



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

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

608 2017 271

Arrêt du 26 novembre 2018

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président: Johannes Frölicher
Juges: Anne-Sophie Peyraud, Yann Hofmann
Greffière-stagiaire: Melina Gadi

Parties

A. _____, **recourante**, représentée par Me Tania Ferreira,
avocate

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (refus d'augmentation de la rente d'invalidité;
révision matérielle, reconsidération, révision formelle)

Recours du 15 novembre 2017 contre la décision du 13 octobre
2017

considérant en fait

A. A. _____, née en 1972, domiciliée à B. _____, originaire de C. _____, a travaillé en Suisse de 2004 à juin 2008. Elle est ensuite retournée dans son pays d'origine, mais est revenue en Suisse en juin 2012. Elle y a exercé en dernier lieu l'activité d'ouvrière agricole. Elle a été mise en arrêt total de travail à compter du 16 janvier 2013, en raison d'une tumeur cérébrale.

En date du 1^{er} juillet 2013, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité pour des moyens auxiliaires.

Par communication du 11 juillet 2013, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) signifie à l'assurée qu'un forfait pour un appareil acoustique sera pris en charge (dossier AI pce p. 28 s.).

Le 23 mars 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, à cause de la tumeur cérébrale diagnostiquée en 2013.

Par décision du 23 mai 2016, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, en raison des conséquences de l'atteinte cancéreuse, à savoir une surdité totale de l'oreille gauche, une paralysie faciale de grade II, ainsi que des troubles de l'équilibre et vertigineux. L'OAI s'est alors essentiellement fondé sur les rapports médicaux des Dresses D. _____, otoneurologue, et E. _____, généraliste, qui avaient retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée; procédant dès lors à une comparaison des revenus de valide (CHF 41'210.-; son salaire d'ouvrière dans une exploitation de légumes en 2014) et d'invalides (CHF 19'937.40; salaire statistique de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA1, section 2 production total niv. 1, adapté à la durée usuelle de travail hebdomadaire de 41.7 heures, indexé à 1.5%, après réduction de 16.99% au titre du parallélisme, à 50%, après un abattement supplémentaire au titre de désavantage salarial de 8%) de l'assurée, il avait abouti à un taux d'invalidité de 52% (dossier AI pce p. 176 à 182).

Par arrêt du 4 janvier 2017 (608 2016 186), le Tribunal cantonal a déclaré le recours interjeté le 13 septembre 2016 contre cette décision par l'assurée irrecevable (dossier AI pce p. 302 à 306).

B. Le 15 juillet 2016, A. _____ a déposé une demande d'augmentation de sa rente d'invalidité. A l'appui de sa requête, elle a produit le rapport d'expertise médicale du 14 juin 2016 du Dr F. _____, otoneurologue et audiologue, qui a estimé que sa patiente présentait une incapacité de travail totale.

Dans ses missives des 27 mars et 10 juillet 2017, elle a encore exposé subir, depuis la naissance de son enfant né en 2016, des changements hormonaux entraînant des effets sur son état de santé; elle a en outre souligné que le Dr F. _____ avait mis en évidence un problème au niveau psychique qui nécessitait une exploration (dossier AI pces p. 314 s. et 330 à 334).

Par décision du 13 octobre 2017, l'OAI, en se fondant sur les prises de position des 30 novembre 2016 et 6 octobre 2017 de son service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée, motif pris qu'aucun nouvel élément médical objectif ne démontrait une aggravation de son état de santé (dossier AI pce p. 336 à 342).

C. Le 15 novembre 2017, A. _____, représentée par Me Tania Ferreira, avocate, interjette recours de droit administratif à l'encontre de la décision du 13 octobre 2017 auprès du Tribunal cantonal. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. La recourante soutient en substance, premièrement, que son état de santé s'est aggravé depuis la décision initiale du 23 mai 2016 au plan otoneurologique et en raison de nouvelles atteintes à la santé, deuxièmement, que la décision initiale est erronée parce qu'elle ne repose pas sur une instruction suffisante et, troisièmement, que le rapport d'expertise du Dr F. _____ est un nouveau moyen de preuve qui n'existait pas au moment où la décision initiale a été prise.

Une avance de frais de CHF 800.- a été versée en date du 5 décembre 2017.

Dans ses observations du 16 janvier 2018, l'autorité intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'office estime que le rapport du Dr F. _____ ne constitue qu'une appréciation différente d'un état de fait demeuré inchangé.

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

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

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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

2.2. 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 d'une 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).

Le Tribunal fédéral a récemment considéré que, dans la mesure où les difficultés d'objectivation et de preuve sont communes à toutes les affections psychiques, l'exigence d'un catalogue des indicateurs posée par l'ATF 141 V 281 pour les syndromes douloureux somatoformes persistants doit être étendue à toutes les affections d'ordre psychique (arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.1.2). Par ailleurs, les dépressions légères à moyennes récurrentes ou épisodiques, qui étaient systématiquement qualifiées de non invalidantes à moins d'être résistantes aux traitements, ne sont plus considérées de manière si absolue; la résistance aux traitements doit davantage être prise en considération dans le cadre de l'appréciation globale des preuves en tant qu'indice (arrêt précité consid. 4.2.2 et 4.4). Il peut toutefois être renoncé à un examen par un catalogue des indicateurs structuré lorsqu'un tel examen n'apparaît pas nécessaire ou adéquat. Il en va notamment ainsi, lorsque des rapports médicaux motivés de manière compréhensible excluent une incapacité de travail et que la pertinence des éventuels avis contradictoires peut être niée en raison d'un défaut de spécialisation médicale de leurs auteurs ou pour un autre motif (cf. arrêt TF 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1.1). Un examen par un catalogue des indicateurs structuré ne sera en particulier pas nécessaire, lorsque sur la base des pièces médicales existantes, une dépression légère apparaît probable au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle ne peut être considérée comme chronifiée et qu'elle n'est pas accompagnée d'une comorbidité (arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.3 et les références citées).

2.3. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

3.

L'art. 53 al. 2 LPGa prévoit que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération).

Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer pour le motif qu'une décision est sans doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.1; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Une décision d'octroi de rente qui ne repose pas sur une instruction suffisante, à savoir sur une estimation médicale probante de la capacité de travail, n'est pas conforme au droit et, partant, est manifestement erroné au sens de la reconsidération (cf. arrêts TF 8C_918/2013 du 19 mars 2014 consid. 3.3.2 et 9C_307/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.2).

4.

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (révision matérielle).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; cf. également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2).

Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A l'inverse, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74^{ter} let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 *in* SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

5.

Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision formelle ou procédurale). La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (arrêt TF 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1). Sont « nouveaux » au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus de l'assuré ou de l'assureur malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 consid. 2.2 p. 671 et les références citées). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références citées; arrêts TF 8F_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1 et 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1). Aux termes de l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Selon l'art. 67 al. 1 PA, la demande doit être adressée par écrit à l'autorité de recours dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision, mais au plus tard dix ans après la notification de la décision sur recours. La jurisprudence considère que les règles sur les délais prévues à l'art. 67 PA s'appliquent, en vertu de l'art. 55 al. 1 LPGA, à la révision

(procédurale) d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA (arrêts TF 8C_501/2014 du 5 août 2015 et les références citées; U 120/06 du 13 mars 2007 consid. 4.1 et les références citées).

6.

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

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

Il y a en outre lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; 124 V 90 consid. 4b et les références citées).

7.

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'autorité intimée a refusé d'augmenter le droit à la rente d'invalidité – actuellement une demi-rente – dont bénéficie la recourante.

7.1. Par décision initiale du 23 mai 2016, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, en raison des conséquences de l'atteinte cancéreuse, à savoir une surdité totale de

l'oreille gauche, une paralysie faciale de grade II, ainsi que des troubles de l'équilibre et vertigineux.

L'OAI s'est alors essentiellement fondé sur les pièces médicales suivantes:

- Le rapport médical du 10 juillet 2014 de la Prof. Dresse D._____, médecin spécialiste en otoneurologie à G._____, qui a retenu une surdité gauche, une paralysie faciale et des attaques de vertiges après l'ablation en date du 16 janvier 2013 par craniotomie d'un schwannome vestibulaire. La médecin a estimé qu'une activité à temps partiel demeurerait exigible dans une profession respectant les limitations fonctionnelles, à l'exemple d'activités exercées en position assise ou d'activités permettant de faire des pauses régulières, des activités en hauteur ou exposées ou dans le trafic routier étant par contre exclues (dossier AI pce p. 92 s.).

- Les rapports médicaux des 17 juillet 2014 et 3 juin 2015 de la Dresse E._____, médecin spécialiste en médecine générale et médecin traitante de l'assurée, qui a confirmé la persistance de douleurs au visage, de vertiges, d'une surdité gauche, ainsi que d'une paralysie faciale gauche. La généraliste a estimé qu'un taux d'activité de 50% demeurerait exigible (dossier AI pces p. 74 à 77, 149 s.).

- Les prises de position des 6 août 2014, 23 mars et 23 juin 2015 du Dr H._____, médecin spécialiste en médecine générale, du SMR, qui a retenu, comme diagnostics avec conséquences sur la capacité de travail, une surdité gauche, une paralysie faciale de grade II permanente avec un status après implant de titane dans la paupière supérieure pour permettre l'occlusion oculaire, ainsi que des troubles de l'équilibre et vertigineux sur status après ablation par craniotomie d'un schwannome vestibulaire. Le médecin a considéré qu'une capacité de travail au moins provisoirement limitée à 50% apparaissait justifiée, au vu de la gêne constante engendrée par les vertiges, le sentiment d'insécurité aux mouvements corporels et le besoin accru de pauses (dossier AI pces p. 96 s., 154 s.).

7.2. A l'appui de sa requête d'augmentation de rente du 15 juillet 2016, la recourante a produit le rapport d'expertise médicale privée du 14 juin 2016 du Dr F._____, médecin spécialiste en otoneurologie et audiologie. Le spécialiste a retenu les diagnostics suivants: « [1] *Status après résection neurochirurgicale par craniotomie rétrosigmoidienne d'un schwannome vestibulaire gauche grade IV le 16 janvier 2013.* [2] *Déficit cochléo-vestibulaire gauche complet post opératoire avec: - Surdité totale. - Déficit vestibulaire canalaire et otolithique sous-compensé.* [3] *Paralysie faciale gauche périphérique séquellaire, grade III selon House Brackman.* [4] *Status après pose d'un implant palpébral le 27 juin 2013* ». Sous l'intitulé « psychisme », il expose que « *La patiente se sent d'humeur triste et exprime du découragement face à l'évolution stationnaire de ses troubles depuis l'opération. Elle se sent fatiguée et ne voit pas d'issue pour l'avenir. Elle aimerait pouvoir en faire plus, mais ne peut pas* ». En ce qui concerne les différents déficits fonctionnels, le médecin a fait état d'une évolution stable. S'agissant enfin de l'exigibilité, il a noté ce qui suit: « *Sur une base médico-théorique, l'AI a admis une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité légère adaptée. La patiente a cependant rapidement échoué dans un stage d'évaluation et de réinsertion en février 2015. Aujourd'hui, [l'assurée] se sent incapable de reprendre une activité professionnelle, même dans une activité sédentaire légère, en raison de sa grande fatigabilité à l'effort et à l'aggravation des troubles de l'équilibre lors des mouvements. D'autre part, elle n'a aucune formation professionnelle et ne saurait faire autre chose que de la manutention. Pratiquement, il apparaît donc illusoire de pouvoir remettre cette patiente dans le circuit du travail, même à temps partiel. Fort de ce qui précède et tenant compte de l'évolution stationnaire des*

troubles, je recommande de considérer une incapacité de travail totale chez cette patiente et d'envisager à terme une rente AI complète » (dossier AI pce p. 207 à 221, 261 à 275).

L'autorité intimée a, dès lors, soumis à 2 reprises le rapport d'expertise du Dr F. _____ et l'argumentation de la recourante à son SMR. Le Dr H. _____, dans ses prises de position des 30 novembre 2016 et 6 octobre 2017, s'est déterminé à ces égards en ces termes: « *Les déficits constatés chez l'assurée après son intervention chirurgicale pour schwannome l'ont été aussi bien par la Prof. Dre D. _____ que par le Dr F. _____, tous deux spécialistes en otoneurologie. Aucune aggravation ou évolution de l'état de santé de l'assurée n'a eu lieu après les constatations de la Prof. Dre D. _____ en 2014. L'appréciation des empêchements de l'assurée par le Dr F. _____ lors de son examen d'expertise du 14.06.2016 constitue donc une appréciation différente d'un même état de santé et il ne démontre pas l'existence d'une modification / aggravation du status de l'explorée. [...] Le Dr F. _____ décrit de manière plus approfondie l'ensemble des symptômes présentés par l'assurée, mais ne mentionne pas de signe d'évolution défavorable par rapport à l'établissement du rapport d'examen précédent de la Dre D. _____. Il n'y a donc pas de fait nouveau et il s'agit bel et bien d'une autre appréciation des conséquences de l'atteinte à la santé que présente l'assurée. Par ailleurs, le Dr F. _____ tient compte du fait que l'assurée déclare ne pas être apte à reprendre une activité dans une activité professionnelle, même adaptée, qu'elle n'a aucune formation professionnelle et ne peut effectuer que des travaux de manutentions. Ces affirmations sortent du champ médical et ne peuvent être prises en considération par l'AI ».* Le médecin a dès lors précisé qu'il n'y avait pas lieu de procéder à d'autres investigations sur le plan médical (dossier AI pces p. 297 et 336).

Avec son écriture de recours, la recourante a enfin, d'une part, versé au dossier le rapport médical du 4 juillet 2017 de la Dresse I. _____, médecin spécialiste en neurologie et médecine du sommeil, qui a confirmé les diagnostics connus et fait état de maux de tête datant depuis l'opération de 2013 mais n'ayant toujours pas pu être soignés. Une nette amélioration aurait toutefois été annoncée en date du 4 juillet 2017 par la patiente (dossier AI pce p. 389 s.). Elle a, d'autre part, produit, le courriel du 13 novembre 2017 du Dr J. _____, médecin spécialiste en ophtalmologie, qui a exposé que l'acuité visuelle de sa patiente était de 0.6 à droite et de 0.5 à gauche. L'ophtalmologue a précisé qu'elle voyait dès lors moins bien de l'œil droit depuis novembre 2015. Il a estimé que ce défaut pouvait être corrigé par des lunettes (dossier AI pce p. 391).

7.3.

7.3.1. Dans un premier moyen, la recourante a soutenu que la décision initiale était erronée parce qu'elle ne reposait pas sur une instruction suffisante. La question d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA de la décision initiale se pose dès lors (cf. *supra* consid. 3 et en particulier l'arrêt TF 8C_918/2013 du 19 mars 2014).

L'autorité intimée a basé sa décision initiale du 23 mai 2016 sur le rapport médical du 10 juillet 2014 de la Prof. Dresse D. _____ et les rapports médicaux des 17 juillet 2014 et 3 juin 2015 de la Dresse E. _____. Ces pièces médicales apparaissent formellement probantes et matériellement pertinentes; en particulier, contrairement ce qu'a soutenu la recourante, sa surdité totale gauche a bien été mentionnée par la Dresse D. _____ (cf. notamment dossier AI pces p. 85 *i. i.* et 92 *i. f.*).

Or, la spécialiste en otoneurologie (cf. sur les spécialisations des médecins appelés à examiner les demandes de prestations dans l'assurance-invalidité, cf. les arrêts TF 9C_341/2007 du 16 novembre 2007, I 211/06 du 22 février 2007 consid. 5.4.1 et I 1098/06 du 29 novembre 2007 consid. 9.2 et les références citées) avait tout d'abord exposé qu'une activité à temps partiel demeurerait exigible dans une profession respectant les limitations fonctionnelles. La généraliste et médecin traitante de la recourante avait ensuite précisé qu'un taux d'activité de 50% devait pouvoir être exigé de l'assurée. Ce taux a enfin été confirmé par le Dr H. _____, du SMR, dans ses prises de position des 6 août 2014, 23 mars et 23 juin 2015.

Fort de ces appréciations médicales, l'autorité intimée était fondée à retenir que la recourante était apte à reprendre une activité adaptée à son état de santé à 50%. Sa décision initiale du 23 mai 2016 n'est donc de toute évidence pas manifestement erronée.

Par ailleurs, la reconsidération demeure une simple faculté pour l'administration, qui n'est pas tenue de s'en saisir. En particulier en matière de rente AI, cet instrument est en principe utilisé par l'OAI pour confirmer une diminution ou une suppression de rente au motif que la décision initiale était manifestement erronée.

Eu égard à tout ce qui précède, une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA de la décision initiale 23 mai 2016 est exclue.

7.3.2. En l'occurrence, dans un deuxième moyen, la recourante a fait valoir que son état de santé s'était aggravé depuis la décision initiale du 23 mai 2016. Elle a ainsi estimé que son droit à la rente devait faire l'objet d'une révision matérielle au sens de l'art. 17 LPGA (cf. *supra* consid. 4).

Au plan otoneurologique, les diagnostics posés par le Dr F. _____ sont en tous points comparables à ceux précédemment retenus par les Drs D. _____, E. _____ et H. _____. Le Dr F. _____ n'a d'ailleurs fait état d'aucune aggravation de l'état de santé de sa patiente. Tout au contraire, puisqu'il a, expressément, clairement et à plusieurs reprises, souligné que les déficits fonctionnels étaient demeurés stationnaires. De plus, le médecin n'a pas remis en cause l'évaluation médico-théorique de la capacité de travail résiduelle de la recourante faite par les Drs D. _____, E. _____ et H. _____. Il l'a même implicitement admise, puisqu'il a précisé qu'il serait illusoire, pour des raisons pratiques et non pas pour des raisons médicales, d'attendre de cette assurée qu'elle reprenne une activité professionnelle (cf. dossier AI pce p. 217 2^{ème} par. *i. f.*). Pour fonder cette appréciation pratique, le Dr F. _____ a d'ailleurs invoqué des critères qui ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité, tels que son manque de formation professionnelle et le fait qu'elle ne saurait faire autre chose que de la manutention. En outre, les plaintes subjectives de l'assurée ne sont pas déterminantes ou à tout le moins pas objectivées dans le présent cas; ainsi son sentiment d'être incapable de reprendre une activité à cause de la fatigabilité qu'elle ressent ou de son impression que les troubles de l'équilibre se sont aggravés n'est pas suffisant, en tant qu'il n'est pas médicalement objectivé, pour justifier la reconnaissance d'une incapacité de travail. Le fait que ses troubles de l'équilibre se sont aggravés est d'ailleurs contredit par les constatations médicales objectives du Dr F. _____, qui a fait état d'une évolution stable, ainsi que cela ressort du chapitre intitulé « *Troubles de l'équilibre et vertiges* » (qui commence d'ailleurs par: « *Il persiste toujours* » cf. dossier AI p. 267). Il sied de relever également que la gêne constante générée par ces troubles avait déjà été prise en considération dans la fixation de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée (cf. notamment dossier AI pce p. 154). De surcroît, en ce qui concerne les mouvements brusques qui n'auraient pas été relevés précédemment, la recourante fait une lecture erronée du rapport du Dr F. _____: le médecin a en effet seulement mentionné que les

troubles de l'équilibre étaient augmentés par les mouvements brusques du corps et de la tête et a, en cela, précisé la nature desdits troubles sans toutefois poser un nouveau diagnostic ni constater leur aggravation.

Quant à la Dresse E. _____, elle n'est guère revenue sur ses précédentes conclusions relatives à l'exigibilité, ainsi que l'avance la recourante. La généraliste a effectivement seulement attesté d'une incapacité de travail totale pour cause de maternité (cf. dossier AI pce p. 387; elle a coché la case maternité/accouchement et a ajouté que l'accouchement était prévu le 1^{er} juillet 2016).

La Dresse I. _____ n'a, pour sa part, dans son rapport médical du 4 juillet 2017, mentionné aucune aggravation de la situation clinique de l'assurée. Elle a même inversement noté que les maux de tête ressentis depuis l'opération de 2013 s'étaient nettement atténués récemment avec le traitement. Rien ne laisse donc supposer que ces maux de tête puissent entraîner une incapacité de travail, tout du moins une incapacité de travail durable.

Par ailleurs, dans son écriture de recours, la recourante a fait valoir que son état de santé se serait péjoré en raison d'un problème ophtalmologique. Elle a noté, en effet, en se référant au courriel du 13 novembre 2017 du Dr J. _____, que son acuité visuelle avait diminué. Or, ce même médecin a estimé que ce problème pouvait être corrigé par des lunettes. Un effet sur la capacité de travail de la recourante apparaît donc *a priori* exclu.

Enfin, s'agissant des changements hormonaux et du problème d'ordre psychique invoqués, il ne ressort d'aucune pièce médicale au dossier qu'ils ont une influence sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, tant s'en faut. Aucun diagnostic n'a même pour l'heure été posé.

Ainsi, à défaut d'aggravation médicalement attestée de l'état de santé de la recourante, une révision matérielle de son droit à la rente d'invalidité ne se justifie pas.

Les preuves figurant au dossier, constituées essentiellement de pièces médicales, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise cardiologique ou multidisciplinaire, ainsi que l'a sollicité le recourant; la jurisprudence admet un tel procédé (appréciation anticipée des preuves, cf. *supra* consid. 6).

7.3.3. Dans un troisième moyen, la recourante a exposé que le rapport d'expertise du Dr F. _____ constituait un nouveau moyen de preuve qui n'existait pas au moment où la décision initiale a été prise. En se référant par ailleurs expressément à la jurisprudence de l'arrêt TF U 561/06 du 28 mai 2007, elle a demandé à ce que son droit à la rente d'invalidité fasse l'objet d'une révision formelle au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (cf. *supra* consid. 5).

Si le rapport d'expertise du Dr F. _____ est certes nouveau, dans le sens qu'il a été établi et est parvenu aux parties postérieurement à la décision initiale du 23 mai 2016, il ne constitue pas pour autant un nouveau moyen de preuve au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Comme précédemment constaté, le Dr F. _____ n'a retenu d'autres diagnostics que les Drs D. _____, E. _____ et H. _____ et n'a pas remis en cause leur évaluation médico-théorique de la capacité de travail résiduelle de la recourante. Il a seulement formulé une appréciation « *pratique* » différente. Ainsi, le Dr F. _____ n'a établi aucun élément fait nouveau et l'on ne saurait valablement soutenir que son appréciation médicale ne pouvait être produite auparavant, conditions *sine qua non* pour une révision formelle (cf. à cet égard ATF 127 V 353 consid. 5b).

Par conséquent, une révision formelle au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA est exclue.

7.4. C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a refusé d'augmenter la rente d'invalidité dont bénéficie la recourante.

8.

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

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

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

la Cour arrête:

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____ et compensés avec l'avance du même montant.
- 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 26 novembre 2018/yho

Le Président:

La Greffière-stagiaire: