis « *catégorique et affirmatif* » d'un des médecins, à savoir la Dre C. _____.

E. A la suite de quoi, l'OAI a réentendu les médecins traitants de son assurée, sur un plan psychique comme physique.

Par ordonnance de procédure du 17 février 2016, l'OAI a également décidé de procéder à la mise sur pied d'une nouvelle enquête ménagère avant de demander un nouvel avis d'expert.

F. A nouveau saisie par l'assurée qui contestait la nécessité de procéder à une telle nouvelle enquête ménagère, la Cour de céans a admis son recours le 4 novembre 2016 (arrêt TC 605 2016 56, dossier AI, p. 703).

Se référant au jugement du TF, elle a notamment indiqué qu'il découlait de ses considérants qu'il fallait « *renoncer à envisager une nouvelle enquête ménagère laquelle ne saurait probablement rien apporter de concluant, d'autant moins que, comme le souligne également le TF, en présence de troubles psychiques, la personne responsable de l'enquête, qui n'est pas psychiatre, est moins susceptible de reconnaître et apprécier l'ampleur de l'atteinte et ses empêchements corollaires* ».

Elle relevait à cette occasion que l'OAI n'avait pas été formellement invité à mandater un nouvel expert.

G. Le 17 octobre 2017, l'OAI a malgré tout décidé de mandater un nouvel expert, en la personne du Dr D. _____ (dossier AI, p. 780).

L'assurée s'y est opposée le 11 novembre 2017, relevant notamment à cet égard que le complément d'instruction exigé de la part du TF s'inscrivait dans le cadre d'une procédure en révision entreprise 7 ans plus tôt, mais non dans le cadre d'une nouvelle procédure en révision d'office où la nomination d'un nouvel expert aurait pu se justifier (dossier AI, p. 800).

Le Dr D. _____ ayant décliné le mandat, l'OAI a alors mandaté, par courrier du 28 juin 2018, le Dr E. _____ (dossier AI, p. 819), mandat auquel l'assurée a finalement déclaré ne pas s'opposer, exigeant, cela étant, que les questions soient circonscrites au litige, dans le sens de l'arrêt de renvoi du TF (dossier AI, p. 835).

Le Dr E. _____ a remis son rapport le 11 septembre 2018 (dossier AI, p. 856), concluant à l'absence de toute aggravation de l'état de santé, l'assurée n'étant selon lui pas devenue plus entravée dans l'accomplissement des tâches ménagères que ce qui avait été retenu à l'époque.

Il a par la suite maintenu ses conclusions, soutenant qu'aucune aggravation objective ne pouvait être retenue.

H. L'OAI a ainsi rendu une nouvelle décision, dans le droit sens de l'ancienne, reconnaissant trois-quarts de rente à son assurée à partir du 1^{er} septembre 2014 (dossier AI, p. 996), ceux-ci fondés sur un degré d'invalidité de 65%, une incapacité de 30% étant retenue dans la tenue du ménage.

I. Représentée depuis le début de la procédure par Me Séverine Monferini-Nuoffer, A. _____ interjette recours contre cette dernière décision le 9 décembre 2019, concluant avec suite de frais et d'une indemnité de partie à son annulation et, partant, à l'octroi, dès le 1^{er} décembre 2010, d'une rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 75%. Elle soutient en substance que son état de santé psychique la limite désormais de moitié dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Elle critique sur ce point, et dans le détail, l'expertise du Dr E. _____ qui n'aurait absolument aucune valeur probante, pétrie qu'elle serait de réponses imprécises et contradictoires, l'expert s'étant fourvoyé en partant, pour apprécier l'évolution de son état de santé, de celui qui était le sien en 2012 alors qu'il aurait au contraire dû remonter jusqu'en 2008. Elle lui oppose l'avis de ses propres psychiatres, qui attesteraient selon elle d'une modification de son état psychique (induite par des événements nouveaux marquants et s'illustrant par une augmentation de sa médication), comme des limitations éprouvées dans la tenue de son ménage.

Elle a versé une avance de frais de CHF 800.- le 14 janvier 2020.

Dans ses observations du 24 janvier 2020, l'OAI propose le rejet du recours.

Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants en droit, dans lesquels seront au demeurant examinés leur moyens de preuve, ainsi que l'expertise litigieuse.

en droit

1.

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

2.

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 LAI, 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.

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

A cet égard, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent 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; Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause T. [I 797/06] du 21 août 2007 consid. 4).

3.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lit. a); qu'il a présenté une incapacité de

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

3.1. 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'invalide, 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, dite *classique*, d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI).

3.2. L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels.

C'est la méthode dite *spécifique* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 2 LAI).

3.2.1. Pour évaluer l'invalidité selon cette méthode spécifique, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, n° 3087 ss dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 et n° 3079 ss dès le 1er janvier 2008).

Cette enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause K. [9C_693/2007] du 2 juillet 2008 consid. 3; ATF 128 V 93).

En présence de troubles psychiques et en cas de divergence entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont en règle générale plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les

empêchements en résultant (arrêt 9C_925/2013 du 1er avril 2014 de la IIe Cour de droit social du TF, consid. 2.2).

3.2.2. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 133 V 504 et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre d'eux, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause G. [I 257/04] du 17 mars 2005 consid. 5.4.4; ATF 130 V 97 consid. 3.3). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également U. MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222).

3.3. Il existe enfin une troisième méthode d'évaluation de l'invalidité pour les cas où l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint.

C'est la *méthode dite mixte* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI).

Selon cette dernière méthode, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour cent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV no 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références).

La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564). L'invalidité totale s'obtient en additionnant les degrés d'invalidité correspondant aux parts respectives attribuées aux activités lucrative et non lucrative (VSI 1999 p. 231 consid. 2b et les références).

4.

En vertu de 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. De même, toute prestation durable accordée en vertu

d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi 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 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314; VSI 1996 p. 192 consid. 2d; ATF 113 V 22 et les références).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314 et les références citées), respectivement du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108, 103 V 71).

5.

Demeure seule litigieuse, dans le cadre de la révision du droit à la rente demandée en 2010, la portée invalidante des troubles psychiques dans l'accomplissement des tâches ménagères.

