



**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

www.fr.ch/tc

605 2022 43

Arrêt du 23 mai 2024

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Stéphanie Colella, Marc Sugnaux
Greffière-rapporteuse : Maude Favarger

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Me Karim Hichri, avocat pour le compte d'Inclusion Handicap

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – Droit d'être entendu – Rente – Capacité de travail – Valeur probante des expertises psychiatriques

Recours du 9 mars 2022 contre la décision du 23 février 2022

considérant en fait

A. A. _____, née en 1961, divorcée, mère de trois enfants, a eu une scolarité compliquée du fait de problèmes d'acquisition du langage et d'un retard global. Elle a été placée en école spécialisée, notamment en internat. A la fin de la scolarité obligatoire, elle a fait une année d'école ménagère mais ne possède aucune formation professionnelle.

En février 1989, elle a été engagée à B. _____ SA dans le domaine du nettoyage, d'abord à 50% puis, en raison d'une restructuration, à 40% depuis 2011. Dès le mois de juin 2012, elle a également été engagée en tant que femme de ménage auprès de C. _____ Sàrl, à un taux de 60%.

A la mi-mars 2017, elle a ressenti une baisse d'énergie avec des maux de tête et une très grande fatigue. Le 31 mars 2017, elle s'est rendue à D. _____ puis a été hospitalisée à E. _____ jusqu'au 5 avril 2017 en raison d'un probable AVC ischémique ponto-bulbaire mineur droit, sans confirmation radiologique, d'origine indéterminée, avec vertiges et syndrome facio-brachio-crural ataxique gauche. Durant son hospitalisation, un bilan neuropsychologique a été effectué le 3 avril 2017 et des difficultés attentionnelles ainsi qu'une thymie anxiodépressive ont été retenus. Une IRM cérébrale réalisée le 31 mars 2017 s'est avérée être dans les normes. Le pronostic émis par E. _____ était plutôt favorable.

Le 12 juillet 2017 et le 3 août 2017, elle a effectué de nouveaux bilans neuropsychologiques avec une évolution défavorable, caractérisée par de multiples plaintes. Les bilans neuropsychologiques ont mis en évidence d'importantes difficultés attentionnelles, des difficultés dans les fonctions exécutives, des difficultés en dextérité manuelle fine de la main gauche, des difficultés en calcul oral et aux praxies constructives. Les bilans ont également précisé que la thymie de l'intéressée était anxieuse et fragile, et la neuropsychologue a conclu que le tableau dépassait la localisation lésionnelle, à savoir un AVC ponto-bulbaire qui ne devrait pas avoir d'impact au niveau cognitif.

Etant donné les troubles cognitifs et les plaintes de l'intéressée, celle-ci, au bénéfice d'un arrêt de travail à 100% depuis le 31 mars 2017, n'a pas pu reprendre son activité professionnelle. Le 25 septembre 2018, C. _____ Sàrl, en raison d'une réorganisation du personnel, a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 30 novembre 2018. S'agissant de son travail au sein de B. _____, l'intéressée est retraitée depuis le 1^{er} février 2023.

B. Le 13 septembre 2017, A. _____ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI). L'OAI a décidé de mettre en place un soutien à l'intégration professionnelle du 13 décembre 2017 au 6 avril 2018, puis des mesures de réinsertion avec des indemnités journalières du 12 mars 2018 au 15 septembre 2019.

Le 9 avril 2019, A. _____ a signé une autorisation en faveur de F. _____ autorisant cette dernière à demander et obtenir tous les renseignements et documents souhaités ainsi qu'à effectuer les démarches nécessaires auprès, notamment, de l'OAI. Cette autorisation précise explicitement qu'elle n'est "en aucun cas une procuration (mandat de représentation)".

C. Sous l'angle médical, dans un rapport daté du 21 juin 2019 adressé à l'OAI, le Dr G. _____, médecin spécialisé en psychiatrie qui suit l'intéressée depuis le 24 mai 2018, a retenu trois diagnostics avec effet sur la capacité de travail de l'assurée, à savoir un trouble

cognitif léger associé à un trouble physique (AVC) depuis le 31 mars 2017; une personnalité avec des traits anxieux et évitants depuis l'adolescence; et un trouble anxieux et dépressif mixte depuis 2010. Il a attesté une incapacité de travail à 50% dès le 24 mai 2019.

Le 10 septembre 2019, le Dr H. _____, médecin traitant de A. _____, a informé l'OAI que l'état de santé de l'intéressée avait été défavorable au cours des 6 derniers mois. Il a précisé que les troubles neurologiques (troubles praxiques et mnésiques et parésie faciale) avaient augmenté et que les symptômes entraînaient désormais un handicap plus important. La capacité de travail résiduelle se trouvait ainsi diminuée à 20% avec un rendement maximum de 50% dans cette capacité. Le 19 décembre 2019, ce médecin a informé l'OAI que l'évolution de santé de l'assurée était à nouveau défavorable et qu'elle était actuellement en incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée.

Le 3 juin 2020, vu l'évolution défavorable de l'état de santé de A. _____, l'OAI a mandaté I. _____ pour procéder à une expertise bi-disciplinaire neurologique et psychiatrique. Les médecins mandatés étaient le Dr J. _____, neurologue, et la Dre K. _____, psychiatre. Dans leur rapport d'expertise du 1^{er} septembre 2020, les experts ont retenu trois diagnostics psychiques ayant une incidence sur la capacité de travail de l'intéressée: un trouble de l'adaptation, un épisode dépressif moyen et une personnalité anxieuse. Ils ne relèvent toutefois aucun diagnostic incapacitant sous l'angle neurologique. Ils ont ainsi conclu à une pleine capacité de travail du point de vue neurologique, mais à une pleine incapacité de travail du point de vue psychiatrique.

Estimant que les diagnostics et les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise n'étaient pas probants, l'OAI a demandé des éclaircissements à l'experte psychiatre de I. _____. N'étant pas convaincu par les réponses obtenues, l'OAI a mandaté une seconde expertise, uniquement psychiatrique, qui a été confiée au Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie. Dans son rapport d'expertise du 1^{er} juillet 2021, ce médecin a indiqué que l'intéressée ne présentait pas de trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale et que, d'un point de vue purement psychiatrique, sa capacité de travail était entière et sans baisse de rendement.

D. Par projet de décision du 8 novembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de A. _____. En substance, cette autorité a considéré que, depuis le 31 mars 2017, la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte et que la condition relative à la durée moyenne déterminante de l'incapacité de travail avait été remplie après un délai d'attente d'une année, soit le 31 mars 2018. Elle a également relevé que, du 12 mars 2018 au 15 septembre 2019, l'assurée avait perçu des indemnités journalières de leur part, de sorte que le droit à la rente devait être nié pour cette période. Pour le reste, la comparaison entre son salaire de valide et d'invalidité aboutissait à un degré d'invalidité de 13%, ce qui ne donnait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Une copie du projet de décision a également été adressée, notamment, à F. _____ et à M. _____.

Le 2 décembre 2021, l'assurée a elle-même rédigé un courrier adressé à l'OAI pour s'opposer à ce projet de décision.

Le 14 décembre 2021, la gestionnaire du dossier AI de l'assurée et cette dernière ont eu un contact téléphonique au terme duquel elles ont convenu que les médecins de l'assurée, soit son psychiatre, le Dr G. _____, et son médecin traitant, le Dr H. _____, recevraient une copie des rapports d'expertise afin qu'ils puissent se positionner par rapport à ces derniers. Ces documents ont été envoyés auxdits médecins le 15 décembre 2021.

Par courrier du 15 décembre 2021, l'OAI a formellement accusé réception de l'opposition de l'assurée du 2 décembre 2021 et lui a imparti un délai au 10 février 2022 pour motiver ses objections, l'avertissant qu'à défaut, une décision finale identique au projet de décision lui serait notifiée. Ce courrier a uniquement été envoyé à l'intéressée.

Le 22 février 2022, le Dr G._____ a demandé à l'OAI la reconsidération du cas de sa patiente compte tenu des problèmes médicaux de celle-ci, pour lesquels il a attesté d'une incapacité totale de travail.

E. Par décision du 23 février 2022, l'OAI a maintenu son projet de décision du 8 novembre 2021 et rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assurée, cette dernière n'ayant pas motivé ses objections dans le délai imparti.

Le 9 mars 2022, l'assurée, par l'intermédiaire de F._____, s'est adressée à l'OAI en affirmant n'avoir jamais reçu le projet de décision du 8 novembre 2021 et le courrier du 15 décembre 2021. Le même jour, M._____ a envoyé un courrier similaire à l'OAI.

F. Contre la décision rendue le 23 février 2022 par l'OAI, A._____, assistée par F._____, interjette un recours auprès du Tribunal cantonal le 8 mars 2022. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de ladite décision pour violation du droit d'être entendu – ni elle-même, ni M._____, ni F._____ n'ayant reçu le projet de décision de l'OAI du 8 novembre 2021 ou le courrier du 15 décembre 2021 – et demande que la cause soit renvoyée à l'OAI pour notification d'un projet de décision. Subsidièrement, elle conteste la conclusion des expertises et elle sollicite l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Le 14 mars 2022, Inclusion Handicap, par le biais de Me Karim Hichri, produit une procuration et informe le Tribunal cantonal qu'elle représente désormais la recourante.

Dans ses observations du 14 avril 2022, l'OAI conclut au rejet du recours. En substance, cette autorité explique que la recourante a bien reçu le projet de décision du 8 novembre 2021 étant donné qu'elle a été en mesure d'y formuler ses objections dans le délai imparti. Eu égard au courrier du 15 décembre 2021, l'OAI se réfère à l'entretien téléphonique du 14 décembre 2021 dont la note figure au dossier, tout en admettant que ledit courrier n'a été envoyé qu'à la recourante. Cette autorité précise également qu'hormis F._____ et M._____, trois des quatre autres institutions intéressées à qui avait été adressée une copie du projet de décision (à savoir : N._____, O._____, P._____, Q._____ SA) ont confirmé avoir reçu ledit projet (O._____, Q._____ SA et P._____). Enfin, se référant à une jurisprudence du Tribunal fédéral, l'OAI estime que la non-réception d'une décision par le représentant d'une personne assurée n'enfreint pas nécessairement le droit d'être entendu de cette dernière, dans la mesure où il lui incombait de s'enquérir de sa situation auprès de F._____ à réception du projet de décision.

Le 11 octobre 2022, la recourante a transmis au Tribunal cantonal un rapport médical du Dr G._____ daté du 14 juillet 2022 dans lequel il mentionne que *"la stationnarité évolutive de ses affections reflète la cristallisation de ses symptômes et la chronicité de ses affections qui lui cause une incapacité totale – invalidité pour toute activité lucrative. Le pronostic à moyen et long terme s'avère réservé voir défavorable surtout pour son atteinte cognitive"*.

Le 29 janvier 2024, la Cour de céans a appelé en cause P._____ et Q._____ SA. Le 6 février 2024, P._____ a indiqué que, de leur côté, ce dossier était considéré comme clos à la

suite de la retraite de l'assurée au 31 janvier 2023. Le 14 février 2024, Q. _____ SA a renoncé à se déterminer.

Il n'y a pas eu d'autre échange d'écritures entre les parties.

Il sera fait état des arguments développés par les parties 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.

Recevabilité

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente selon l'art. 58 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 renvoi de l'art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, et l'avance de frais de CHF 400.- ayant été versée en temps utile, le recours est recevable.

2.

Droit d'être entendu et notification des communications

La recourante reproche d'abord à l'OAI d'avoir rendu la décision litigieuse du 23 février 2022 de manière prématurée, étant donné que ni M. _____, ni F. _____, ni elle-même n'auraient reçu le projet de décision du 8 novembre 2021 et n'auraient donc été en mesure de se déterminer.

2.1. Garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101) et l'art. 42 première phrase LPGA, le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leurs propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3; 142 III 48 consid. 4.1.1; 141 V 557 consid. 3).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 Cst.), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 135 I 187 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Toutefois, la réparation de la violation du droit d'être entendu doit rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3).

2.2. Selon une jurisprudence déjà bien établie, les communications des autorités sont soumises au principe de la réception. Il suffit qu'elles soient placées dans la sphère de puissance de leur

destinataire et que celui-ci soit à même d'en prendre connaissance pour admettre qu'elles ont été valablement notifiées (cf. arrêt TF 8C_179/2019 du 11 avril 2019 consid. 4.2 et les références; arrêt TC FR 605 2018 84 du 15 juillet 2019 consid. 2.2).

Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b; arrêt TF 9C_433/2015 du 1^{er} février 2016 consid. 4.1). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (arrêt TF 8C_621/2007 du 5 mai 2008 consid. 4.2). La preuve de la notification d'un acte peut résulter d'indices ou de l'ensemble des circonstances, en particulier de la correspondance échangée ou de l'absence de protestation de la part d'une personne qui reçoit des rappels (arrêt TF 9C_433/2015 du 1^{er} février 2016 consid. 4.1).

2.3. Conformément à une jurisprudence fédérale rendue en matière d'assurances sociales, le justiciable doit faire preuve de toute la diligence requise lorsqu'il reçoit une décision de l'autorité et informer son représentant de son existence (arrêt TF 9C_741/2012 du 12 décembre 2012 consid. 2). L'assuré ne peut en effet simplement ignorer la décision; il est tenu – pour des exigences dictées par le principe de la bonne foi et la sécurité juridique – de la contester dans le délai habituel de recours ou à tout le moins de s'informer dans un délai raisonnable, notamment auprès de son représentant, s'il en reconnaît le caractère contraignant et s'il n'entend pas se la faire opposer (cf. ATF 129 II 125 consid. 3.3; arrêt TF 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 6.2 et les références). Autrement dit, le devoir de diligence de l'intéressé n'est pas diminué mais au contraire renforcé par le fait qu'il ne comprendrait pas l'acte en question, car dans un tel cas de figure, il doit chercher à en comprendre le contenu ou, à tout le moins, s'informer sur l'éventuelle suite à y donner (cf. arrêt TF 9C_273/2016 du 5 octobre 2016 consid. 4.2).

