



**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 264

## **Arrêt du 3 mai 2019**

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

#### **Composition**

Président : Johannes Frölicher  
Juges : Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud  
Greffier-rapporteur : Michel Bays

#### **Parties**

**A.**\_\_\_\_\_, **recourante**, représentée par Me Charles Guerry,  
avocat

contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité – Refus de rente

Recours du 19 octobre 2018 contre la décision du 18 septembre  
2018

## considérant en fait

A. A.\_\_\_\_\_, née en 1972, domiciliée à B.\_\_\_\_\_, mariée et mère de deux enfants, travaillait depuis septembre 2007 pour le compte de C.\_\_\_\_\_ Sàrl, en tant que collaboratrice à 80%. En raison d'un problème d'allergie à certaines substances, apparue dans le cadre de son travail, elle a mis fin aux rapports de travail d'un commun accord avec son employeur, avec effet à la fin mai 2013. En juillet 2013, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI).

Alors que dite demande était initialement motivée par la problématique allergique, l'instruction s'est rapidement orientée vers la sphère psychiatrique, prédominante. Une expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à la demande de l'assurance perte de gain maladie, en novembre 2013, lequel concluait à une possible reprise du travail à plein temps dès février 2014. Ce médecin a par la suite prolongé l'incapacité jusqu'en mai 2014, compte tenu d'une rechute intervenue entre-temps. Une expertise a ensuite été confiée par l'OAI au Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel confirmera une incapacité de travail complète jusqu'au 30 juin 2014, puis de 75% en juillet 2014 et 50% à partir du 1<sup>er</sup> août 2014.

Après avoir rendu deux projets de décision (le 12 mai et le 13 août 2015), dans lesquels il envisageait l'octroi d'une rente entière limitée dans le temps en se fondant sur les conclusions du Dr E.\_\_\_\_\_, et compte tenu de la production de nouveaux rapports relatifs à la sphère neurologique/neuropsychologique, l'OAI s'est finalement résolu à requérir une nouvelle expertise psychiatrique. Dans son rapport d'expertise du 23 août 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a estimé, d'une part, que l'incapacité de travail entre le début 2012 et le début 2014 était tout au plus de 50% et, d'autre part, que la capacité de travail était entière par la suite, dans une activité adaptée.

Suivant la position de ce dernier, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée, par décision du 18 septembre 2018, malgré les rapports remis entre-temps par son psychiatre traitant, lequel relevait une péjoration de l'état de santé de sa patiente dans le courant de l'été 2018. Il a retenu que cette dernière était en mesure d'exercer une activité adaptée à mi-temps de décembre 2012 à janvier 2014, puis à plein temps dès le 1<sup>er</sup> février 2014. Le calcul du degré d'invalidité pour chacune de ces deux périodes aboutissait à chaque fois, en application de la méthode mixte, à un résultat insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

B. Contre cette décision, A.\_\_\_\_\_, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours de droit administratif le 19 octobre 2018 auprès du Tribunal cantonal. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 31 octobre 2014, puis d'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014. Elle requiert en outre que la cause soit renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire s'agissant de la période postérieure au 1<sup>er</sup> septembre 2018. A l'appui de son recours, elle conteste l'appréciation médicale effectuée par l'OAI. Elle lui reproche tout d'abord de s'être fondé uniquement sur l'avis de l'expert F.\_\_\_\_\_ pour admettre une capacité de travail à mi-temps de décembre 2012 à janvier 2014, alors que deux autres experts psychiatres ainsi que le psychiatre traitant avaient précédemment conclu à son incapacité totale durant une période plus ou moins identique. Elle estime qu'une incapacité de travail totale doit lui être reconnue jusqu'à la fin juillet 2014, puis à 50% dès le

1<sup>er</sup> août 2014. En outre, elle fait grief à l'OAI de n'avoir pas investigué la péjoration de son état de santé survenue en juillet 2018, confirmée par son psychiatre traitant.

Le 31 octobre 2018, la recourante s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-.

Dans ses observations du 29 novembre 2018, l'OAI renvoie au dossier ainsi qu'à la motivation de sa décision et conclut au rejet du recours.

Invitée à se prononcer en tant qu'institution de prévoyance intéressée, la Fondation collective LPP de l'Allianz Suisse a indiqué renoncer à se déterminer, par courrier du 28 mars 2019.

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

Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de 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. A teneur 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.

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 rétablie, 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 (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

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 malade, 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<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).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également 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. arrêt TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

Par contre, 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). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les

ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1).

2.3. 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 donc 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).

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).

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 de la situation 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 les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

En cas de divergence 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 n. 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).

Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au 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).

2.4. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA).

L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire, la méthode spécifique, la méthode mixte et la méthode extraordinaire, cette dernière n'entrant pas en ligne de compte dans le cas présent.

La méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI) s'applique lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité. Selon cette méthode, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV no 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références). La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564).

L'invalidité totale s'obtient en additionnant les degrés d'invalidité correspondant aux parts respectives attribuées aux activités lucrative et non lucrative (VSI 1999 p. 231 consid. 2b et les références). Cela étant, l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement du ... (RAI ; RS ...), entré en vigueur le 1er janvier 2018, prescrit que, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative avec le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps et que la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

L'invalidité ne peut être évaluée selon la nouvelle méthode mixte qu'à partir de la date d'entrée en vigueur de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI, soit le 1er janvier 2018 (arrêts TF 8C\_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.3; 9C\_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

3.

En l'espèce, la recourante conteste l'évaluation de son état de santé par l'OAI et requiert, d'une part, l'octroi d'une rente entière pour la période allant de novembre 2013 à octobre 2014, puis d'un quart de rente d'invalidité, ainsi que, d'autre part, la mise sur pied d'investigations supplémentaires pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> septembre 2018.

Il convient de se référer au dossier médical et de rappeler ce qui suit.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 29 novembre 2013 réalisé sur mandat de l'assurance perte de gain maladie, le Dr D.\_\_\_\_\_ rappelle la problématique allergique de l'assurée ainsi que la dégradation progressive de ses relations avec l'employeur, qui conduira à une incapacité de travail depuis le mois de décembre 2012. Sur la base des déclarations de l'expertisée, il note que le contexte de l'incapacité de travail *"est d'origine professionnelle, il serait avant tout en lien avec un conflit grandissant avec la gérante de G.\_\_\_\_\_ dans laquelle elle travaille depuis près de six ans. [...] Globalement, et pour résumer, il apparaîtrait que sa gérante n'aurait jamais accepté son allergie et le handicap qui en résultait, l'aurait harcelée au sujet de différents certificats en demandant même leur modification, la persécutant finalement dans tous les domaines [...]".* Après rappel des plaintes (ruminations, inquiétude pour l'avenir, troubles du sommeil, fatigue, perte de plaisir, multiples manifestations somatiques) et présentation du status psychiatrique, il retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) et de trouble anxieux mixte (F41.3). Au terme de son examen, il relève que, *"compte tenu de la présentation symptomatique, qui traduit une légère amélioration de la thymie mais avec la persistance d'une symptomatologie dépressive moyenne à la limite du sévère, l'incapacité de travail à 100% reste encore justifiée. Au vu d'une évolution lentement favorable et de la nature des troubles de l'expertisée, l'expert considère qu'il est raisonnablement exigible que l'assurée reprenne une activité professionnelle d'emblée à 100% [...] d'ici deux ou au plus tard trois mois, à savoir à partir du 01.02.2014. L'activité actuelle reste exigible à la reprise comme toute autre activité tenant compte de son niveau de formation".*

Par courrier du 17 avril 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_ précise sa position, après avoir pris connaissance d'un rapport médical du psychiatre et de la psychologue traitants, daté du 12 mars précédent. Admettant la présence d'une péjoration du fait d'un passage à l'acte suicidaire en début d'année 2014, il prolonge l'incapacité de travail jusqu'au début mai 2014 au plus tard. Relevant le risque non négligeable de chronicisation de la situation, il recommande de ne pas prolonger dite incapacité au-delà.

Le 24 juin 2014, le Dr H.\_\_\_\_\_, généraliste œuvrant au sein du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), constate que *"l'assurée présente en premier lieu une problématique psychiatrique possiblement d'ordre réactionnel mais dont l'intensité et la durée font se poser la question d'une atteinte à la santé invalidante"*. Ajoutant que la problématique somatique, et notamment allergique, permet de conclure à une capacité de travail entière dans une activité adaptée (évitant le contact avec des pièces contenant du cobalt et/ou du nickel et ménageant le dos), il estime que, compte tenu du pronostic relativement sombre dépeint par les thérapeutes traitants, malgré la prise en charge et le caractère apparemment purement réactionnel de l'atteinte, une évaluation psychiatrique est nécessaire.