La recourante critique essentiellement les conclusions de l'expertise psychiatrique ordonnée par l'OAI à la suite de l'arrêt de renvoi du TF, soutenant que son état de santé psychique se serait aggravé depuis l'année 2008 au point de limiter par la suite de moitié sa capacité de tenir son ménage, ce qui porterait selon elle son degré d'invalidité total, calculé selon la *méthode dite mixte*, à 75% et ouvrirait ainsi le droit à la rente entière.

Elle ne conteste en revanche ni l'application, à son cas, de la *méthode dite mixte*, ni la clé de répartition entre l'activité professionnelle et les tâches ménagères en découlant, celle-ci fixée au ratio de 50%-50%.

L'OAI estime pour sa part que la perte de capacité dans l'accomplissement des tâches ménagères n'est que de 30%, le taux d'invalidité se montant au final à 65%, comme à l'époque.

Qu'en est-il ?

5.1. *Arrêt de renvoi du TF du 30 mars 2015 et suite de la procédure*

Dans son arrêt de renvoi, le TF a implicitement confirmé que l'activité professionnelle de téléphoniste n'est plus exigible en raison des diverses atteintes invoquées (dépression, anxiété, fibromyalgie, hernie discale).

Pour ce qui concernait en revanche l'estimation de la portée invalidante des seuls troubles psychiques dans la tenue du ménage, estimée à l'époque à 25,7 % par l'OAI, le TF soulignait tout d'abord que l'on pouvait en l'espèce se fonder sur l'enquête ménagère, compte tenu notamment de la difficulté, pour l'enquêteur, d'apprécier la portée invalidante des troubles psychiques dans la tenue du ménage (cf. jurisprudence citée sous 3.2.1. in fine): « *Compte tenu de ce qui précède et des griefs de la recourante, il conviendrait normalement de se référer aux constatations médicales pour déterminer avec précision l'incidence de la détérioration de l'état de santé psychique de l'assurée sur sa capacité à assumer ses travaux domestiques* ».

5.1.1. Le TF considérait qu'il fallait plutôt se référer à l'avis des médecins, déplorant en substance à cet égard que ceux-ci n'aient pas été invités à se prononcer clairement sur cette question demeurée litigieuse.

Dans son arrêt subséquent du 4 novembre 2016 concernant l'ordonnancement de la procédure, la Cour de céans avait fixé la marche à suivre : *« le TF n'a toutefois pas enjoint l'OAI de mandater un nouvel expert. Il a seulement estimé que tant le Dr F. _____ que le psychiatre de la CRR ne s'étaient pas prononcés sur les conséquences de l'atteinte de la recourante dans l'accomplissement de ses tâches domestiques. Dès lors, il y a tout lieu de les réentendre. La recourante devrait notamment être amenée à revoir le Dr G. _____ : elle pourra ainsi lui exposer elle-même les limites auxquelles elle pense être désormais confrontée à son domicile. Ce dernier pourra dire si celles-ci sont ou non objectivement occasionnées par son état de santé et si oui, dans quelle mesure. Il se prononcera, cas échéant, sur le dernier rapport d'enquête ménagère et dira si celui-ci correspond ou non à la réalité médicale. Les deux spécialistes commenteront aussi, comme le souhaite le TF, l'opinion de la Dre C. _____. A la suite de quoi, l'OAI pourra en principe trancher la question de l'incapacité psychique et de son impact ».*

Elle corrigeait plus tard une erreur d'inattention: ce n'était pas le Dr G. _____, interniste et rhumatologue auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR), mais bien le Dr H. _____, son confrère psychiatre et psychothérapeute, qu'il s'agissait de réentendre (dossier AI, p. 727).

5.1.2. Dans un courrier du 22 novembre 2016, l'OAI a signalé à la Cour de céans le décès, depuis des années, du Dr H. _____.

Quant à la recourante, elle s'est pour sa part opposée à ce que l'enquête économique réalisée par le passé soit soumise à l'avis du spécialiste à entendre.

Le Président soussigné s'est alors déterminé dans le sens suivant : *« Dans la mesure où le Docteur H. _____ serait décédé, il appartiendra à son successeur (ou à un de ses confrères psychiatres) au sein de la CRR de se prononcer. Cela va dans le sens, non seulement du dossier, mais également de l'arrêt du Tribunal fédéral ainsi que de notre propre récent jugement. Pour ce qui est de savoir si le rapport d'enquête ménagère doit ou non être soumis à ce dernier spécialiste, nous partons du principe qu'il pourrait l'être (d'où le «cas échéant» de notre arrêt), mais nous précisons toutefois que ce n'est plus sur la base de ce rapport qu'il faudra trancher, mais bien sur le seul vu des conclusions psychiatriques. La spécificité des atteintes présentées par la recourante nécessite en effet que l'impact des diminutions qui en découle soit mesuré par des psychiatres »* (courrier du 25 novembre 2016, dossier AI, p. 744).

Il avait en outre vivement encouragé les parties à aller de l'avant.

5.1.3. Après de nouveaux échanges entre les parties, l'OAI a finalement mandaté le Dr E. _____ et la recourante ne s'est pas opposée à ce choix d'un nouvel expert, exigeant toutefois que ce dernier ne se prononce que sur la seule problématique demeurée jusqu'ici litigieuse, cela dans le droit sens de l'arrêt du TF (dossier AI, p. 835).

Le mandat a par conséquent été précisé en ces termes : *« Par la présente, nous vous donnons mandat d'établir pour l'assurance-invalidité (AI) une expertise médicale concernant l'assurée susnommée un peu particulière dans la mesure où vous devez uniquement vous prononcer sur l'impact des affections psychiques diagnostiquées dans l'accomplissement des travaux domestiques de l'assurée »* (dossier AI, p. 840).

5.2. Nouvelle expertise du Dr E. _____

L'expert E. _____ a rendu son rapport le 11 septembre 2018 (dossier AI, p. 856).

5.2.1. Sur la base des déclarations de la recourante, il a confirmé le diagnostic, qui n'est pas véritablement contesté, d'un « *trouble d'anxiété généralisée d'intensité faible/modérée (F-41.1) sans patent trouble obsessionnel/rituels phobique, panique ou d'état de stress post-traumatique/réaction aiguë à un facteur de stress* ». Celui-ci s'accompagnerait également d'un syndrome douloureux chronique : « *L'omniprésence des plaintes algiques rapportées comme permanentes depuis de nombreuses années, comme cela est attesté par les Dr méd. I. _____ & J. _____ dès 12.2010, force à retenir le diagnostic de syndrome douloureux chronique, non incapacitant au sens de la LAI, nonobstant celui de fibromyalgie qui relève d'un médecin somaticien* » (expertise E. _____, dossier AI, p. 870-871).

Il a également décelé une « *intelligence limite* » (expertise E. _____, dossier AI, p. 872).

Il a en revanche écarté la présence d'un « *trouble spécifique de la personnalité* » ou d'une « *modification durable de la personnalité* », tout comme « *l'existence d'autres traits dominant de fonctionnement de personnalité ou de traits de caractère de l'assurée à composante évitante, agressive ou passive, histrionique, paranoïaque, schizoïde, schizotypale, dyssociale, émotionnellement labile de type limite ou Borderline, anankastique, narcissique par défaut des symptômes appropriés* » (expertise E. _____, dossier AI, p. 871-872).

L'expert a notamment décrit le mécanisme des atteintes au niveau psychique.

Il a relevé que si l'on avait à l'époque pu constater un niveau cognitif inné faible empêchant la recourante de gérer des situations de conflit « *intrapyschique* », qui a notamment pu la pénaliser dans son cursus scolaire et professionnel, les mémoires déclaratives et procédurales étaient en revanche « *moins altérées* » : « *le dossier AI mentionne une inhibition intellectuelle & affective, une incapacité du sujet à percevoir/gérer ses conflits intrapsychiques, un développement psychoaffectif entaché depuis l'enfance de conditions défavorables (e.g. en relation avec un frère préféré, des violences interparentales & un placement précoce) entravant le développement de personnalité alors que le parcours scolaire fut rapidement orienté suggérant un niveau cognitif inné faible, alors que le Dr F. _____ en 01.2009 relevait que l'assurée étant sans formation professionnelle qualifiante, au bénéfice d'un parcours professionnel itératif alternant entre chômage & emplois de ouvrière, vendeuse avant de prendre des fonctions de nettoyage que l'on considérera - en l'absence de données d'une exploration adéquate - d'intelligence limite. Les mémoires déclarative & procédurale sont moins altérées en comparaison, cela malgré des efforts de concentration. Madame manifesta ainsi une attention & une Vigilance de qualité sujette à fatigue permettant pourtant un entretien de 2h45 avec interruptions pour douleurs du dos & non pour épuisement moral/psychique* » (expertise E. _____, dossier AI, p. 870).

5.2.2. La recourante a évoqué la survenance de ses problèmes psychiques.

C'était, selon elle, il y avait plusieurs années, lorsqu'elle avait subi un burnout, à savoir probablement en 2003 (« *l'assurée valida avoir été hospitalisée en psychiatrie sur un mode volontaire ou sous contrainte judiciaire dans un cadre type PAFA sur la clinique Bernoise de Montana à une date oubliée pour burnout mais coïncident avec le diagnostic de psychose porté à son fils (ce qui indirectement privilégier la date de 2003)* » [expertise E. _____, dossier AI, p. 866]), qui l'aurait plongée dans l'anxiété : « *L'assurée valida, lors du questionnement*

syndromique, une souffrance psychologique usuelle depuis de nombreuses années, datant cela depuis plus ou moins son burnout ("J'ai souvent des angoisses, ben des peurs, des énervements quand le fils ne range pas sa chambre. Parfois, ces agacements c'est dès le matin"). Cette préoccupation ne semble pas se cristalliser sur son avenir social, professionnel, pécuniaire. Avant d'arriver sur le CPM (= centre où a eu lieu l'expertise), l'assurée avait crainte de ne pas le trouver & Madame demeura principalement préoccupée par la persistance de ses douleurs & sa gêne à la marche y relative, décrivant une pauvreté hédonique de son quotidien. Cette dimension anxieuse est comprise comme intégrée à sa fatigabilité physique & mentale rapportée & à son ressenti de détresse psychique par manque d'amour de son époux » (expertise E. _____, dossier AI, p. 870).

Par la suite, elle aurait même connu quelques moments d'angoisse brutale : *« L'assurée décrit de rares moments d'angoisse brutale (dont le sujet ne peut préciser la fréquence mensuelle) avec quelques manifestations neurovégétatives à type de tachycardie, dyspnée, sueurs mais sans pesanteur abdominale ni frissons, sans sentiment de mort imminente où il n'est pas possible de savoir s'ils sont de (très) forte amplitude. Cette oppression thoracique sternale surviendrait "des fois quand je bouffe, quand je remplis. C'est une angoisse de la gorge", suspectant alors des soucis de déglutition. Ces éléments sémiologiques ne permettent alors pas à l'Expert d'y reconnaître un mode univoque de panique au sens médical » (expertise E. _____, dossier AI, p. 870).*

En revanche, son état ne se serait pas modifié depuis son passage à la CRR, au début de l'année 2012 (dossier AI, p. 360) : *« Le sujet invalida un changement de son mode relationnel à autrui depuis son examen à la CRR en particulier sous forme d'irritabilité ou d'agressivité » (expertise E. _____, dossier AI, p. 870).*

Mais elle indiqua tout de même avoir eu des pensées plus sombres en 2016-2017 : *« elle précisa avoir eu cependant vers 2016-2017 une intention de tentamen: "J'en avais marre de tout, je voulais plus. Mon idée, je voulais, mais j'ai pas fait, c'était d'avalier les médicaments". L'assurée n'a pas confirmé de perte de l'estime de soi mais un sentiment de honte généré par son surpoids ("je suis trop grosse, ça m'empêche de faire, j'en peux plus"), un sentiment de culpabilité & d'indignité (NB cette notion dut être explicitée) congruent à ce surpoids & aucunement à un défaut de travail ou d'activité domestique, invalida une construction idéique de ruine ou douleur morales (NB ces notions durent être explicitées). Il ne fut objectivé ce jour ni masque mélancolique ni ralentissement psychomoteur ni d'autre thème de ruminations que ceux supra » (expertise E. _____, dossier AI, p. 871).*

5.2.3. L'expert s'est également référé aux éléments relevés par la Dre C. _____ qui suivait la recourante depuis plusieurs années.

Cette dernière spécialiste semblait indiquer que l'état psychique de sa patiente aurait connu plusieurs modifications : *« Madame a exercée jusqu'à 2007-2008 une activité de téléphoniste en sus d'activités domestiques. Dans les suites de ces événements, l'assurée était prise en charge par la Dre méd. C. _____, psychiatre-psychothérapeute FMH dès 2010 qui considérait que sa 1^{ère} décompensation psychique fut en 2003 à l'occasion du diagnostic de psychose posé chez son fils, affectant dès lors ses activités ménagères, que sa 2^e dépression fut en 2007 au décès du beau-frère & de difficultés au travail avec une péjoration affirmée depuis le printemps 2009 date de l'expertise du Dr F. _____ (i.e. plus d'une année avant le début de son propre suivi) avec aggravation relatif à l'accomplissement des tâches domestiques/douleurs & une 3^e dépression en*

2010 au décès du beau-père soit au début de son suivi » (expertise E. _____, dossier AI, p. 873).

Il observait que la médication psychotrope n'avait pas connu d'évolution entre 2008 et 2018, en dépit d'une brève période en 2015, où il a pu constater une hausse de la prise d'un médicament dont il ne parvenait toutefois pas à comprendre les raisons : « *Nous relevons également que les médications psychotropes de 08.2018 (Escitalopram®20mg, Trittico®100mg, Imovane®3.75mg) sont comparables à celles de 12.2008 (Cipralox®10mg, Témesta®1mg, Imovane®7.5mg) alors qu'en 05.2008 elle était seulement de Témesta®1mg, comparables à celles de 01.2009 (Cipralox®10mg, Imovane®7.5mg), de 04.2009 (Cipralox®20mg/j, Trittico®50mg/j, Imovane®3.75mg/j), de 12.2010, de 01.2011 & 05.2011, de 01.[au temps de la CRR] & 03.2012 (Cipralox®20mg/j, Trittico®100mg/j, Imovane®3.75mg/j) ou encore aux temps des rapports des 20.08, 04.1 1.2015 de la Prof Dre K. _____ & L. _____ de l'Inselspital Bern mais différaient sensiblement de ceux indiqués par Dre méd. C. _____ en 10.2015 (Cipralox®20mg/j, Imovane®7.5mg, Trittico®300mg/j). Nous n'avons pas d'explication au fait qu'en 08.2018 le Trittico® était à 100mg, qu'en 10.2015 il était à 300mg pour revenir subitement à nouveau à 100mg/j en 11.2015 » (expertise E. _____, dossier AI, p. 873).*

5.2.4. Dans l'ensemble, l'état de santé de la recourante n'aurait ainsi connu, depuis le dernier examen de la CRR, aucune modification ou péjoration susceptible de se répercuter sur la tenue de son ménage : « *Ainsi, tant au niveau des diagnostics d'atteinte à la santé psychique de l'assurée qu'au niveau de ses médications psychotropes prescrites, 01.2012 (évaluation CRR) ne semble aucunement constituer une période charnière pour l'assurée sur ces plans. Mais ce qui importe, c'est, selon l'ordonnance du Tribunal Fédéral, d'évaluer les activités domestiques de l'assurée, sous l'aspect médical, par rapport à sa situation de 01.2012 (évaluation CRR) & d'en apprécier l'imputabilité aux troubles psychiques validés. Tout en nous référant à nos observations & aux déclarations de l'assurée sur ses possibilités de participation aux tâches domestiques, nous relevons que pour la conduite du ménage & l'entretien du logement & de la maison, l'implication de madame apparaît semblable/superposable à l'appréciation médicale faite par l'équipe du Dr F. Provitolo de la CRR en 01.2012, i.e. des capacités organisationnelles, attentionnelles contributives à l'incapacité associées à la faible interaction sociale du sujet qui reste plaintive, peu motivée, peu coopérante avec un comportement démonstratif émaillé de doléances diffuses, une importante fatigabilité annoncée ne permettant pas la finalisation des objectifs domestiques » (expertise E. _____, dossier AI, p. 873-874).*

L'expert a du reste interrogé la recourante, dans le sens de ce qui lui avait été demandé, sur la manière de gérer, à domicile, « *la conduite du ménage* », « *l'alimentation* », « *l'entretien du logement et de la maison* », « *les emplettes, les commissions et courses diverses* », « *la lessive et l'entretien des vêtements* », « *les soins aux enfants et autres membres de la famille* » et, enfin, « *les loisirs et divers ouvrages* » (expertise E. _____, dossier AI, p. 868-869).

La recourante a ainsi pu rendre compte de ses difficultés et limitations dans chacun de ces sous-domaines, que l'expert a repris en suivant une logique élaborée par l'assurance-invalidité dans le cadre de ses enquêtes ménagères.

Ce qui lui a finalement permis de résumer la situation de la manière suivante : « *En 08.2018, l'ensemble des travaux administratifs tels les factures restait confié à l'époux depuis toujours, l'assurée se disant incapable d'avoir jamais accompli seule ces démarches "c'est trop d'angoisse de remplir. J'arrive pas". Pour ce qui est de la gestion par l'assurée des repas, cela restait fonction*

de la présence ou non de son époux &/ou fils à la maison, l'assurée conservant en 2018 sa capacité de préparation culinaire avec des aspects là encore superposables à ceux soulignés par la Dre C._____ dans ses rapports depuis 11.2010. Le questionnement des recettes & des critères de choix des fruits/légumes montrent clairement sa bonne adaptation psychique & raisonnée. Pour ce qui est des autres tâches à la cuisine, nettoyer la table, épousseter & récuser l'évier lui reste aisé dès que cela est fait "à ma hauteur" alors qu'il lui est impossible d'effectuer les actions qui impliquent de se baisser ou de lever les bras. Ces empêchements sont clairement non psychiques/psychiatriques mais bien en lien avec des LF physiques. Il en est exactement de même pour l'entretien du logement & de la maison où la LF est somatique/physique & aucunement psychique/psychiatrique ("L'assurée assume de ranger, épousseter tout ce qui ne l'obligerait pas à lever les bras ou à se pencher... rendus impossibles c'est trop pénible, c'est trop haut"). On voit aussi clairement que pour l'extérieur du domicile, l'assurée n'a jamais assuré un quelconque entretien du jardin ni la tonte de la pelouse ni l'entretien/arrosage des plantes, argumentant un motif non psychique/non psychiatrique: "J'ai pas de plante". Il s'agit là d'un choix volitif. Quant aux déchets, la LF est une fois encore physique & non psychique/psychiatrique ("c'est trop lourd car on rempli tout..."). La promenade du chien est assurée sur un mode biquotidienne mais pas son entretien, pour des motifs non psychiques/psychiatriques. Pour les démarches administratives, il apparaît que l'assurée les mène correctement dès qu'il s'agit expressément d'elle-même, mais qu'elle fait défaut pour les autres aspects. Quant à la comptabilité du ménage elle serait assurée par un tiers "J'arrive pas à remplir, c'est trop compliqué pour moi, j'ai des angoisses". Cette incapacité est depuis toujours & donc antérieure à 01.2012. Concernant les anciens loisirs & divers ouvrages (bonbons modifiés, perles, Guggenmusik & le tricot), ces activités auraient été suspendues depuis une décennie soit avant 2012 pour des motifs de fatigue, à la fibromyalgie, à une faiblesse à se déplacer ou à la mobilisation fine digitale (bonbons & perles), seul persisterait un peu de tricotage mais avec une lenteur extrême qui n'est pas attribuable à un ralentissement psychomoteur ni à une aboulie » (expertise E._____, dossier AI, p. 874).

Il estimait donc à cet égard que certains des empêchements dont se prévalait la recourante n'étaient pas en lien avec sa maladie psychique et que d'autres étaient même antérieurs à 2012.

5.2.5. L'expert n'a finalement pu constater aucune aggravation des limitations causées par les atteintes psychiques dans l'accomplissement des tâches ménagères, ceci depuis « la décision du 17 novembre 2010 basée sur l'enquête ménagère du 10 décembre 2008 » : « Le degré d'incapacité actuelle de l'assurée dans l'accomplissement des travaux domestiques en lien avec les affections psychiques de l'assurée est inchangé par rapport à cette détermination de référence d'autant que les diagnostics sont inchangés, les médications sont inchangées, les comportements & conduites sont superposables, le vécu psychique de l'assurée est resté ainsi figé sur des événements bien antérieurs » (expertise E._____, dossier AI, p. 875).

Il laissait cependant entendre qu'il y aurait pu avoir une courte période d'aggravation en 2015, soit au moment où la médication avait été changée : « Si on observe que la posologie de Trittico® pourrait avoir été transitoirement augmentée avant de revenir au dosage antérieur (il y a cependant nécessité d'éclairer la discrédance des données des Drs C._____ & K._____/L._____), cela pourrait suggérer à une aggravation de courte durée de l'atteinte à la santé psychique de l'assurée, bien que les diagnostics cliniques furent eux les mêmes & inchangés » (expertise E._____, dossier AI, p. 875).

5.2.6. Invité par l'OAI à se prononcer sur les objections déposées par la recourante, l'expert E. _____ a maintenu ses conclusions dans un rapport complémentaire du 17 juin 2019 (dossier AI, p. 977).

5.3. Nouveaux rapports de la Dre C. _____

5.3.1. Dans un rapport adressé à l'expert E. _____, la Dre C. _____ est revenue sur l'aggravation de l'état de santé de la recourante qui serait selon elle survenue entre 2010 et 2012 : *« En ce qui concerne la période de 2010 à 2012, je me réfère à mon rapport à Maître Monferini datant du 9 mai 2011. Je signale dans ce courrier l'aggravation de douleurs somatoformes en présence d'une personnalité pathologique, incapable d'introspection et de mentalisation, ayant des difficultés à gérer le stress. L'anxiété et le Trouble dépressif influence négativement le syndrome douloureux. Les troubles tant physiques que psychiques sont fluctuants, mais impactent la vie quotidienne de façon importante. La patiente a à cette époque déjà recouru à l'aide de son entourage, fils, mari et dame de ménage pour l'aider dans la plupart des tâches du ménage »* (rapport du 27 août 2018, dossier AI, p. 885).

5.3.2. Puis, elle s'est prononcée, à la demande de la représentante de la recourante qui lui a posé plusieurs questions détaillées, sur l'expertise du Dr E. _____, le 10 octobre 2018 (dossier AI, p. 955).

Elle a notamment relevé que l'anamnèse était complète et que les plaintes avaient été fidèlement rapportées : *« Les plaintes me semblent exactes, et pour ce qui est de la période actuelle, elles sont complètes. L'expert cite à plusieurs reprises les propos de la patiente et ces citations reflètent fidèlement sa manière de s'exprimer »*.

A la question de savoir si elle partageait les conclusions de l'expert sur le fait que la situation n'avait pas évolué depuis 2008, elle a répondu : *« Les diagnostics sont dans les grandes lignes inchangés. Les avis des médecins peuvent varier sur le diagnostic du Trouble de l'humeur. La plupart, dont je fais partie, retiennent un diagnostic de "trouble dépressif récurrent. Il y aussi des divergences sur le Trouble de personnalité, qualifié parfois de « sans précision » ou de personnalité dépendante, ce qui à mon avis n'influence pas l'évaluation globale du cas. En ce qui concerne la médication, il y a eu essentiellement des modifications dans le dosage du Trittico, prescrit pour les troubles anxieux et les Troubles du sommeil. Le vécu psychique est fixé sur des événements anciens, mais de nouveaux événements viennent s'ajouter, tel que le décès du beau-père en 2010, celui de la belle-mère en 2015, ainsi que les décès de plusieurs amies proches. Le frère de l'assurée a des problèmes de santé récurrent qui perturbent régulièrement la patiente, et chaque événement lié à ses enfants génère des troubles »*.

Il n'y aurait en revanche pas eu de modification notable de l'état de santé entre 2010 et 2018, en dépit de fluctuations de l'état psychique : *« Selon mes observations, il n'y a globalement pas de changements importants de la capacité en lien avec les troubles psychiques entre novembre 2010 et octobre 2018. Il y a par contre des fluctuations de l'état psychique, comme je l'ai déjà mentionné, qui entraîne des jours ou des périodes plus longues durant lesquelles la limitation liée aux Troubles psychiques est plus importante »*.

Concernant la question plus spécifique de l'empêchement dans les tâches ménagères, elle ne partageait pas entièrement les conclusions de l'expert relatives au statu quo des limitations éprouvées dans le cadre de la tenue du ménage, une aggravation pouvant selon elle se déduire

de l'engagement, en juillet 2009, d'une aide pour le ménage : « *Je pense que l'incapacité de l'assurée s'est péjorée depuis 2008, mais pour cela je me base sur les éléments anamnestiques, notamment l'évocation d'une péjoration en 2009 avec pour conséquence l'engagement d'une aide pour le ménage en juillet* ».

Elle déclarait toutefois ne pas pouvoir se prononcer pour ce qui concernait l'année 2008, relevant par ailleurs que les limitations occasionnées par les troubles psychiques n'étaient, contrairement à celles occasionnées par les troubles physiques, pas constantes, mais les déclarant toutefois présentes, en moyenne, 3 à 4 jours par semaine : « *Je ne peux pas me prononcer sur les Travaux effectués en 2008. En ce qui concerne les travaux domestiques depuis que je la suis, Mme décrit une limitation permanente liée aux Troubles physiques (travaux lourds, port de casseroles lourdes, nettoyages des sols et des fenêtres, porter et étendre le linge, faire des Travaux en se baissant ou en hauteur) ainsi qu'une limitation des Travaux encore possibles physiquement liée aux Troubles psychiques. La limitation liée aux Troubles psychiques n'est pas constante. Selon l'état émotionnel (où la patiente est Trop angoissée pour faire quoi que ce soit) et selon la Thymie (où la patiente présente une baisse de l'entrain l'empêchant d'être active), la limitation fonctionnelle peut être plus ou moins importante. Il y a des périodes, lorsqu'elle est plus déprimée, durant lesquelles Mme ne fait plus rien, il y a des périodes où il y a des jours où elle ne fait rien et d'autres où elle peut être active, avec les limitations fonctionnelles physiques. La limitation fonctionnelle due aux Troubles psychiques est fluctuante. Cette fluctuation est cependant importante et a un réel impact sur la régularité avec laquelle Mme peut effectuer les travaux encore possibles avec les atteintes physiques actuelles. Cette limitation psychique implique que la famille mange au restaurant, souvent plusieurs fois par semaine, que le mari et le fils prennent en charge certains jours Tous les travaux domestiques et que le chien est promené par la mère de l'assurée. Si on fait une moyenne sur une année, il est probable que les limitations fonctionnelles liées à l'état psychiques sont présentes 3 à 4 jours par semaine* ».

5.4. Autres rapports médicaux

Figurent encore au dossier deux rapports plus récents, sur lesquels se fonde également la recourante.

5.4.1. Tout d'abord, un rapport du 4 décembre 2018 du Dr M. _____ et de la psychologue N. _____ du secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour adultes auprès du Réseau fribourgeois de santé mentale (dossier AI, p. 961), ceux-ci interrogés, là encore, par la représentante de la recourante.

Se référant aux rapports rédigés à l'époque par leurs prédécesseurs, ces derniers spécialistes ont évoqué un certain nombre de faits qui auraient été de nature à péjorer l'état de santé psychique de la recourante à la fin de la décennie des années 2000, dans le sens des éléments rapportés par l'expert psychiatre (évocation de la mort du père, de la maladie du beau-frère et du décès du beau-père).

Ils ont également mentionné un accident de voiture, qui serait survenu en janvier 2010 : « *Nous pouvons également relever, en janvier 2010, un événement qui semble également avoir péjoré l'état de Mme. En effet, elle aurait été percutée par une voiture, alors qu'elle était au volant de son propre véhicule, arrêté à un feu rouge: « patiente encore troublée émotionnellement, à suivre pour PTSD. La patiente tremblait, n'arrivait pas à sortir de la voiture. La police lui a demandé si elle prenait des médicaments* ». Nous relevons également une réactivation du PTSD au mois de mars

2010 lorsque son beau-père est décédé. La réactivation du PTSD semble avoir une répercussion au niveau physique, mais aussi au niveau de son manque de motivation et de la diminution de l'élan vital ».

Pour autant, il leur était difficile de se prononcer sur l'évolution des impacts des atteintes psychiques au niveau de la tenue du ménage : *« Il nous est en conclusion difficile de nous prononcer sur l'impact de l'évolution psychique sur le plan domestique car cela n'apparaît presque jamais dans les notes des trois psychologues. Toutefois, nous avons pu relever à plusieurs reprises que l'état anxio-dépressif de la patiente avait des répercussions sur sa capacité à tenir son ménage : « il lui arrive de ne pas sortir de sa maison, deux jours durant. Elle s'enferme, ne se lave pas, a besoin de rester dans sa coquille. Dépression, angoisse, lorsqu'elle se sent stressée et fatiguée. Sentiment de ras-le-bol, ne supporte pas les bruits, ni de parler avec les autres. Je veux être tranquille » (...). Nous pouvons donc imaginer facilement que l'évolution défavorable du point de vue psychique a eu un impact sur le plan domestique ».*

Ils ont encore laissé entendre que leurs estimations ne pouvaient qu'indirectement se déduire de l'humeur, au demeurant fluctuante, de la recourante : *« Il nous est important de préciser ici que l'accomplissement des travaux domestiques n'était pas au premier plan de la psychothérapie. Il n'y a donc pas beaucoup de notes de suites à ce propos. Toutefois, nous pouvons relever que lorsque l'humeur de la patiente est abaissée, son élan vital l'est également, ce qui entraîne une diminution dans la capacité à accomplir des travaux domestiques. L'humeur étant toutefois fluctuante, cette situation n'est pas relevée à toutes les séances ».*

Ils se sont enfin ralliés à l'estimation moyenne de la Dre C. _____ : *« Cela dit, nous partageons tout à fait l'avis de la Dre C. _____, à savoir une incapacité de 3 à 4 jours par semaine, en moyenne sur une année. Nous relevons également des périodes, où lorsque la patiente est plus déprimée, elle ne peut plus rien accomplir et ne sort pas de chez elle. A d'autres moments, la limitation est moins fréquente, puisque les troubles psychiques ne sont pas constants ».*

5.4.2. A l'appui de son recours, la recourante dépose encore un rapport du 19 février 2019 émanant du Dr O. _____ et de la psychologue P. _____, le premier dirigeant le Centre Psychosocial.

Ils indiquent que la recourante *« a été suivie de manière ambulatoire de manière irrégulière et suivant sa demande de 2002 à 2007. Depuis 2008, elle est suivie régulièrement à raison de deux fois par mois. Son état s'avérant stationnaire, voire parfois aggravé par ses plaintes et douleurs somatiques, nous constatons qu'une prise en charge ambulatoire n'est probablement plus suffisante ».*

6.

Discussion

Sur la base de ce qui précède, la Cour de céans est en mesure de retenir ce qui suit.

6.1. Les vives critiques de la recourante à l'encontre du rapport du Dr E. _____ ne sauraient d'emblée être partagées.

Les conclusions de l'expert, confirmées encore dans un rapport complémentaire explicatif, sont en effet très claires si on prend le temps de le lire attentivement et de comprendre sa logique.

Il a en effet parfaitement compris le sens de sa mission, se référant de manière correcte à l'arrêt de renvoi du TF, auquel il a cherché à apporter une réponse après avoir passé en revue l'ensemble du dossier médical et interrogé la recourante, dans le détail et en reprenant l'un après l'autre les postes à l'instar de ce qui se fait pour les enquêtes ménagères de l'AI, sur sa manière d'appréhender et de gérer la tenue de son ménage.

Il a ainsi pu clairement conclure qu'aucune aggravation médicale n'était survenue depuis la décision de novembre 2010 qui se basait elle-même sur des données récoltées jusqu'en 2008, ni même encore après le séjour de la recourante à la CRR en 2012.

Il a pu au contraire observer (5.2.4., dossier AI, p. 874), en se fondant sur les dires mêmes de la recourante, que certains des empêchements n'étaient pas en lien avec son atteinte à la santé psychique mais bien plutôt avec ses problèmes de santé physique (travaux à effectuer en cuisine), ou alors résultaient simplement de son choix (entretien du jardin).

Quant aux tâches administratives qui la rempliraient d'angoisse, elle les donnerait à faire à son mari, et cela « *depuis toujours* ».

Dans le même ordre d'idée, elle aurait également renoncé, depuis une décennie, soit en 2008, à certaines activités de loisir comme le tricot, les perles, ou la Guggenmusik, sans que cela ne soit dû, là encore, à ses problèmes psychiques.

L'expert n'a donc pu retenir aucune aggravation de l'état de santé depuis l'année 2010, qui se serait traduite par une plus grande limitation de ses capacités dans l'une ou l'autre activité liée à la tenue de son ménage.

Ceci va du reste dans le droit sens du type d'atteintes psychiques qu'elle présente et qui l'affecteraient davantage en présence de situations de conflit « *intrapsychique* », qu'au moment d'utiliser ses mémoires « *déclaratives et procédurales* » (5.2.1. in fine).

6.2. Les critiques de la recourante sur les conclusions de l'expertise sont pour la plupart des remises en question de détail, notamment sur la question de savoir si et depuis quand aurait eu lieu une modification de l'état de santé psychique.

Cette dernière semble considérer en substance que l'expert se serait fourvoyé en omettant de comparer l'évolution de l'état de santé à partir de 2008, et qu'il ne serait remonté que jusqu'en 2012, soit au moment de la dernière expertise CRR.

Or, cela est inexact, si l'on se réfère aux conclusions finales de l'expertise, dans lesquelles le Dr E. _____ répond précisément à la question que le TF demandait de résoudre (5.2.5, dossier AI, p. 875).

Il a du reste clairement signalé, comme il vient d'être dit, que certains des empêchements dont se prévalait la recourante étaient même antérieurs à 2012, remontant à une décennie.

Dans le même temps, les experts CRR n'ayant en 2012 pas noté de grands changements depuis 2008, on peut comprendre que l'expert se soit également parfois référé, dans son rapport, à la situation que ses confrères avaient observée à cette époque.

Tout cela va du reste dans le sens des déclarations de l'assurée, pour laquelle le moment déterminant de ses problèmes semble bel et bien avoir été la survenance de son burnout en

2003 : depuis, la situation paraît s'être globalement figée après la perte de l'emploi et le dépôt de sa demande en 2008.

Et le directeur du Centre Psychosocial de Fribourg ne dit pas autre chose : l'état de santé se serait aggravé selon lui depuis le mois de juin 2008, soit au moment de sa première demande de rente, à la suite de laquelle trois-quarts de rente lui ont été reconnus, après quoi son état de santé serait demeuré stationnaire.

Aucun changement important n'est ainsi avéré entre la période 2008 et 2012.

L'on relèvera, concernant les remarques « temporelles » soulevées par le recourante, que celle-ci paraît être de mauvaise foi lorsqu'elle se prévaut de l'incohérence de l'expert sur le choix des périodes à distinguer, entre les années 2008-2010 et les années 2010-2012 : il s'agit en effet de rappeler sur ce point que la décision d'octroi des trois-quarts de rente est datée du mois de novembre 2010 et que la demande de révision a été posée dans son sillage, à savoir le mois suivant, en décembre 2010, une quinzaine de jours plus tard.

Elle ne saurait manifestement se prévaloir d'une confusion de l'expert en de pareilles circonstances, alors qu'il aurait sans doute été beaucoup plus simple pour elle de recourir dans un premier temps contre l'octroi des trois-quarts de rente.

6.3. Quoi qu'il en soit, l'expert a répondu aux objections de la recourante en procédure administrative, intégralement reprises dans le cadre de son recours.

Il a ainsi eu l'occasion de répéter que la capacité d'accomplir les tâches ménagères n'avait pas varié depuis 2008, bien au contraire, certaines des limitations paraissant avoir été plus importantes à l'époque : *« L'enquête ménagère de 2008 précisait que l'assurée préparait les repas depuis 3 mois à raison de 2x/semaine (ce qui est moins qu'en 2018), ses empêchements totaux étant ainsi la conduite du ménage (entretien des sols, nettoyage des vitres, faire les lits & faire le ménage à fond), la planification, l'organisation, la répartition du travail, le contrôle des tâches avec des difficultés très problématiques déjà dues aux maux de dos & d'omoplates à épousseter & passer l'aspirateur. Tout ceci est moins qu'en 2018. Pour l'alimentation, les difficultés étaient en 2008 la préparation, la cuisson, le service des repas, les travaux de nettoyage, les provisions, ce qui semble moindrement réduit en 2018 puisque l'assurée prépare & cuit les aliments pour les repas de midi, assure le service des repas qu'elle prépare, nettoie la table, époussette & récuré l'évier ce qui lui est aisé "parce que c'est à ma hauteur", procède elle-même aux choix des commissions que son époux porte. Le fait que l'assurée ne prépare pas les repas du soir n'est pas le stigmate d'un impact médical durable en lien avec une affection psychique diagnostiquée mais relève d'un choix de l'assurée puisqu'elle reste ensuite attentive 90 à 120 min devant la TV. Pour la lessive & l'entretien des vêtements, les difficultés étaient en 2008 de laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures, ces capacités restant superposables à celles de 2018. Pour les démarches extérieures, les difficultés étaient en 2008 auprès de la poste, la banque, des assurances, des services officiels, démarches en partie menées par l'assurée seule en 2018 selon notre § 3.9. Ceci moins est donc qu'en 2018 »* (rapport complémentaire du 17 juin 2019, dossier AI, p. 979).

Il laissait une nouvelle fois entendre que les quelques éventuelles modifications alléguées par elle ne sauraient encore laisser augurer d'une aggravation : *« L'assurée effectuait déjà en 2008 comme en 2018 ses achats par internet avec le soutien de son mari & n'aurait enfin jamais eu*

d'activité autour de sa maison (jardin, pelouse, fleurs). Quant aux activités de loisirs, elles seraient réduites en raison des douleurs dorsales (perles, Gugenmusik) ou maintenues (chien, tricot) en 2018. Mais si ses marchés annuels sont réduits de 10 à 2 entre 2008 & 2018, est-ce là la marque d'une aggravation significative de l'atteinte à la santé psychique de l'assurée sans autre facteur intercurrent possible? Nous ne validons pas cela comme tel au sens de la LAI. Si encore en 2008, l'assurée ne maintenait pas la position assise plus de 30min, déclarant que sa position la meilleure était couchée ou debout, elle demeura en 2018 sur des intervalles d'une heure constamment assise ».

6.4. On ne peut, à côté de cela, déduire des seules explications de la Dre C. _____ que l'état de santé psychique s'est aggravé à l'orée des années 2010.

Cette dernière spécialiste déclare en effet, dans son rapport du 27 août 2018, que la recourante, au moment de l'aggravation de son état de santé en 2010-2012, avait déjà recours à l'appui de son entourage pour l'aider dans la tenue du ménage (dossier AI, p. 885).

Après cela, la représentante de la recourante lui a posé toute une série de questions très ciblées dont on peut se demander si elles n'étaient pas uniquement destinées à obtenir d'elle qu'elle vienne conforter ses thèses juridiques.

Ce qui a finalement amené la Dre C. _____ à émettre une évaluation moyenne hebdomadaire des limitations éprouvées par la recourante dans la tenue du ménage, sans toutefois concrètement entrer dans les détails ni expliquer en quoi celles-ci seraient aujourd'hui plus importantes qu'à l'époque : le seul fait qu'une aide de ménage a pu être engagée au mois de juillet 2009 ne saurait suffire à établir l'aggravation, depuis 2008, des limitations imposées par le seul état psychique fluctuant, cela d'autant moins que la plupart des limitations énumérées par la Dre C. _____ semblent bien plutôt découler d'une problématique physique dont les effets seraient, pour leur part, bien plus constants.

Quant au rapport du Dr M. _____, il semble également avoir été conditionné par les questions orientées de la représentante, lesquels ont également amené les spécialistes à partager les estimations moyennes (« *incapacité de 3 à 4 jours par semaine* ») de la Dre C. _____, ceci alors même qu'une lecture attentive de leur précautionneux rapport laisse apparaître qu'ils ne sont absolument pas affirmatifs.

6.5. La Cour de céans était déjà parvenue à la conclusion, dans son précédent arrêt de 2014, que l'état de santé ne s'était pas aggravé.

Elle avait aussi relevé la présence d'un certain nombre de facteurs extra-médicaux.

Or, les éléments marquants (difficultés conjugales, maladies et décès familiaux, etc.) invoqués par la Dre C. _____ pour justifier d'une dégradation progressive de l'état de santé psychique de la recourante constituent plutôt des facteurs extra-médicaux.

Et si les relations difficiles entre cette dernière et son époux ou ses enfants pourraient certes affecter la répartition des tâches au sein du couple, cela ne saurait pour autant vouloir dire qu'il faille en faire supporter les conséquences à l'assurance-invalidité : « *L'assurée considère que les enfants sont assez grands pour s'occuper d'eux-mêmes, indiquant des relations difficiles avec son époux & parfois aussi avec son fils* » (expertise E. _____, dossier AI, p. 869).

7.

Au vu de tout ce qui précède, force est de retenir que la recourante ne parvient pas à établir que son état de santé psychique a subi une aggravation importante à partir du mois de décembre 2010, qui aurait eu pour conséquence d'engendrer un taux d'empêchement plus élevé que de l'ordre de 30% dans l'accomplissement de ses tâches ménagères.

Il s'ensuit, le rejet de son recours.

Une éventuelle brève aggravation de son état de santé, évoquée par l'expert et qui aurait pu survenir dans le milieu des années 2010 ne saurait enfin avoir de conséquence dans le cadre du présent litige.

8.

Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante.

Ils sont compensés avec son avance de frais.

Aucune indemnité de partie n'est allouée.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Des frais de justice sont mis à la charge de la recourante, par CHF 800.-.
Ils sont compensés avec son avance de frais.
- III. Aucune indemnité de partie n'est allouée.
- 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 30 novembre 2020 /mbo

Le Président :

La Greffière-stagiaire :