2.4. En l'espèce, contrairement à ce qu'elle prétend, la recourante a bien reçu le projet de décision du 8 novembre 2021, étant donné qu'elle a elle-même formulé des objections par courrier manuscrit du 2 décembre 2021. Par ailleurs, l'intéressée – et ses médecins, auxquels avaient été envoyés une copie des rapports d'expertise – a eu l'occasion de se déterminer sur le projet de décision et de compléter ses observations dans le délai imparti. N'ayant toutefois pas fait usage de cette faculté ni requis une prolongation dudit délai, elle ne peut se prévaloir d'une violation de son droit d'être entendu.

De plus, conformément à la jurisprudence susmentionnée, il appartenait à la recourante d'informer F._____, respectivement M._____, du fait qu'elle avait reçu un projet de décision de la part de l'OAI et, le cas échéant, de solliciter leur aide pour formuler une opposition argumentée. L'intéressée ne peut donc rien tirer de l'allégation selon laquelle F._____ n'aurait jamais reçu le projet de décision, étant d'ailleurs soulignée que cette institution n'a aucun mandat de représentation en faveur de l'intéressée. En tout état de cause, au vu des circonstances du cas d'espèce, la Cour de céans estime qu'il ne peut être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ladite allégation est établie. En effet, le fait est que, parmi les quatre autres institutions intéressées auxquelles a également été adressée une copie du projet de décision (à savoir : N._____, O._____, P._____, Q._____), trois d'entre elles ont explicitement

accusé réception dudit projet de décision (O._____, Q._____ et P._____) et, si la dernière (N._____) n'a pas été en mesure de se prononcer, c'est uniquement dû au fait que le dossier de l'intéressée était déjà archivé chez eux depuis 2018. De l'avis de la Cour, ces éléments, ajoutés au fait que la réception du projet de décision par l'intéressée a été démontrée, constituent autant d'indices en faveur d'une notification régulière dudit projet de décision. Aucune violation des dispositions relatives à la notification des actes des autorités ne saurait donc être retenue en l'espèce.

Le grief de la recourante tombe donc à faux.

3.

Droit applicable en matière d'assurance-invalidité

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.20) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2535).

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après: OFAS) précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1^{er} janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1^{er} janvier 2022).

Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 ne sont ici pas applicables, dans la mesure où l'invalidité alléguée est antérieure au 31 décembre 2021.

4.

Dispositions relatives à l'assurance-invalidité – atteinte à la santé psychique

4.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputé 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.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

4.2. 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.). La reconnaissance de l'existence de l'atteinte à la santé psychique 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 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

5.

Règles relatives à l'évaluation du taux d'invalidité

5.1. D'après l'art. 16 LPGA, 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).

De jurisprudence constante, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C 25/11 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires

ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre de désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations dues au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATFV126 V 75 consid. 5).

5.2. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives : l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est mené avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché du travail et que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a).

Il découle de la notion d'invalidité que 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).

5.3. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées).

5.4. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être établie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. 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%, 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.

Le taux d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418).

6.

Dispositions relatives à l'appréciation des preuves

6.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

6.2. Lorsqu'il s'agit d'examiner 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 médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a).

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans des cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

En cas de divergences d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre

de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

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

7.

Question litigieuse

Est en l'espèce litigieuse la question du droit de la recourante à une rente d'invalidité à partir du 31 mars 2018.

Pour y répondre, il convient de déterminer la capacité de travail résiduelle de cette dernière en procédant à une appréciation médicale de sa situation, étant précisé que du 12 mars 2018 au 15 septembre 2019, elle a perçu des indemnités journalières de l'OAI de sorte que le droit à la rente doit être nié pour cette période.

7.1. Rapports médicaux des médecins traitants de la recourante en 2019

La recourante est suivie par le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie à R._____. Dans son rapport du 21 juin 2019, ce médecin pose les diagnostics de trouble cognitif léger associé à un trouble physique (AVC) (F06.71), personnalité à traits anxieux (évitant) et sensitive dès son adolescence (F60.8), et trouble anxieux et dépressif mixte depuis 2010 (F41.2). Selon lui, dans son ancienne activité, l'intéressée pourrait travailler 4 heures par jour et dans une activité adaptée. Dans un travail simple, elle pourrait travailler au maximum 3 à 4 heures par jour.

Le médecin traitant de la recourante, le Dr H._____, généraliste à R._____, indique, le 10 septembre 2019, que l'évolution de son état de santé a été défavorable au cours des six derniers mois. Les troubles neurologiques ont augmenté et les symptômes entraînent maintenant un handicap plus important. Il s'agit de troubles praxiques et mnésiques ainsi qu'une parésie faciale de plus en plus présents. La capacité résiduelle de travail se trouve ainsi diminuée à 20% maximum avec un rendement de maximum 50% dans cette capacité. Dans un rapport médical du 19 décembre 2019, ce médecin indique que l'évolution est de nouveau défavorable avec des troubles cognitifs, des troubles de l'adaptation et des troubles neurologiques importants. L'intéressée est actuellement en incapacité de travail totale et définitive, et cela même dans une activité adaptée.

7.2. Rapport d'expertise neurologique et psychiatrique du 1^{er} septembre 2020

Dans leur rapport d'expertise du 1^{er} septembre 2020, les experts de I._____ indiquent être face à un diagnostic d'AVC qui a été posé sur la base du tableau clinique uniquement. Aucune lésion n'a été mise en évidence au CT ou à l'IRM. Aucune cause d'AVC n'a été trouvée lors de ce bilan. Le status clinique neurologique à trois mois de l'AVC montre une composante fonctionnelle. Le

bilan neuropsychologique (12 juillet 2017 et 3 août 2017) montre des difficultés attentionnelles, exécutives, une thymie anxieuse fragile et une fatigue cognitive, physique et sociale. Ce tableau dépasse la localisation lésionnelle (AVC ponto-bulbaire) et les troubles ne sont pas concordants avec l'AVC. I. _____ note que l'assurée n'est pas compliant: elle n'a pas jugé nécessaire de commencer le traitement médicamenteux (Fluoxétine). Elle a également refusé un traitement psychiatrique/psychologique suggéré en 2017. Elle souffre d'une lésion périphérique du nerf facial gauche depuis 2010. Toujours selon les experts, en l'absence de lésion cérébrale avérée, l'origine des troubles cognitifs est probablement à mettre en lien avec l'abaissement thymique et la fatigue persistante. S'agissant des fonctions cognitives, l'experte psychiatre note que la mémoire est sans particularité et qu'il n'y a pas de difficultés de concentration pendant l'examen. Les experts concluent qu'au plan somatique, il n'y a aucun diagnostics neurologiques incapacitants. Au plan psychique, les diagnostics incapacitants sont les suivants : un épisode dépressif moyen (F32.1), un trouble de l'adaptation (F43.2) et une personnalité anxieuse (F60.6). Les diagnostics non incapacitants sont des troubles des acquisitions scolaires, sans précision (F80.9), cruauté mentale, agression, difficultés liées à une enfance malheureuse (Y07), événements entraînant une perte d'estime de soi pendant l'enfance (Z61.3), et une expérience personnelle terrifiante pendant l'enfance (Z61.7).

En particulier, sur le plan somatique, l'expert neurologue conclut à *"des déficits purement subjectifs sans traduction objective à l'examen neurologique, ce qui permet de conclure à une atteinte fonctionnelle et non lésionnelle. Au plan strictement neurologique, on retiendra donc un examen normal – à l'exception de discrets signes séquellaires d'une paralysie faciale périphérique gauche ancienne – avec des problèmes cognitifs que l'AVC ponto-bulbaire n'explique pas"*. Il conclut que les documents à disposition et les éléments de l'anamnèse ne font pas ressortir une incohérence dans la mesure où l'AVC du tronc cérébral n'explique pas les troubles du langage et les atteintes cognitives. Au plan psychique, l'experte psychiatre conclut que *"l'assurée a subi des maltraitances pendant son enfance et son adolescence. Elle s'en est libérée qu'avec le mariage à l'âge de dix-huit ans. Sa tolérance à la maltraitance a été fortement diminuée par ces événements de l'enfance et ont un impact direct à la réaction de l'assurée qui affiche un comportement d'urgence et de panique lorsqu'elle se sent soumise à une forme de maltraitance, qu'elle soit réelle ou perçue par l'assurée seulement"*. Elle en conclut que l'assurée a 0% de capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici comme dans une activité adaptée. Lors de cette expertise, l'assurée n'a pas effectué de tests psychométriques.

7.3. Rapport d'expertise psychiatrique du 1^{er} juillet 2021

Dans son rapport d'expertise du 1^{er} juillet 2021, le Dr L. _____ indique que l'assurée est vigile, orientée dans les trois modes, et bien que l'examen neuropsychologique succinct indique parfois quelques problèmes attentionnels, l'assurée arrive à reconstituer son histoire personnelle de manière très claire, logique et précise, dont les faits récents sans restriction. Il n'y a pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. Le jugement et le raisonnement sont conservés. Il n'y a pas d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme. Elle investit les relations avec sa fille, son fils, ses petits-enfants et sa mère qu'elle voit quotidiennement. Elle est très attachée à son chien qu'elle promène tous les jours. Elle a des connaissances même si elle a toujours apprécié être relativement seule. Elle s'est sentie un peu irritable et anxieuse, mais a déclaré aller beaucoup mieux depuis l'introduction du traitement. Le sommeil est bon. Du point de vue anxieux, depuis qu'elle a eu le Covid, elle se sent un peu peureuse. Sinon, il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par le

DSM-V. Elle ne souffre pas de phobie. Il n'existe pas de signes florides de la ligne psychotique. Il n'y a pas d'indice en faveur d'un trouble significatif de la personnalité.

Le Dr L. _____ a en outre effectué des tests psychométriques. Selon lui, les tests psychométriques vont dans le sens d'une tendance très importante à la dramatisation et à l'amplification des plaintes, car l'assurée a systématiquement sélectionné les réponses donnant un score maximal. Il explique qu'il existe une très mauvaise concordance entre les tests d'hétéro et auto-évaluation, tous massivement surcotés.

Le Dr L. _____ passe également en revue les critères diagnostiques du DSM-V pour un épisode dépressif. L'évaluation de la sévérité repose sur le nombre de critères, la sévérité de ces symptômes et le degré d'altération du fonctionnement. Une dépression légère comporte peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic, la gravité des symptômes est à l'origine d'un sentiment de détresse, mais qui reste gérable, et les symptômes sont à l'origine d'une altération mineure du fonctionnement social ou professionnel. Pour une dépression modérée, le nombre et la gravité des symptômes et/ou de l'altération du fonctionnement sont compris entre "léger" et "sévère". Pour une dépression sévère, le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre requis pour faire le diagnostic, la gravité des symptômes est à l'origine d'une souffrance importante et ingérable, et les symptômes perturbent nettement le fonctionnement social ou professionnel.

Par rapport à son entretien avec l'assurée, le Dr L. _____ relève que celle-ci est toujours assez souriante et détendue lors de l'entretien. Elle n'est jamais débordée par les émotions. L'intelligence est relativement limitée et il n'y a que peu de capacités d'introspection. Elle a des relations très investies avec sa mère et de bons contacts avec sa fille et son second fils. Elle a quelques amies et un chien qu'elle promène. Elle déclare bien dormir. Il y a quelques symptômes somatiques relativement aspécifiques et variables mais subjectivement surtout une fatigabilité. Il en conclut que la symptomatologie est tout au plus subclinique à légère. Il retient la récurrence sur la base d'un épisode dépressif réactionnel en 1985. Le Dr L. _____ pose donc le diagnostic de trouble dépressif récurrent de gravité subclinique à légère. Il indique qu'elle a probablement présenté un trouble de l'adaptation des suites d'un AVC, diagnostiqué cliniquement mais non objectivé radiologiquement, avec des manifestations anxieuses, dans le cadre de difficultés professionnelles qui s'est progressivement structuré en un trouble dépressif. Celui-ci est d'évolution favorable. Au niveau de la personnalité de l'assurée, le Dr L. _____ retient quelques traits de personnalité anxieuse qui ne valent pas pour un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte de la santé mentale. Malgré un retard scolaire global, des difficultés langagières chez une assurée qui présente une efficacité intellectuelle limitée, une pensée centrée sur le concret, elle a néanmoins réussi à traverser les aléas de son existence avec finalement de bonnes capacités de résilience comme en témoigne son histoire personnelle. Rien n'indique une évolution dysharmonieuse de la personnalité. Il retient le diagnostic de personnalité à traits anxieux (Z73.1). Par contre, il ne retient pas de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail.

7.4. Rapport du psychiatre traitant de la recourante du 22 février 2022

Les rapports d'expertises de I. _____ et du Dr L. _____ ont été envoyées au Dr H. _____ et au Dr G. _____, médecins traitants de la recourante. Le 22 février 2022, le Dr G. _____ a transmis un rapport médical à l'OAI.

Dans ce rapport, il confirme que la recourante a une bonne relation avec sa famille et que, à part une timidité et sensibilité émotionnelle ressentie et manifestée durant les périodes chargées de la vie, elle était en bonne santé psychique jusqu'à ce qu'elle soit victime d'un AVC. Depuis, son déclin cognitif interfère avec l'évolution de son trouble dépressif, d'autant qu'elle a un aménagement fragile de sa personnalité. Il pense que la stationnarité évolutive de ses affections reflète la cristallisation de ses symptômes et que la chronicité de ses affections lui cause une incapacité de travail totale pour toute activité lucrative.

8.

Discussion

8.1. Sous l'angle neurologique, à la lecture des rapports précités, le rapport d'expertise neurologique de I._____ est dûment motivé, convaincant et remplit les critères formels de qualité définis par la jurisprudence. Il établit que l'AVC n'a pas eu de confirmation radiologique et qu'aucune lésion n'a été mise en évidence au CT ou à l'IRM. Il démontre également que les difficultés attentionnelles et exécutives, la thymie anxieuse et fragile, et la fatigue cognitive de l'assurée dépassent la localisation lésionnelle de l'AVC et que ces troubles ne sont pas concordants avec l'AVC. Cette expertise neurologique peut donc être suivie.

A cet égard, les conclusions contraires figurant dans les rapports médicaux des médecins traitants de la recourante ne sont pas convaincantes. Ainsi, l'avis du Dr G._____ selon lequel les troubles cognitifs de l'intéressée seraient apparus des suites de l'AVC ne reposent sur aucun élément médical, étant rappelé que ni l'IRM cérébrale ni le CT n'ont révélé de lésions, ce qui n'est pas contesté. Quant à l'avis du Dr H._____, selon lequel l'intéressée souffrirait de troubles physiques et neurologiques importants et handicapants (troubles praxiques et mnésiques, parésie faciale) justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité à compter de décembre 2019, il n'est pas non plus étayé médicalement. Au demeurant, il ne prend pas en compte et ne se positionne pas sur les conclusions divergentes ressortant des deux rapports d'expertises, bien que lesdits rapports aient été transmis à l'intéressé et qu'il ait été invité à se déterminer. En tout état de cause, il sied également de souligner que ces conclusions émanent des médecins traitant de l'assurée dont l'on sait, selon la jurisprudence, qu'en cas de doute, ils ont tendance, en vertu de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leur patiente, à prendre parti pour elle.

8.2. Sous l'angle psychiatrique, le rapport d'expertise de I._____, qui pose les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen (F32.1), de trouble de l'adaptation (F 43.2) et de personnalité anxieuse (F60.6), ne peut être suivi car, comme l'a d'ailleurs relevé le médecin SMR dans une appréciation du 8 septembre 2020, il présente plusieurs défauts.

Premièrement, l'experte psychiatre de I._____ justifie le diagnostic de trouble dépressif moyen par la présence d'au moins deux des trois symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir et augmentation de la fatigabilité. Cependant, pour qu'un tel trouble dépressif moyen puisse être considéré comme invalidant, il faut qu'il ait un retentissement uniforme dans tous les domaines de la vie. Or, les critères retenus par l'experte psychiatre pour poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen contrastent au moins en partie avec la description des journées de la recourante et de ses activités. Il ressort en effet du rapport d'expertise que la recourante, selon ses propres dires, fait son ménage, s'occupe de son chien, fait de grandes promenades, fait ses courses, etc. Ces propos ont du reste également été tenus par l'intéressée elle-même durant son entretien avec le Dr L._____.

Deuxièmement, l'experte psychiatre met au premier plan le fait que l'assurée a subi des épisodes de maltraitance durant son enfance et estime que des conflits professionnels auraient réactivé ces épisodes, sans toutefois expliquer sur quelle base objective elle fonde ses conclusions. Par ailleurs, bien que l'assurée signale des déficits cognitifs qui seraient en bonne partie à la base de son incapacité de travail, l'experte psychiatre n'en a pratiquement pas constatés et elle n'a pas jugé nécessaire de procéder à un bilan neuropsychologique, respectivement à des tests psychométriques. Par ailleurs, l'experte psychiatre a retenu que l'assurée était compliant au traitement alors qu'au terme de l'analyse des tests effectués en laboratoire, il n'était pas certain que cela soit le cas. Enfin, l'experte psychiatre n'a fait aucune proposition thérapeutique d'amélioration de l'état de santé de l'assurée, alors que le taux sanguin de l'antidépresseur était difficilement interprétable et que le suivi de l'intéressée chez son psychiatre s'effectuait seulement à un rythme mensuel.

Troisièmement, l'experte psychiatre a posé en même temps les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de trouble de l'adaptation. Or, selon la CIM-10, il s'agit de deux diagnostics qui ne peuvent pas être posés simultanément, car la gravité de l'un exclut l'autre, d'une part, et qu'un trouble de l'adaptation "simple" ne devrait durer que pour la durée de six mois, d'autre part. Dans sa réponse aux questions du médecin SMR, l'experte psychiatre a répondu avoir jugé nécessaire de nommer comme ayant un impact sur la capacité de travail les deux diagnostics (état dépressif moyen, trouble de l'adaptation) pour pouvoir donner une image complète de la situation que vit l'assurée. Ceci visait à expliquer pourquoi, selon elle, une récupération d'une activité professionnelle et d'une capacité de travail par une amélioration simple de l'état dépressif n'était pas envisageable. Sur ce point, la Cour constate cependant que lors de l'expertise psychiatrique auprès de l._____, l'experte psychiatre a reconnu qu'elle n'avait pas constaté de trouble significatif de la sphère cognitive ni de trouble de la mémoire (cf. p. 490 dossier AI), ce qui va dans le sens des constatations du médecin SMR et démontre que l'état de la recourante n'est pas aussi dramatique que ne le décrit l'experte psychiatre. De plus, la manière dont l'experte psychiatre utilise le diagnostic de trouble de l'adaptation s'éloigne au moins en partie de la définition donnée par le CIM-10.

8.3. En revanche, la Cour estime qu'il doit être reconnue une pleine valeur probante à l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr L._____, qui traite de façon circonstanciée les points litigieux et se fonde sur des examens complets. Ce dernier a pris en considération tant les plaintes de l'assurée que le contexte médical, de sorte que ses conclusions, dûment motivées, peuvent être suivies.

En effet, sur le plan psychiatrique, l'expertise du Dr L._____ démontre que l'assurée dispose de bonnes ressources. Ainsi, cet expert s'est retrouvé face à une assurée qui, malgré une enfance difficile, une scolarité compliquée et une absence de qualifications, a pu faire preuve d'une stabilité auprès des mêmes employeurs où elle a débuté en 1989 et en 2012, a assumé un mariage et un divorce, a éduqué trois enfants et a maintenu des liens sociaux stables. En conclusion, du point de vue personnel, elle a toujours bien fonctionné au niveau social et professionnel jusqu'aux faits qui nous occupent et rien ne suggère un terrain de vulnérabilité. Pour l'expert, elle paraît au contraire faire preuve de bonnes capacités de résilience et peut travailler dans une activité de nettoyage ou toute activité manuelle simple et répétitive. L'expert a également relevé que les éléments extra-médicaux et les facteurs économiques semblaient être mis au premier plan, car l'environnement social de l'assurée était bon, elle avait de bonnes relations avec sa famille et elle voyait quelques

amies. Elle disposait donc de ressources disponibles et semblait plutôt inquiète de ne plus retrouver d'emploi vu son âge.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr L. _____ l'a estimé à 50% au plus tard le 1^{er} janvier 2018 et à 100% depuis son contrôle du 18 juin 2019, sans baisse de rendement majeur et d'un point de vue strictement psychiatrique, car il n'y avait plus de trouble psychique incapacitant. Toutefois, d'un point de vue subjectif, l'assurée ne paraissait pas motivée, ni avoir la volonté de reprendre un emploi.

Face à l'expertise médicale du Dr L. _____, le Cour relève en outre que les conclusions psychiatriques figurant dans les rapports médicaux des médecins traitants de l'assurée ne sont pas probants. D'une part, en ce que le Dr G. _____ fait référence à une anxiété généralisée (F41.1), ce diagnostic ne correspond pas aux symptômes de la patiente, car cela impliquerait que celle-ci se plaint de nervosité permanente. Or, cela ne correspond pas à ses propres propos tenus avant et pendant le Covid, période pendant laquelle elle a elle-même affirmé qu'elle allait mieux. D'autre part, s'agissant des rapports médicaux du Dr H. _____, il évoque différents troubles sans les étayer médicalement et, tout comme le Dr G. _____, il ne confronte pas sa position à celle de l'expertise psychiatrique très complète du Dr L. _____, lequel a, il sied de le rappeler, notamment effectué des tests psychométriques et démontré que l'assurée disposait de bonnes ressources.

8.4. Au vu de ce qui précède, la Cour acquiert la conviction que les arguments du Dr G. _____, du Dr H. _____ et de la première experte psychiatre ne remettent pas en question les conclusions convaincantes et cohérentes de la seconde expertise, très complète et claire, du Dr L. _____. Il en résulte que l'exercice d'une activité lucrative étaient possibles depuis le 18 juin 2019.

9.

Calcul du degré d'invalidité

Les modalités du calcul de l'invalidité opéré par l'autorité intimée (choix de la méthode, montant des salaires de valide et d'invalides) ne sont pas remises en cause par la recourante, respectivement celle-ci n'explique pas en quoi le montant retenu par l'autorité intimée ne correspond pas au revenu d'invalides effectivement réalisable. Basées sur les statistiques usuelles et suivant la méthode préconisée par la jurisprudence, ces différents calculs peuvent dès lors être confirmés et aboutissent à un degré d'invalidité de 13%.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnant pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité, il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

10.

Frais et dépens

Les frais de justice, fixés à CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante qui succombe. A hauteur de CHF 400.-, ils sont prélevés sur l'avance de frais versée. Le solde de CHF 400.- est à la charge de la recourante.

Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens.

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de justice de CHF 800.-, par CHF 400.- sont prélevés sur l'avance de frais et par CHF 400.- sont mis à la charge de la recourante.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 23 mai 2024/mfa

Le Président :

La Greffière-rapporteure :