Dans son rapport d'expertise du 25 novembre 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_ rappelle tout d'abord le contexte médical, établit l'anamnèse, recueille les plaintes (en bref: dépression, anxiété et allergies), avant de procéder à l'examen clinique, au terme duquel il retient principalement les diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle (F32.5) et de trouble panique avec agoraphobie (F40.01). Il relève tout d'abord l'absence d'antécédents psychiatriques et précise d'emblée que *"le tableau est actuellement en rémission significative en ce qui concerne les symptômes thymiques et anxieux, rémission obtenue sous l'effet de la médication psychotrope relativement lourde"*, qui n'empêche pas l'assurée d'assumer ses responsabilités ménagères et familiales notamment. Il relève également que, depuis août 2014, l'expertisée a retrouvé un emploi comme chauffeur scolaire pour le transport d'enfants handicapés, à un taux d'environ 30%, qui lui convient mais la fatigue également. Il poursuit en notant que les décompensations s'inscrivent *"dans un contexte perturbé d'un point de vue familial et relationnel depuis de nombreuses années"*, et en particulier des difficultés conjugales. *"La décompensation se développe à bas bruit, d'abord par des équivalents somatiques cutanés dès 2008 et sur le plan franchement thymique probablement déjà en juin-juillet 2011 [...]"*. Parallèlement, l'assurée est engagée dans I. \_\_\_\_\_, ce qu'elle verra comme une opportunité d'être reconnue et de faire ses preuves. C'est le contraire qui se produira, puisqu'elle s'épuisera au travail sans obtenir la reconnaissance de son employeur, bien au contraire. *"Actuellement l'expertisée, très motivée à reprendre un emploi et à maintenir la capacité de travail précédente à la décompensation, est loin d'être stabilisée. Sur le plan thymique et anxieux demeurent plusieurs symptômes handicapants"*, en particulier pour l'activité de chauffeur. *"Le pronostic pour un regain de capacité de travail pour un emploi adapté à 50% est en principe favorable"*. Dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail, l'expert s'écarte des conclusions du Dr D. \_\_\_\_\_, considérant en outre que ce dernier s'était montré *"nettement trop optimiste quant à la capacité de travail exigible. [...] Cette expertise très sommaire ne s'est pas seulement trompée par rapport à l'estimation de la capacité de travail mais doit être considérée comme non probante dans son ensemble. Son diagnostic est erroné quant au syndrome somatique, elle n'a pas cerné les raisons de la décompensation et ne peut pas par conséquent se prononcer sur le pronostic. En plus, elle exige chez une assurée diagnostiquée pour un épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques et trouble panique, à savoir des troubles sévères avec agoraphobie, une capacité de travail entière dans un délai très court de 2 à 3 mois"*. De son point de vue, une reprise d'activité à 25% est exigible à partir du mois de juillet 2014, puis à 50% dès le 1<sup>er</sup> août 2014, dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 2 juillet 2015, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a procédé à l'examen de l'assurée sur demande du psychiatre traitant. Il relève d'emblée que son humeur semble meilleure mais qu'elle s'inquiète de troubles de la mémoire, sans toutefois d'incidence sur les activités de la vie quotidienne, notamment sur la poursuite de son activité de transport d'enfants. L'assurée lui signale des problèmes de fatigue. L'examen neurologique est normal mais, compte tenu de certaines anomalies constatées, le spécialiste propose une évaluation détaillée à ce sujet, par la neuropsychologue K. \_\_\_\_\_.

Le 26 octobre 2015, cette dernière remet le résultat du bilan auquel elle a procédé. Après avoir brièvement rappelé le contexte et présenté les différents tests auxquels elle a soumis l'assurée, elle conclut à la mise en évidence de *"quelques difficultés de mémoire immédiate et de travail, de nature probablement attentionnelle, dans un contexte de thymie anxio-dépressive. L'examen neuropsychologique est par ailleurs dans les limites de la norme"*.



Dans leur rapport du 30 novembre 2015, le Dr L. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, et la psychologue M. \_\_\_\_\_ indiquent avoir pu constater une limitation de type attentionnel liée au trouble psychiatrique. *"Cette limitation concerne toute activité très prolongée et de n'importe quelle intensité et souligne l'atteinte invalidante du trouble psychiatrique diagnostiqué"*. Ils précisent toutefois qu'une activité intense et de courte durée, comme la conduite d'un bus scolaire, demeure possible.

Le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, remet son rapport d'expertise le 23 août 2017. Après analyse du dossier médical, établissement de l'anamnèse détaillée et examen clinique, l'expert ne retient aucun diagnostic susceptible d'influencer la capacité de travail de l'assurée. Dans le cadre d'une longue discussion du cas, comprenant notamment une exploration de l'anamnèse de l'expertisée, il retient *"une incapacité de travail de 50% au maximum à cause d'un épisode dépressif moyen de décembre 2012 à janvier 2014, suivi par une amélioration stable de son état psychique qui ne justifie plus d'incapacité de travail durable au plan psychique"*. A l'appui de cette conclusion, il écarte tout d'abord la présence d'une décompensation psychotique ou d'une anxiété généralisée, de même que d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, en l'absence d'un comportement algique. Il prend acte des angoisses évoquées par l'expertisée à l'évocation du licenciement de décembre 2012 et des symptômes qui les accompagnent (bouffées de chaleur, transpiration), mais note qu'elles s'estompent rapidement et que, sauf survenue brutale d'un sentiment de panique, l'assurée est en mesure de gérer ses moments d'angoisse. Relevant l'interruption du traitement anxiolytique *"pris de manière irrégulière surtout au début de l'année 2013"*, il ne retient pas de trouble panique. De même, *"l'exploration des activités sociales et quotidiennes de A. \_\_\_\_\_ ne permet pas de confirmer le diagnostic d'un trouble anxieux phobique, comme une agoraphobie"*; en l'absence d'évitement complet d'une situation phobogène (foules, endroits publics, voyages, déplacements sans accompagnement), les angoisses se concentrent en effet sur la confrontation potentielle avec des éléments liés à son licenciement en 2012, mais ne l'empêchent de mener une vie relativement normale (comme par ex. faire ses courses dans les supermarchés ou de se déplacer dans le cadre de son activité de chauffeur de bus scolaire). Les plaintes d'abaissements périodiques de l'humeur évoquées par l'assurée sont reçues par l'expert, lequel constate néanmoins, dans le cadre de son examen, que celle-ci fait preuve de réactivité émotionnelle: *"Contrairement à sa plainte subjective, elle est capable de participer activement à un examen de plus de trois heures, avant de maîtriser des tests cognitifs, sans signe important de fatigue, ni de diminution majeure de l'attention ou de la concentration. Ces observations correspondent à l'examen neuropsychologique du 19.10.2015, ne mettant en évidence que des difficultés attentionnelles légères, sans autre déficit cognitif"*. Les capacités tirées de l'échange avec l'expertisée conduisent le Dr F. \_\_\_\_\_ à ne pas retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Sous l'angle de l'anxiété, il note que la dysthymie s'accompagne de symptômes anxieux par moments, mais que l'on ne se trouve pas en présence d'une anxiété généralisée, ainsi que retenu par le Dr D. \_\_\_\_\_ en 2013, mais qu'ils s'inscrivent dans un trouble de l'adaptation, lié à un changement marquant dans la vie. De même, les symptômes anxieux décrits par la psychologue traitante demeurent liés étroitement au sentiment de blessure et d'injustice suite au licenciement, qui n'interfèrent toutefois pas trop dans sa vie courante. En définitive, l'expert retient la présence d'un épisode dépressif réactionnel au licenciement en décembre 2012 de sévérité moyenne au maximum, dans le cadre d'une dysthymie persistant depuis 2007. Il ajoute que cette dysthymie s'inscrit dans une structure de personnalité marquée par une hyper-expressivité et labilité émotionnelle, ce qui explique la tendance à la dramatisation de l'assurée. Celle-ci dispose néanmoins de ressources personnelles lui permettant

d'affronter les difficultés et d'assumer, notamment, son rôle de mère. Aucun trouble de la personnalité n'est retenu, les particularités de fonctionnement correspondant plutôt à une accentuation de traits de personnalité histrionique, n'ayant pas valeur de maladie. L'expert relève à cet égard *"le décalage entre les plaintes de A.\_\_\_\_\_ et les éléments objectivables de son anamnèse ainsi que des examens"*, explicable par le rôle de victime endossé par celle-ci.

Revenant ensuite sur l'évolution chronologique des troubles, le Dr F.\_\_\_\_\_ indique que la dysthymie survenue en 2007 s'est aggravée *"en réaction au licenciement de A.\_\_\_\_\_ en décembre 2012, sous forme d'épisode dépressif moyen au maximum, s'accompagnant typiquement de symptômes anxieux variables, surtout lors de la confrontation avec l'évènement vécu comme une blessure narcissique"*. Selon l'expert, les symptômes anxieux font partie du tableau clinique de l'épisode dépressif. Il relate ensuite toute une série d'éléments tirés de l'anamnèse: l'expertisée est restée capable de s'occuper du ménage et des finances de la famille; elle a fréquenté un cours de technique de recherches d'emploi d'août à décembre 2013 dans le cadre du chômage; elle suit une brève formation de chauffeur de bus scolaire au début 2014 avant d'exercer cette activité dès août 2014; elle interrompt le traitement anxiolytique au début 2015 sans recrudescence des symptômes anxieux; l'examen neuropsychologique en octobre 2015 ne met en évidence que des difficultés attentionnelles légères; en décembre 2015, l'assurée se rend au Portugal où elle prend plaisir à assister à un mariage familial. Compte tenu également de l'absence d'adaptation du traitement antidépresseur depuis des années, *"ces éléments témoignent de la stabilité psychique d'une expertisée qui limite sa psychothérapie à des consultations toutes les deux voire toutes les trois semaines depuis l'été 2014 ainsi que des rendez-vous trimestriels avec son psychiatre"*.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2017, le psychiatre et la psychologue traitants rappellent suivre l'assurée en traitement psychiatrique depuis le 12 juin 2013, de façon hebdomadaire d'abord, puis bimensuelle. Ils indiquent maintenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.2). Ils se réfèrent pour cela à l'échelle de Hamilton (27 points sur 36), indiquant un épisode dépressif modéré à sévère, ainsi qu'à l'humeur déprimée de la patiente. De nombreux éléments (sentiment de culpabilité, ruminations, idéations suicidaires, ralentissement psychomoteur, anhédonie, trouble de l'attention et de la concentration, attaques de panique, tendance à s'isoler, forte fatigabilité, forte anxiété, perte de confiance en soi, hyperphagie, difficulté à gérer le stress) les font maintenir l'incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Le médecin SMR relève, dans un rapport du 23 avril 2018, que le rapport d'expertise remis par le Dr F.\_\_\_\_\_ est *"très informatif, parfaitement cohérent et ne présente aucune contradiction. Il est concluant, conforme aux exigences requises et ses conclusions peuvent être suivies"*.

Dans un rapport daté du 13 juillet 2018 établi à la demande du mandataire de la recourante, le psychiatre et la psychologue traitants confirment la poursuite du suivi psychothérapeutique, tous les 15 jours. Ils précisent que leur patiente traverse à nouveau un épisode dépressif majeur qui a nécessité une hospitalisation le 10 juillet précédent. Mentionnant une bonne compliance, ils ajoutent que *"la résistance au traitement est probablement explicable par la non-reconnaissance de son état de souffrance par l'AI et par son entourage. Les difficultés relationnelles familiales et la réactivation d'éléments post-traumatiques lorsqu'elle se trouve en situation de ne pas être reconnue, soutenue ou abandonnée provoquent et entretiennent une symptomatologie de type anxio-dépressif [...] qui semble s'être chronifié avec le temps vers un trouble dysthymique (F34.1). Cette chronification entraîne une limitation permanente"* et ce, tant dans le cadre familial que

professionnel. Les thérapeutes traitants confirment l'incapacité de travail de 50%, notamment en raison d'une fatigabilité importante et afin de maintenir le plus de stabilité possible.

Invité à se déterminer sur ce dernier rapport, le médecin SMR considère, le 13 septembre 2018, que celui-ci ne présente aucun fait nouveau et confirme le diagnostic de l'expert F.\_\_\_\_\_. "*L'avis du psychiatre traitant concernant l'atteinte à la santé est concordante avec l'avis de l'expert. Seule son appréciation de la capacité de travail diffère*". Il conclut en estimant que ce rapport ne remet pas en question les conclusions du rapport d'expertise.

4.

Par un premier moyen, la recourante reproche en substance à l'OAI d'avoir privilégié les conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_, s'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail durant les années 2013 et 2014, alors même que deux autres expertises psychiatriques, réalisées durant la période concernée avec des conclusions à cet égard, étaient disponibles.

Selon la recourante, le résultat auquel parvient le Dr F.\_\_\_\_\_ "*relève de la pure spéculation*", dans la mesure où il s'écarte des conclusions concordantes de deux autres experts-psychiatres, ainsi que du psychiatre traitant. Elle allègue en outre le caractère lacunaire et erroné de l'examen, invoquant notamment le fait que l'expert ne disposait pas du rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, ni de son complément d'expertise, mais qu'il s'est contenté d'en reprendre les passages qui figuraient dans l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_. Dans ces conditions, le Dr F.\_\_\_\_\_ n'était pas en mesure de contester valablement le diagnostic et l'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_, ce d'autant que, contrairement à ce dernier, le premier cité n'a pas tenu compte du harcèlement dont elle a été victime des années durant de la part de son employeur. Elle relève enfin certaines erreurs dans l'expertise: elle confirme ainsi avoir été victime d'agoraphobie, les éléments invoqués à l'encontre de ce diagnostic par l'expert étant postérieurs à 2013; elle conteste n'avoir bénéficié d'un traitement antidépresseur qu'en juin 2013, rappelant que tel avait été le cas en juin 2011 déjà, en raison de l'apparition précoce de la ménopause; enfin, elle note que le Dr F.\_\_\_\_\_ l'a considérée comme revendicatrice, alors que le Dr E.\_\_\_\_\_ prétend le contraire.

Aux yeux de la Cour, ces derniers arguments, visant à mettre en doute la valeur probante de l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_, n'ont pas suffisamment de poids. Le fait d'évoquer le caractère revendicateur de l'assurée, l'existence d'un traitement antidépresseur en 2011 au lieu de 2013 ou encore la présence d'une agoraphobie peuvent tout au plus prêter à caution, mais demeurent insuffisants pour en renverser les fondements. Au demeurant, le traitement instauré en 2011 n'aura duré que deux mois (cf. p. 7 de l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_). Quant à la mention de l'attitude revendicatrice de l'expertisée, il n'est pas exclu que ce trait de personnalité soit apparu progressivement, notamment en lien avec l'évolution de son dossier AI. Il ne s'agit quoi qu'il en soit que d'un élément parmi d'autres, qui n'a manifestement pas joué un rôle majeur dans l'évaluation de l'expert. Quant au diagnostic d'agoraphobie, il sera discuté plus bas.

De l'avis de la Cour, il ne se justifie pas d'investiguer plus avant au sujet de ces arguments, dès lors qu'ils ne présentent en définitive qu'une importance toute relative et ne sont manifestement pas de nature à remettre en question le fondement de l'expertise. Le rapport rédigé par le Dr F.\_\_\_\_\_ correspond pleinement aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il se base sur un examen complet et actuel de l'assurée, laquelle a été reçue en consultation en août 2017, dans le cadre d'un long entretien (plus de 3 heures). L'expert a une connaissance entière de l'anamnèse, extrêmement précise, de même que du contexte et de la situation médicale, très détaillés. L'assurée a été en mesure de donner des indications subjectives et

l'expert s'est également prononcé expressément sur l'influence des troubles sur la capacité de travail.

Globalement, les juges relèvent la qualité du travail réalisé par cet expert, mais ne peuvent s'empêcher de constater qu'il s'est écarté des conclusions des précédents experts, sans que ces derniers n'aient l'opportunité de se déterminer à cet égard. Par ailleurs, dans son rapport établi le 23 avril 2018, le médecin SMR se borne à confirmer la valeur probante de l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_, sans prendre position au sujet des divergences de ce dernier par rapport aux conclusions de ses confrères au sujet de la capacité de travail sur une même période.

L'on ne se trouve pas, en l'occurrence, en présence de rapports établis par des médecins traitants (cf. supra consid. 2.3), mais bien de deux expertises, dont l'une réalisée à la demande de l'OAI, rédigées par deux spécialistes en psychiatrie. Dans ce contexte, le fait pour le Dr F. \_\_\_\_\_ de réévaluer l'état de santé prévalant 3 ou 4 années plus tôt et d'en tirer des conséquences sur la capacité de travail de la recourante - ce alors même que deux autres experts avaient eux-mêmes procédé à un tel examen au moment déterminant, soit à la fin 2013 et à la fin 2014 - nécessiterait que le premier cité fournisse des arguments particulièrement convaincants pour que la Cour de céans soit encline à suivre son avis, au détriment de celui de ses confrères.

On ne peut certes dénier que les conclusions du Dr F. \_\_\_\_\_ s'appuient sur de nombreux éléments (cf. en particulier p. 19-20 de son expertise) tirés d'une anamnèse patiemment retracée. Il remet ainsi en question la sévérité de l'atteinte psychiatrique retenue par le psychiatre traitant, se basant sur le dosage inchangé de l'antidépresseur ainsi que sur l'avis du généraliste traitant. Il relativise ensuite la gravité de la tentative de suicide survenue en janvier 2014 (qui conduira pourtant le Dr D. \_\_\_\_\_ à prolonger l'incapacité de travail de trois mois supplémentaires), notant l'absence d'hospitalisation et de prise en charge d'urgence ainsi qu'un traitement psychotrope inchangé. Relevant le décalage entre les plaintes (dramatiques) de l'assurée et les éléments objectivables de l'anamnèse, il constate l'existence de capacités incompatibles avec un épisode dépressif dépassant un degré moyen jusqu'à la fin 2013, ainsi qu'une amélioration ultérieure progressive, corroborée notamment par la reprise d'une activité de transport scolaire, en août 2014. Il estime par conséquent qu'un épisode dépressif en rémission partielle est admissible, s'écartant de l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_ en mentionnant la présence d'incohérences, en particulier au niveau du résultat des tests d'évaluation de la dépression (p. 20 et 21 de l'expertise), selon qu'ils sont évalués par l'expert (12 points sur 25) ou par l'expertisée elle-même (21 points sur 25).

Si ces éléments sont loin d'être dénués d'intérêt et témoignent de l'analyse poussée à laquelle s'est livré l'expert, ils ne conduisent néanmoins pas à invalider le résultat des expertises rendues par le Dr D. \_\_\_\_\_ et par le Dr E. \_\_\_\_\_. Comme relevé plus haut, ces derniers ont eu l'opportunité d'examiner l'assurée au moment même où son atteinte et ses plaintes étaient les plus prégnantes. Leurs avis, qui n'ont jamais été remis en question par l'OAI (lequel ne les a jamais vraiment évalués), présentent de ce fait une force probante élevée. Pour conclure à la présence d'une capacité de travail supérieure à celle retenue par ses confrères, le Dr F. \_\_\_\_\_ se fonde certes sur des éléments tangibles, ressortant de l'anamnèse. Cela étant, on serait tenté de dire, en reprenant une notion appliquée en matière de révision, qu'il s'agit d'une appréciation différente d'un état de fait resté inchangé. Ainsi, en dépit de la valeur indubitable des arguments du Dr F. \_\_\_\_\_, il n'en demeure pas moins que ceux-ci ne permettent pas de remettre en cause la valeur probante des deux autres expertises réalisées précédemment.

Tout bien considéré, les juges de céans estiment opportun de privilégier l'avis des deux experts qui ont été appelés à examiner la situation de l'assurée en 2013-2014. L'un comme l'autre atteste

d'une incapacité totale de travail depuis le mois de décembre 2012 et seul diffère le terme de dite incapacité: le Dr D. \_\_\_\_\_ le fixe à la fin avril 2014, tandis que le Dr E. \_\_\_\_\_ l'établit à la fin juillet 2014, tout en maintenant une incapacité partielle (50%) au-delà.

A ce sujet, si la Cour peut à la rigueur partager l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_ concernant la prolongation de l'incapacité de travail jusqu'à la fin juillet 2014 - en dépit des doutes légitimes soulevés par le Dr F. \_\_\_\_\_ quant à la sévérité réelle de l'épisode suicidaire - elle doit en revanche s'en écarter pour la période ultérieure, vu l'ambivalence de ses explications: cet expert maintient en effet une incapacité de 50% à partir du 1<sup>er</sup> août 2014, alors même que, dans le même temps, il évoque une nette amélioration des symptômes anxieux-dépressifs: "*Le tableau est actuellement en rémission significative en ce qui concerne les symptômes thymiques et anxieux*", grâce à la médication, ce qui permet à l'assurée non seulement d'assumer ses responsabilités ménagères et familiales, mais également d'exercer une activité de transport d'enfant à temps partiel. Il relève d'ailleurs que "*l'agoraphobie est devenue peu handicapante*". Au terme de sa discussion (p. 25 de son expertise), il évoque certes la persistance de "*plusieurs symptômes handicapants*", ce qui ne l'empêche pas de lister pas moins de neuf éléments allant dans le sens d'un pronostic favorable, tandis que deux éléments seulement vont dans le sens contraire. Qui plus est, ces derniers sont clairement en lien avec la situation psychosociale de la recourante, puisqu'il s'agit du conflit de couple persistant et des problèmes de santé des parents de l'expertisée, soit à l'évidence des facteurs extra-médicaux (cf. supra consid. 2.2).

Aux yeux de la Cour, les éléments mis en avant par le Dr E. \_\_\_\_\_ sont trop inconsistants pour justifier la persistance d'une incapacité de travail au-delà du 31 juillet 2014. Au contraire, la lecture de son rapport laisse plutôt apparaître l'image d'une femme certes blessée, mais disposant encore de nombreuses ressources. Ce constat est d'ailleurs implicitement confirmé par le résultat des examens neurologiques et neuropsychologiques effectués dans la seconde moitié de l'année 2015, qui viendront attester d'une situation restant dans la norme au plan cognitif. Concrètement enfin, la poursuite de l'activité de transport scolaire se verra complétée, dès le mois de février 2016, par une activité de conciergerie (cf. p. 12 de l'expertise F. \_\_\_\_\_).

Vu l'ensemble de ce qui précède, la Cour acquiert la conviction que l'état de santé de l'assurée s'est transitoirement aggravé suite aux difficultés rencontrées au plan professionnel à la fin 2012, ce qui justifie la reconnaissance d'une incapacité totale de travail jusqu'à la fin juillet 2014.

5.

Par un second grief, la recourante reproche à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de l'aggravation de son état de santé survenue dans le courant de l'été 2018 et en particulier de ne pas avoir entrepris de recherches à ce sujet, violant ainsi le devoir d'instruction.

S'il incombe certes à l'autorité d'instruire le dossier, il n'en demeure pas moins que l'assurée demeure tenue, pour sa part, de collaborer à l'instruction. De ce point de vue, le seul fait qu'elle ait été hospitalisée en juillet 2018 n'est pas suffisant, si l'on tient compte du fait que le rapport remis au même moment par le psychiatre traitant - faisant mention de dite hospitalisation - reste, si ce n'est rassurant, à tout le moins pas alarmant du tout. La seule mention d'un diagnostic d'épisode dépressif majeur, au demeurant sans référence à un système de classification reconnu, n'est à cet égard pas déterminante. Une lecture attentive de la suite du rapport relativise d'ailleurs fortement cette hypothèse, puisque le psychiatre traitant évoque non seulement une chronicisation vers un trouble dysthymique, soit un diagnostic identique à celui retenu par le Dr F. \_\_\_\_\_, mais qu'il atteste en outre d'une incapacité de travail de 50%, soit toujours la même que dans ses

précédents rapports. Qui plus est, le certificat médical établi le 20 septembre 2018 par le Dr N. \_\_\_\_\_, nouveau psychiatre traitant, ne saurait convaincre dès lors qu'il se borne à attester d'une incapacité totale de travail depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2018, sans fournir le moindre élément d'analyse. On relève d'ailleurs qu'il est postérieur à la décision litigieuse.

Autant d'éléments qui ne permettent pas de conclure à une aggravation durable de l'état de santé psychique de la recourante, de sorte que sa conclusion tendant au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire doit être écartée.

6.

Il convient encore de procéder au calcul du taux d'invalidité.

Compte tenu du fait qu'une incapacité de travail totale, puis une capacité de travail entière viennent d'être admises, les conclusions de la recourante tendant à l'imputation de 10% au titre de diminution du rendement (liés aux troubles attentionnels), ainsi que de 10% supplémentaires au titre d'abattement sur le salaire statistique d'invalidé, peuvent rester ouvertes.

Dès lors que ni le recours à la méthode mixte, ni la répartition des activités (lucrative: 80% et ménagère: 20%) et ni les autres termes du calcul ne sont proprement remis en question, la Cour se réfère au projet de décision émis le 13 août 2015, dans lequel l'OAI aboutissait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 80%, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2014 (compte tenu du dépôt de la demande de prestations en juillet 2013) et le 31 octobre 2014 (soit 3 mois après l'amélioration survenue en août 2014). Ce taux découlait d'une incapacité totale dans l'activité lucrative (comptant pour 80%) et d'une pleine capacité dans l'activité ménagère.

S'agissant de la situation à partir du 1<sup>er</sup> août 2014, il est possible de se référer, *mutatis mutandis*, au contenu de la décision litigieuse, qui aboutit à un degré d'invalidité nul, l'application de la nouvelle méthode de calcul, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, ne modifiant pas ce résultat.

En définitive, le recours est partiellement admis et la décision du 18 septembre 2018 modifiée dans le sens que la recourante se voit reconnaître le droit à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014 jusqu'au 31 octobre 2014. Le recours est rejeté pour le surplus.

7.

La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Compte tenu de l'admission partielle du recours, ils sont proportionnellement répartis (cf. art. 131 al. 1 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative, CPJA; RSF 150.1) à raison de CHF 400.- (1/2) à la charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- (1/2) à la charge de la recourante. S'agissant de cette dernière, les frais de procédure seront compensés avec l'avance de frais du même montant qu'elle a versée, le solde de CHF 400.- lui étant restitué.

Ayant partiellement obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens réduits (cf. art. 61 let. g LPGA et 138 al. 2 CPJA).

Dans sa liste de frais déposée le 18 avril 2019, le mandataire de la recourante a fixé des débours forfaitaires, à raison de 5% du montant des honoraires. Il convient de rappeler que le système de forfait est applicable en matière civile mais pas en droit administratif, qui relève du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (RSF 150.1).

On peut ici admettre qu'un montant de CHF 100.- tient raisonnablement compte des débours encourus. Il se justifie ainsi de fixer l'équitable indemnité à raison de 10h58 à CHF 250.-, soit à

CHF 2'741.65, plus CHF 100.- de débours, plus CHF 218.80 au titre de la TVA à 7.7%, soit un total de CHF 3'060.45. Compte tenu du gain de cause partiel à raison de  $\frac{1}{2}$ , un montant de CHF 1'530.25 est mis à charge de l'autorité intimée.

### **la Cour arrête :**

- I. Le recours est partiellement admis.  
Partant, la décision rendue le 18 septembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg est modifiée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 octobre 2014. Le recours est rejeté pour le surplus.
- II. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 400.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- à la charge de la recourante.
- III. Le montant dû par la recourante est compensé avec l'avance de frais versée par celle-ci, le solde de CHF 400.- lui étant restitué.
- IV. L'indemnité allouée à Me Charles Guerry, avocat, est fixée à CHF 1'530.25, dont CHF 218.80 au titre de la TVA. Elle est prise en charge par l'OAI.
- 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 3 mai 2019/mba

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :