



**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 2018 228

608 2018 229

## **Arrêt du 14 octobre 2019**

### **II<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président : Johannes Frölicher  
Juges : Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud  
Greffier-rapporteur : David Jodry

#### **Parties**

**A.**\_\_\_\_\_, **recourante**, représentée par Me Karim Hichri, avocat,  
pour Inclusion Handicap

contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité

Recours du 12 septembre 2018 (608 2018 228) contre la décision du  
11 juillet 2018 et requête d'assistance judiciaire gratuite totale  
(608 2018 229) du même jour

## **considérant en fait**

A. L'assurée, née en 1967, divorcée, mère de deux enfants désormais majeurs, au bénéfice d'une formation d'un an dans le domaine commercial, ainsi que d'autres dans ceux paramédical et social, sportif, esthétique, etc., a travaillé en qualité de collaboratrice administrative au service de location d'une régie immobilière depuis 2003, à plein temps.

Le 10 juillet 2006, elle a déposé une demande de prestations AI (mesures médicales de réadaptation spéciales) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), expliquant devoir prochainement subir des opérations (hanches-fémurs), du fait de malformations.

Par décision du 19 novembre 2007, l'OAI a refusé l'octroi de mesures médicales (aucune indemnité possible pour des allergies médicamenteuses multiples et des frais opératoires), que ne justifiaient pas les états pathologiques dont elle était affectée. Par prononcé du 22 janvier 2008, il la mit au bénéfice d'une demi-rente AI limitée à la période du 13 août au 30 septembre 2007.

B. Le 26 octobre 2011, l'assurée a formulé une nouvelle demande de prestations AI. Dans le formulaire du 30 du même mois, elle relatait les atteintes à la santé suivantes: aux hanches, au genou gauche, des allergies, ainsi qu'au psychisme du fait de l'accumulation de toutes ces dernières années d'hospitalisation/travail, etc. Elle indiquait travailler toujours pour le même employeur, dans l'économat, l'archivage électronique, la gérance (contrôles WEG), ainsi que la comptabilité (édition de BVR).

Après avoir notamment mis en place une expertise médicale pluridisciplinaire, et adressé à l'assurée, le 21 septembre 2017, une communication intitulée "réduction du dommage", l'OAI indiqua, le 14 mars 2018, projeter le refus de prestations. Ce qu'il confirma par décision formelle du 11 juillet 2018, après objections de l'assurée, du 26 avril 2018, non complétées dans les deux délais obtenus pour ce faire. L'OAI a retenu que l'intéressée refusait toujours de participer à la réduction de son dommage et à l'instruction de sa demande, de sorte que le dossier était clos. Une nouvelle demande pourrait être déposée lorsque l'assurée sera en mesure de verser les pièces dont elle se disait en attente, notamment quant à la question d'une allergie aux médicaments.

C. Contre cette décision, l'assurée interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 12 septembre 2018 et conclut, sous suite de frais et dépens, à titre préliminaire, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire portant sur le volet psychiatrique afin de poser les diagnostics à retenir, de déterminer sa capacité résiduelle de travail, d'examiner le bienfondé ou non d'un traitement psychotrope et ses répercussions sur son état de santé, ainsi que la durée probable du traitement et la nouvelle capacité résiduelle de travail à retenir à terme. A titre principal, elle demande une demi-rente d'invalidité, au moins, octroyée à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2012 et jusqu'au 31 mars 2018, la cause étant renvoyée pour le surplus à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, la recourante dénie toute valeur probante au volet psychiatrique de l'expertise ainsi qu'au rapport du Service médical régional (SMR) de l'AI se basant sur l'avis psychiatrique précité, non établi par un médecin spécialiste en la matière. Un traitement psychotrope n'est pas indiqué, et une amélioration de son état de santé ne serait même pas garantie. Un manque de collaboration ne peut lui être reproché. Les avis de ses médecins traitants sont primordiaux en l'espèce. Même si l'expertise psychiatrique devait être retenue probante par

l'Instance de céans, la décision ne serait pas fondée non plus, dès lors que l'experte-psychiatre considère que sa capacité de travail dans une activité adaptée est de 50% depuis octobre 2011, que ce n'est que lors de l'examen du 15 décembre 2016 que la prescription d'un antidépresseur a été donnée et qu'une réévaluation devait intervenir dans l'année, soit en décembre 2017. Elle a ainsi droit au moins à une demi-rente du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 31 mars 2018 à tout le moins, eu égard aux délais légaux. Cette rente partielle ne tient compte en outre que de l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Puisqu'elle présente d'autres troubles dans le domaine somatique, il se pourrait qu'un droit plus important lui soit reconnu, ce qui justifie le renvoi de la cause à l'OAI.

Dans le même acte, la recourante demande à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (AJT), et dépose des pièces à cet égard les 19 octobre et 16 novembre 2018.

D. Dans ses observations du 2 novembre 2018, l'OAI propose le rejet du recours. Un avis complémentaire a été requis du centre médical d'expertise; le 24 octobre 2018, celui-ci a conclu à une capacité de travail entière dans toute activité sur le plan psychiatrique. Dès lors que seules les affections psychiatriques avaient une incidence sur la capacité de travail, il n'y a lieu ni à poursuite de l'instruction médicale, ni à ce que le droit à des prestations AI soit ouvert.

Le 5 septembre 2018, l'assurée communique copie de sa levée de mesure de curatelle, du 17 juin 2019. Aucun échange supplémentaire d'écritures n'est intervenu.

Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants de droit du présent arrêt.

## **en droit**

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée, dûment représentée, directement touchée par la décision attaquée, 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.

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 (art. 7 al. 2 2<sup>ème</sup> 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 selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3

et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; et de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

2.2. 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). Le taux d'invalidité étant 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). Toutefois, 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).

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).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

En outre, il y a 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008).

2.3. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGA).

En d'autres termes, dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C\_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail.

2.4. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

L'on ajoutera que le recourant doit présenter des conclusions claires et précises, et une motivation à leur appui qui soit à l'avenant.

3.

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'AI.

3.1. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire (orthopédie et traumatologie, pneumologie, médecine interne générale, psychiatrie), confiée au Centre B.\_\_\_\_\_, qui a rendu son rapport le 3 avril 2017 (cf. dos. OAI p. 929 ss; ci-après: expertise).

Pour leur appréciation, les experts se sont fondés sur l'étude de l'ensemble du dossier asséurologique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux a été mentionnée, et un résumé des antécédents médicaux, donné (cf. p. 3 ss et p. 15). Chaque spécialiste a fait état notamment de l'anamnèse, ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'intéressée, et des observations cliniques réalisées. Il ne s'est pas contenté de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont ainsi fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. Chaque expert a en particulier pu livrer ses constatations objectives obtenues lors de l'examen clinique mené, à l'occasion duquel il a pu examiner personnellement l'assurée et observer son comportement. C'est de façon claire que chacun a apporté une conclusion à son expertise et répondu aux questions qui lui étaient posées.

Cette manière de faire se retrouve dans la synthèse pluridisciplinaire de l'expertise.

Pour la Cour, ce rapport d'expertise est parfaitement convaincant et probant au sens jurisprudentiel rappelé plus haut. Elle fait siens son contenu et ses conclusions, notamment s'agissant du consensus pluridisciplinaire. Les experts se sont prononcés relativement aux différentes affections rapportées et aux pièces médicales figurant au dossier, ce notamment sur la base de leur examen clinique, des indications subjectives de l'assurée, et, cas échéant, des renseignements d'autres spécialistes ayant suivi l'intéressée ainsi que d'examens complémentaires qu'ils ont fait réaliser. Ils ont dûment évalué et décrit les limitations fonctionnelles de l'assurée, ainsi que leur incidence tant dans l'activité habituelle que dans une autre adaptée à celles-ci, et se sont exprimés quant à la question de la thérapie et du traitement. Ils ont réalisé une synthèse pluridisciplinaire motivée de leurs analyses.

3.2. La Cour retient dès lors ce qui suit:

3.2.1. Les seuls diagnostics avec effet sur la capacité de travail retenus par les experts (cf. not. expertise, synthèse pluridisciplinaire, p. 23 s.) sont psychiatriques, soit un trouble de la personnalité sans précision F60.9 (depuis l'adolescence), et un trouble dépressif, épisode moyen avec syndrome somatique F32.11 (depuis 2011).

Ils ont été posés par l'experte C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au terme d'une analyse complète, appréciant les plaintes de l'assurée, ses ressources, le déroulement d'une journée ordinaire, l'appréciation médicale faite par l'ancienne psychiatre traitante, l'aspect très centré sur elle-même et son état de santé, les difficultés de concentration que cela initie, etc.

En maints endroits et de façon claire, les experts ont souligné l'influence unique, déterminante (prévalant sur l'évaluation résultant des examens somatiques, cf. p. 19) de la seule atteinte psychique, entraînant les limitations suivantes (cf. p. 18; également p. 17): des troubles de la concentration, un manque de confiance en elle et en les autres, des idées de dévalorisation et de culpabilité, ainsi qu'une perte de l'élan vital. Limitations induisant de privilégier un travail individuel pour éviter les conflits interpersonnels ou bien dans une équipe compréhensive, en évitant les situations de stress et les heures supplémentaires, ainsi qu'en respectant certaines limitations physiques, mais ce avec la précision que celles-ci découlaient (principalement) de son atteinte psychique, amenant craintes et angoisses par rapport à ses problèmes physiques. Le trouble dépressif et celui de personnalité – décrit comme symptomatique au temps de l'expertise – agissent en effet sur les diagnostics somatiques, expliquant cette attitude vis-à-vis des épisodes douloureux au niveau thoracique et respiratoire, des genoux et, au temps de l'expertise, du tendon

d'Achille gauche, et amenant un ressenti d'une situation plus grave que ce qu'elle n'est en réalité (cf. p. 24 ss., 46, et, en particulier, p. 55; cf. *infra*).

3.2.2. La survenance de multiples atteintes somatiques, avec de réels substrats organiques objectifs, certaines apparaissant de façon intercurrente, superposée, intermittente, n'a pas, à juste titre, été ignorée par les experts (cf. expertise, p. 16 s.). Il a été considéré, notamment par l'experte-psychiatre (cf. p. 66), qu'elles avaient été l'un des facteurs qui avait amené une décompensation, une aggravation de l'état psychique – à côté du vécu de *mobbing* professionnel et d'épuisement que l'assurée indiquait avoir subi à son ancienne place, dans les derniers temps de son activité habituelle, en 2011, suite à un changement de direction, ainsi que de la rupture, à la même époque, avec son ami qui l'avait quitté pour une autre (cf. p. 64 ss). Pour autant, une portée déterminante, propre, de ces atteintes et diagnostics somatiques quant à l'incapacité de travail leur a été explicitement niée. Nul diagnostic somatique n'a été retenu à cet égard par l'expert D. \_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et en traumatologie, ni par celui en pneumologie et en médecine interne, le Dr E. \_\_\_\_\_, ni encore par celui en médecine interne générale, le Dr F. \_\_\_\_\_ (cf. p. 37, 45 et 53). La mention dans la synthèse de l'expertise de la date du 1<sup>er</sup> août 2014 pour faire débiter une capacité de travail de 50% a été simplement reprise de l'expertise orthopédique (cf. p. 39) pour exprimer que trois bons mois après l'arthroscopie du genou droit, la récupération somatique était en tout état de cause à nouveau complète. Cette période de trois mois post-opératoire est de toute manière sans incidence quant à la détermination par, respectivement, l'administration et le Juge de céans, de l'éventuelle perte de gain et degré d'invalidité de l'assurée selon l'assurance-invalidité (cf. not. art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

Les limitations physiques rapportées (cf. expertise, p. 18), à savoir un périmètre de marche sans cannes de 50 m, des difficultés à la montée et à la descente d'escaliers, que la recourante ne peut pas faire sans se tenir ou en utilisant les cannes, la position debout statique prolongée, la position à genou ou accroupie, sont induites par la problématique psychiatrique et traduisent avant tout les plaintes et craintes de l'assurée, sans qu'un substrat organique n'en justifie notamment l'intensité et la fréquence. "L'atteinte à la santé se manifeste principalement par une anxiété et une attitude craintive, reconnues comme une pathologie psychiatrique, qui maintient l'assurée dans une certaine retenue fonctionnelle, par crainte de survenue de douleurs subites, de blocages ou de péjoration de son état somatique, particulièrement au niveau des genoux" (cf. expertise, p. 20). A titre d'exemple, les experts détaillent l'atteinte douloureuse la plus importante selon l'assurée, celle au genou droit, et expliquent que si une affection somatique peut être démontrée, son importance n'est pas telle qu'elle peut justifier un périmètre de marche de seulement 50 m sans cannes, ou une impossibilité de monter les escaliers sans celles-ci ou sans se tenir à une rampe; il en va de même quant à l'atteinte pulmonaire, etc. (cf. expertise, p. 19 s.). L'explication de ces plaintes et de ces limitations est à chercher au niveau psychiatrique (anxiété, crainte). C'est à cette aune qu'il faut apprécier – et dans une certaine mesure, relativiser – les limitations fonctionnelles mentionnées sur le plan somatique. De toute manière, aucun diagnostic ni aucune limitation somatiques n'ont pour les experts d'influence sur la capacité de travail même dans l'activité habituelle d'employée de commerce/secrétaire (cf. expertise, p. 17), qui ne suppose en principe en particulier pas de tâches susceptibles de susciter des dyspnées de l'effort dont se plaint l'assurée mais qui ne trouvent pas assise d'un point de vue organique.

Sur le plan somatique, l'état de santé est donc compatible avec une capacité de 100% à un poste de travail essentiellement en position assise (cf. expertise, p. 19). Cela vaut évidemment tout autant pour une activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles.

3.2.3. Ainsi qu'écrit, cette incidence de l'atteinte psychiatrique par rapport aux diagnostics somatiques se manifeste, pour les experts, par exemple dans les plaintes de douleurs au genou droit, alors que l'atteinte n'est que peu importante, ou d'apparition de sensations de dyspnées lors d'efforts, alors que la fonction pulmonaire actuelle est normale. Il s'agit cependant moins d'une exagération des symptômes que l'expression de l'anxiété dans laquelle vit l'assurée (expertise, p. 20).

L'expertise relève encore que les facteurs tels que la situation économique difficile de l'assurée, son niveau de formation et des facteurs socioculturels représentent une partie de l'étiologie de l'atteinte psychiatrique à l'origine de la diminution des capacités fonctionnelles. La Cour souligne que des éléments, tels des conflits avec des proches, un sommeil perturbé par les craintes sentimentales envers son ami, avec lequel elle s'est remis, etc., ne doivent en principe pas être pris en considération par l'assurance-invalidité dans l'appréciation de la capacité de travail, et qu'en l'espèce, ils ne constituent pas une atteinte invalidante.

Enfin, l'on remarquera que selon les experts, avis que soutient la Cour (cf. *infra*), pour augmenter ses ressources, qui subsistent, y compris sur le plan social, même si parfois de façon ténues, il fallait une amélioration de son état psychiatrique. Dans cette idée, un traitement antidépresseur était indiqué (cf. p. 21).

Ne saurait en rien modifier ce qui précède le très court courrier du 30 octobre 2017 (cf. dos. OAI 1027; également l'entretien téléphonique du 6 décembre 2017, dos. OAI 1031) du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, ne fournissant ni diagnostic, ni explication (détaillée) de l'état de santé de l'assurée, ni prise de position (motivée) quant à l'expertise. Il en va de même des réponses du 27 juillet 2017 en réponse un questionnaire du mandataire de l'assurée du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecin interne générale, médecin traitant de l'assurée depuis février 2017: outre que ce document est de quelques jours postérieurs à la décision attaquée, qui marque en principe la fin de la période soumise à l'examen de la Cour, on notera que le praticien s'y exprime uniquement sur la problématique de la prise de psychotropes et du suivi psychothérapeutique, et que s'il dispose d'une formation en médecine psychosomatique et psychosociale, il n'est pas un spécialiste en médecine psychiatrique, ce qu'il relève lui-même, enjoignant de s'adresser au psychiatre traitant. Son appréciation selon laquelle l'assurée souffre "nicht primär an einer Depression mittleren Grades, sondern an einer Somatisierungsstörung mit körperbezogenen Krankheitsängsten resp. funktionellen somatoformen Körperbeschwerden" n'est en tout état de cause pas propre justifier de s'écarter de l'appréciation probante des experts. Il en va ainsi également des diverses pièces médicales des autres médecins traitants, singulièrement des certificats de la Dresse I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, ancien médecin traitant, attestant sans autre indication une incapacité de travail totale. Etant de surcroît rappelé la certaine réserve qu'il convient d'avoir cas échéant envers des avis de médecins traitants. Enfin, l'argumentation de la recourante (cf. not. recours, ch. 24, p. 6) est insuffisante sur le plan de la motivation attendue et impropre à remettre en cause ce que retenu plus haut.

3.2.4. Seule l'incapacité de travail fondée par l'atteinte psychique étant déterminante, la Cour constate, à l'instar des experts et de la recourante, que celle-ci a été (au plus et de façon globale, en tenant compte de toutes les atteintes) de 50% dès octobre 2011, moyennant le respect des limitations susmentionnées, et ce tant dans l'activité habituelle de secrétaire/employée de



commerce, déjà au demeurant compatible avec celles-ci, que dans une autre activité adaptée. Etant ajouté qu'aucune baisse du rendement n'a été retenue.

S'agissant de la durée de cette incapacité de travail, ceci:

Dans le cadre de ses observations, l'OAI a demandé une appréciation à l'experte-psychiatre. Dans sa détermination du 24 octobre 2018, communiquée à la recourante, celle-ci indique avoir appelé le psychiatre traitant de l'assurée, le Dr G. \_\_\_\_\_, lequel lui a signifié de façon catégorique que sa patiente ne souffrait d'aucun trouble psychiatrique, que son suivi à ce niveau-là n'était fait que dans le cadre de la pathologie physique, et qu'il n'admettait même pas l'existence d'un syndrome douloureux persistant ou d'une somatisation. Il retenait pourtant une incapacité de travail. La Dresse C. \_\_\_\_\_ a rappelé qu'elle avait considéré dans son expertise que le trouble mixte de la personnalité, alors symptomatique, ainsi que le trouble dépressif moyen étaient susceptibles d'amélioration par une psychothérapie et un traitement antidépresseur. Or, pour l'experte, il est apparu que ce dernier n'avait pas été nécessaire et que la symptomatologie psychiatrique a disparu. Si le trouble de la personnalité a été symptomatique, il ne l'est plus actuellement; il en va de même du trouble dépressif. L'évolution a démontré donc que ces troubles avaient été réactionnels et qu'ils ont guéri par la suite. De ce fait, et au vu de l'incohérence dans les propos du psychiatre traitant, lequel assurait un suivi psychiatrique et attestait une incapacité de travail malgré l'absence d'une pathologie psychique, l'experte a proposé de considérer dès lors que l'incapacité de travail retenue dans l'expertise soit admise jusqu'à la date à laquelle la fréquence des séances de psychothérapie a diminué, cette diminution traduisant la disparition de la symptomatologie, alléguée par le psychiatre traitant, et que la capacité de travail est dès lors entière dans toute activité sur le plan psychiatrique depuis lors.

La Cour fait sien cet avis de l'experte, que n'a pas contesté la recourante. Elle relève que dans l'expertise, singulièrement dans sa partie psychiatrique, avait été soulignée une péjoration de l'état de santé en automne 2011 (décompensation, amenant un passage d'un trouble de l'adaptation à un trouble dépressif, ainsi qu'au caractère symptomatique du trouble de la personnalité présent depuis l'adolescence), péjoration réactionnelle à divers éléments (cf. les trois facteurs rappelés plus haut, auxquels l'on peut ajouter un conflit avec le fils ainsi qu'une prise de conscience d'un abus sexuel vécu à l'âge de 20 ans et la survenance de divers épisodes d'atteintes et traitements somatiques ultérieurement à 2012). L'experte rejoignait à cet égard l'appréciation de la situation faite par la psychiatre traitante d'alors, la Dresse J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychothérapie et psychiatrie ainsi qu'en médecine interne générale (diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive [F43.2] existant depuis juin 2011, s'étant aggravé en octobre 2011, d'épuisement professionnel et de possible trouble de la personnalité; cf. rapports des 28 décembre 2012 et 8 août 2013, dos. OAI 396 et 450), en rapportant notamment l'amélioration déjà intervenue selon cette dernière après quelques mois de suivi, sans qu'un traitement psychotrope n'ait été nécessaire, et avec un pronostic favorable de recouvrement d'une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, sans perte de rendement, ce début septembre 2012, sous réserve d'une rechute qui ne pouvait être exclue au vu des facteurs de stress actuels et des traits de personnalité sous-jacents.

3.2.5. S'agissant de la date à compter de laquelle il existe une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, ce qui suit.

Le suivi psychiatrique apparaît d'abord s'être achevé peu après le 8 août 2012 (aucune pièce de la praticienne subséquente au dossier), ensuite du déménagement de l'assurée dans un autre

canton, et qu'un nouveau n'a repris auprès d'un autre praticien, le Dr G.\_\_\_\_\_, qu'à partir de février 2015 (cf. dos. OAI 1027). Nonobstant cela, il ressort du dossier et des indications de l'assurée (cf. not. cv, dos. OAI 579 et 670) qu'en 2012, elle s'est inscrite au chômage, que jusqu'en 2013, elle était active en qualité d'artiste indépendante, et que durant la période de mars 2013 au 22 juillet 2015, elle a effectué diverses formations (gravure, opératrice en horlogerie) et une mesure de placement à l'essai (prévue de la mi-février à la mi-août 2015, mais interrompue le 22 juillet 2015, suite à l'hospitalisation de l'assurée; cf. dos. OAI 695, 723, et 733), activités sur lesquelles ont pu peser la survenance d'un accident à la main, d'un pneumothorax, etc., non pas quant à leur influence réelle et durable sur la capacité de travail, mais par rapport au ressenti qu'elle en a eu alors du fait de sa problématique psychique. Cela étant, suivant en cela l'avis de l'experte, il y a lieu de considérer que l'incapacité de travail à 50 % a commencé en octobre 2011 et a perduré par la suite.

Faute de toute autre indication médicale au dossier, il apparaît qu'à la fin octobre 2017, le suivi hebdomadaire par la psychothérapeute K.\_\_\_\_\_ s'était déjà terminé à la demande du psychiatre traitant, sans qu'un autre ne soit mis en place pour autant par celui-ci, hormis celui assuré une fois par mois (cf. dos. OAI 1004, 1025, 1027, et 1069 [rapport du 14 mars 2018 d'hospitalisation en clinique de jour psychosomatique]; à noter une interruption de 2 mois en 2018, cf. feuille de suivi psychiatrique, dos. OAI 1083). Ce temps coïncide au demeurant avec la fin du délai de sommation donné par l'AI. C'est dès lors au 31 octobre 2017 au plus tard, conformément aux recommandations de l'experte, que le Tribunal cantonal retient que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré de manière significative et stable.

3.3. Dès lors, sur le vu de tout ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'incapacité de travail de 50% de l'assurée a existé d'octobre 2011 à fin octobre 2017. A partir du 1<sup>er</sup> novembre 2017, la capacité de travail de la recourante dans l'ancienne ancienne activité ou dans une activité adaptée était pleine et entière, sans perte de rendement. Conformément aux art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI, le droit à une rente AI du fait de cette incapacité de travail devra être déterminé pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 31 octobre 2017.

Partant, le recours doit être admis et la décision attaquée, annulée. La cause sera renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision sur le droit de l'assurée à une rente pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2012 au 31 octobre 2017, en tenant compte d'une incapacité de travail de 50%, sans perte de rendement, ce dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée respectant les limitations (modestes) rappelées ci-dessus.

4.

Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, seront mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

La requête d'AJT devient sans objet et sera rayée du rôle.

Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie (cf. art. 61 let. g LPG) qui sera fixée, son mandataire ayant renoncé à produire une liste de frais, *ex aequo et bono*, à un montant forfaitaire de CHF 700.- pour les honoraires, débours compris, plus CHF 53.90 de TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 753.90, indemnité intégralement mise à la charge de l'OAI, qui succombe.

**la Cour arrête :**

- I. Le recours (608 2018 228) est admis, et la décision attaquée, annulée, dans le sens que la cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour qu'il se prononce sur un éventuel droit à la rente au sens des considérants ci-dessus.
- II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité.
- III. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 229), devenue sans objet, est rayée du rôle.
- IV. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à un total de CHF 753.90, soit CHF 700.- d'honoraires et débours, et CHF 53.90 au titre de la TVA, indemnité intégralement mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité.
- V. Notification.

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

Fribourg, le 14 octobre 2019/djo

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :