



**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 294

## **Arrêt du 13 février 2020**

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

#### **Composition**

Président : Johannes Frölicher  
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux  
Greffière-rapporteure : Muriel Zingg

#### **Parties**

**A.**\_\_\_\_\_, **recourante**, représentée par CAP Compagnie d'assurance de protection juridique SA

contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité, rente limitée dans le temps, capacité de travail, appréciation de la situation médicale, début du droit à la rente

Recours du 9 novembre 2018 contre la décision du 10 octobre 2018

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, née en 1964, mariée, mère d'un enfant majeur, domiciliée à B. \_\_\_\_\_, est au bénéfice de certificats d'incapacité de travail totale délivrés par ses médecins traitants depuis le 12 juillet 2016.

Suite à une annonce pour détection précoce effectuée le 21 octobre 2016 par son assureur perte de gain, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en date du 9 décembre 2016 en raison de problèmes psychiques (dépression).

Par décision du 10 octobre 2018, l'OAI lui a octroyé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> juillet au 30 novembre 2017, et a nié le droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2017. Pour ce faire, il s'est notamment basé sur le rapport d'expertise psychiatrique du 26 juin 2017 établi sur demande de l'assureur perte de gain de l'assurée, lequel concluait à une incapacité de travail totale jusqu'au 31 août 2017, puis à une capacité de travail de 50 % du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2017 et de 100 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017.

B. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, représentée par CAP Compagnie d'assurance de protection juridique SA, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 9 novembre 2018, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité de durée illimitée dès le 1<sup>er</sup> juin 2017, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité de durée limitée à dire de justice, et, plus subsidiairement, à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, elle conteste tout d'abord le début du droit à la rente qui doit être fixé, selon elle, au 1<sup>er</sup> juin 2017, puisque la demande de prestations a été déposée le 9 décembre 2016. Elle conteste en outre les conclusions de l'expertise psychiatrique en soulevant le fait que l'expert-psychiatre ne l'a pas examinée lui-même. Sur la base des rapports médicaux de sa psychiatre traitante, elle estime que son état de santé ne s'est pas amélioré au mois de septembre 2017 et que son incapacité de travail persiste encore à l'heure actuelle. Enfin, elle considère que l'autorité intimée n'a pas correctement appliqué les dispositions légales relatives à la révision.

Le 26 novembre 2018, la recourante a versé une avance de frais de CHF 800.-.

Dans ses observations du 19 décembre 2018, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Elle explique tout d'abord que le début du droit à la rente a été fixé sur la base de l'art. 28 al. 1 let. b de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20] (incapacité de travail d'au moins 40 % durant une année) et non en application de l'art. 29 al. 1 LAI (six mois après le dépôt de la demande). S'agissant de l'appréciation médicale, elle réfute les griefs formels invoqués à l'encontre de l'expertise psychiatrique mandatée par l'assureur perte de gain. Elle maintient que le rapport d'expertise a une pleine valeur probante et qu'elle pouvait donc se baser sur ses conclusions pour retenir que l'état de santé de la recourante s'est amélioré dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017.

Le 8 janvier 2019, Pax Fondation collective LPP, à qui la décision attaquée avait également été notifiée, a été appelée en cause en tant que fonds LPP intéressé. Dans sa détermination du 16 janvier 2019, elle indique qu'elle renonce à prendre position dans le cadre de cette affaire.

Sur demande de la greffière-rapporteuse, déléguée à l'instruction, l'assureur perte de gain de la recourante a produit, en date du 28 janvier 2020, le dossier constitué au nom de cette dernière, ce dont les parties ont été informées.

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

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

## **en droit**

1.

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, 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 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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

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, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % 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.

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux

prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – 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). 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 doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien 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. Jouent 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.

Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour eux seuls 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).

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).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

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).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

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). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

### 3.

3.1. Selon l'art. 17 al. 1 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.

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 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 387 consid. 1b).

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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

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. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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).

3.2. Par ailleurs, selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (cf. ATF 131 V 164; VSI 2001 155 consid. 2).

Enfin, en cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201] (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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 ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

4.

En l'espèce, l'application de la méthode mixte avec une répartition de 90 % pour l'activité lucrative et 10 % pour l'activité ménagère n'est pas contestée. Est en revanche litigieuse la question de la capacité résiduelle de travail de la recourante, laquelle relève d'une appréciation médicale de sa situation.

4.1. Dans leur rapport du 26 juin 2017 (dossier OAI, p. 111), le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue D. \_\_\_\_\_ retiennent les diagnostics d'épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), actuellement en rémission partielle et une symptomatologie dépressive moyenne, avec syndrome somatique actuellement (F33.11). Ils précisent qu'il s'agit d'un trouble réactionnel à une surcharge professionnelle et à un

mobbing subi selon l'anamnèse. Ils font en outre les constatations suivantes: *"Actuellement il existe un retentissement modéré mais significatif des plaintes dans les activités de la vie quotidienne et du ménage d'un point de vue psychiatrique, dans le sens d'une fatigue persistante et d'un ralentissement psychomoteur modéré. En effet, l'assurée arrive à réaliser une partie des tâches ménagères mais avec difficultés, le reste étant effectué par son mari. Par ailleurs, elle conserve une hygiène personnelle irréprochable. Nous révélons de[s] limitations fonctionnelles significatives durant une journée type, dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré et d'une fatigue, dans un contexte de tristesse fluctuante. Toutefois, certaines activités restent encore possibles: réveil vers 6h00, prend un petit déjeuner, prend une douche, va sur la tablette (sites divers), regarde parfois des émissions diverses à la télévision, voit occasionnellement une amie et son fils pour partager un repas, courses, ménage, etc. Ces activités n'étaient pas possibles au début des arrêts maladies. [...] La concentration et les capacités cognitives sont pleinement conservées cliniquement ce qui est en nette contradiction avec un très faible score obtenu au test des matrices de RAVEN 1938. [...] Ceci fait état de capacités intellectuelles déficitaires, malgré des capacités de concentration conservées et un tableau clinique plaidant contre l'existence d'un déficit intellectuel, ce qui laisse supposer une exagération des plaintes cognitives. De plus, le discours de l'assurée est adéquat et circonstancié. En effet, l'examinée peut suivre des conversations nécessitant une concentration soutenue sans difficultés, comme lors de l'entretien d'expertise. L'expertisée parvient également à regarder des émissions diverses à la télévision. [...] L'expertisée se montre peu motivée pour une reprise professionnelle. Elle ajoute qu'elle a eu la détection précoce de l'Assurance Invalidité et estime ne pas pouvoir retrouver un emploi à un âge proche de la retraite. D'un point de vue purement psychiatrique, l'expert retient une répercussion des plaintes modérée, mais significative, en ce qui concerne un ralentissement psychomoteur modéré et une fatigue présente, mais compatibles avec une reprise professionnelle décalée dans le temps et progressive, auprès d'un autre employeur ou du chômage. [...] L'analyse des critères majeurs de la dépression selon la CM-10 ne permet pas de révéler actuellement les trois critères nécessaires pour évoquer un diagnostic d'épisode dépressif au sens de la CIM-10. La tristesse n'est pas présente durant la plupart de la journée et elle n'est pas aussi incapacitante qu'auparavant selon l'anamnèse. L'anhédonie est absente, mais la fatigue existe et a des répercussions modérées, mais significatives sur les activités de la vie quotidienne. Toutefois, selon l'anamnèse, les trois critères ont été présents par le passé, car l'assurée a présenté une fatigue importante et incapacitante dans le passé, ainsi qu'une tristesse significative présente la plupart de la journée et une anhédonie au moins partielle"*. Ils concluent ainsi qu'en tenant compte de l'ensemble du tableau clinique et de l'évolution positive objectivée, la capacité de travail médico-théorique de l'investiguée, uniquement auprès d'un autre employeur ou du chômage, est nulle jusqu'au 31.08.2017, de 50 % du 01.09.2017 au 30.09.2017 et de 100 %, sans diminution de rendement dès le 01.10.2017.

Dans son rapport du 30 novembre 2017 (dossier OAI, p. 132), le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), considère que le rapport d'expertise psychiatrique satisfait aux critères de qualité requis en la matière et que les conclusions de l'expert sont valides du point de vue médico-asséculo-logique. Il précise que l'aggravation annoncée par la psychiatre traitante à fin juillet comme réactionnelle à l'expertise psychiatrique ne remet pas en question la chronologie de la capacité de travail médico-théorique exigible telle que définie par l'expert.

Plusieurs rapports émanent également de la Dresse F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 7 décembre 2016 (dossier OAI, p. 44), elle explique que *"la patiente présente une personnalité fragile, par le passé, elle a déjà souffert à deux reprises de*

dépression. Sur son lieu de travail, elle est soumise à beaucoup de pression et rencontre des difficultés relationnelles avec sa cheffe. Au début de l'été 2016, fatiguée, épuisée, elle s'est décompensée sur le plan psychique avec un cortège de symptômes dépressifs". Elle pose le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et retient une incapacité de travail totale dès le 21 juillet 2016 pour une durée indéterminée. Dans un rapport du 16 mars 2017 (dossier OAI, p. 85), elle maintient le même diagnostic et l'incapacité de travail totale pour une durée indéterminée, mais reconnaît que "*actuellement, sous traitement médicamenteux, l'état psychique de la patiente s'améliore progressivement; elle a plus d'énergie, se sent moins angoissée et ose sortir seule de son appartement. Ses oublis sont moins fréquents*". Dans un rapport du 27 juillet 2017 (dossier OAI, p. 103), elle relève que l'état de santé s'est aggravé en faisant les constatations suivantes: "*Depuis deux semaines, notamment suite à l'expertise psychiatrique demandée par G. \_\_\_\_\_ Assurances, l'assurée présente une rechute de son état psychique avec un cortège de symptômes dépressifs (angoisses massives, attaques de panique, épuisement, fatigue, tristesse, insomnie, rumination, difficultés de la concentration, oublis, isolement social, idéation suicidaire, discours répétitif, agressivité, ...), ainsi que des difficultés relationnelles conjugales. Licenciée au 30 septembre 2017, l'assurée s'est inscrite au chômage; elle est fâchée, révoltée, car elle estime que ses problèmes de santé ne sont pas reconnus, alors que sa maladie l'empêche de travailler*".

Pour sa part, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, retient, dans son rapport du 3 janvier 2017 (dossier OAI, p. 52), les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs. Il explique qu'il s'agit d'une patiente très anxieuse ayant été victime d'un cancer du sein en 2005 qui est actuellement guérie sans récurrence. Elle souffre d'anxiété chronique de longue date pour laquelle elle est suivie par la psychiatre F. \_\_\_\_\_. Il ajoute qu'il n'a pas revu la patiente depuis août 2016. Il estime qu'une activité est encore exigible à 100 % pour autant qu'elle ne soit pas trop pénible.

Dans un courrier à caractère médical du 20 juillet 2018 produit à l'appui du recours, la Dresse F. \_\_\_\_\_ donne les indications suivantes: elle estime que la capacité de travail médico-théorique de la recourante était nulle jusqu'au 31 août 2017, elle atteste une capacité de travail de 40 % du 18 novembre 2017 au 31 mai 2018 et elle précise qu'à ce jour, l'incapacité de travail médico-théorique de la recourante est de 70 %. Enfin, à la question de savoir si l'expertise psychiatrique du Dr C. \_\_\_\_\_ remplit les conditions y afférentes, elle indique qu'il lui est difficile de répondre, la manière de procéder à une évaluation psychique dépendant de l'expert et n'étant soumise à aucune réglementation.

4.2. A l'appui de son recours, la recourante estime tout d'abord que son droit à la rente entière doit débuter le 1<sup>er</sup> juin 2017 et non le 1<sup>er</sup> juillet 2017 comme retenu par l'autorité intimée. Elle reproche en outre à l'autorité intimée de s'être basée uniquement sur le rapport d'expertise susmentionnée, dont elle conteste la valeur probante en indiquant qu'elle n'a été entendue que quelques minutes et que ce n'était même pas par l'expert signataire du rapport. Enfin, elle reproche à l'autorité intimée de ne pas avoir répondu aux arguments qu'elle a fait valoir dans ses objections au projet de décision.

4.2.1. S'agissant tout d'abord du grief selon lequel l'autorité intimée n'a pas répondu aux objections dans la décision querellée, il doit être rejeté. En effet, l'autorité intimée a clairement répondu aux objections à la page 5 de sa décision en donnant des explications tant sur le début du droit à la rente que sur son appréciation des rapports médicaux figurant au dossier.

4.2.2. S'agissant du grief relatif au début du droit à la rente, il doit également être rejeté. Comme l'autorité intimée l'a déjà indiqué dans la décision querellée et dans ses observations sur le



recours, un assuré ne peut avoir droit à une rente notamment que s'il a présenté une incapacité de travail moyenne de 40 % durant une année sans interruption notable. Ce délai de carence d'une année est l'une des conditions cumulatives ouvrant le droit à la rente conformément à l'art. 28 al. 1 LAI. Le délai de six mois dès le dépôt de la demande prévu à l'art. 29 al. 1 LAI est secondaire et ne s'applique que dans les cas où la demande a été déposée plus de six mois après le début de l'incapacité de travail durable. Dans le cas d'espèce, le délai d'une année est arrivé à échéance le 12 juillet 2017. Même si la demande a été déposée le 9 décembre 2016, l'assurée ne peut avoir droit à une rente avant le mois de juillet 2017. C'est donc à juste titre que le droit à la rente a été reconnu dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

4.2.3. S'agissant des reproches invoqués au sujet du déroulement de l'expertise psychiatrique, la Cour de céans estime qu'ils ne sont pas établis au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales. En effet, ils sont allégués pour la première fois seulement au moment du dépôt des objections complémentaires par le représentant de la recourante. Auparavant, la recourante n'en a jamais fait mention ni lors de son appel téléphonique du 9 mai 2018 (dossier OAI, p. 150), ni dans les objections qu'elle a déposées elle-même en date du 29 mai 2018 (dossier OAI, p. 154), ni dans le cadre de la procédure menée par son assureur perte de gain. Par ailleurs, dans le dossier de cet assureur, on trouve une attestation médicale rédigée le 5 juillet 2017 par la Dresse F. \_\_\_\_\_ qui confirme que la recourante s'est bien soumise à l'examen médical du 23 juin 2017 et ne fait mention d'aucun manquement de la part de l'expert. En outre, dans son courrier adressé le 24 août 2017 au médecin-conseil de l'assureur perte de gain, la psychiatre traitante ne fait également aucun reproche concernant le déroulement de l'expertise psychiatrique.

4.2.4. S'agissant de l'appréciation de la situation médicale de la recourante, la Cour de céans constate que le rapport d'expertise psychiatrique du 26 juin 2017 a été établi en pleine connaissance du dossier, qu'il se fonde sur des examens complets (un examen clinique, de nombreuses mesures psychométriques et une analyse de sang) et qu'il prend en considération les plaintes exprimées par l'expertisée. En outre, la description du contexte médical est claire et les conclusions de l'expert sont dûment motivées. On peut donc lui reconnaître une pleine valeur probante sur le plan formel.

Sur le fond, l'expert a reconnu que la recourante avait présenté un épisode dépressif sévère suite à une surcharge professionnelle et à un mobbing et a confirmé l'incapacité de travail totale attestée par les médecins traitants dès le 12 juillet 2016. Il reconnaît également que la capacité de travail de la recourante auprès du même employeur est nulle pour une durée indéterminée. Au moment de l'expertise, soit au mois de juin 2017, il constate toutefois une amélioration de l'état de santé en relevant que des symptômes présents auparavant ne le sont plus actuellement (*"l'assurée a présenté une fatigue importante et incapacitante dans le passé, ainsi qu'une tristesse significative présente la plupart de la journée et une anhédonie au moins partielle"*). Il constate ainsi que la tristesse n'est plus présente la plupart de la journée et qu'elle reste actuellement sans répercussions aussi significatives qu'auparavant sur les activités de la vie quotidienne. Il mentionne que l'anhédonie est absente et que l'assurée fait état de moments de plaisirs partagés avec son entourage. Enfin, il relève que la fatigue est certes encore présente mais qu'elle est moins incapacitante qu'auparavant. Ainsi, certaines activités, comme regarder des émissions à la télévision, surfer sur internet, voir occasionnellement une amie pour partager un repas, faire les courses, sont possibles, alors qu'elles ne l'étaient pas au début des arrêts maladie.

Cette amélioration avait d'ailleurs également été relevée par la psychiatre traitante dans son rapport du 16 mars 2017 (*"actuellement, sous traitement médicamenteux, l'état psychique de la*

*patiente s'améliore progressivement; elle a plus d'énergie, se sent moins angoissée et ose sortir seule de son appartement. Ses oublis sont moins fréquents").*

Les deux premiers rapports de la psychiatre traitante sont totalement concordants avec les conclusions de l'expertise psychiatrique. Elle retient un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en décembre 2016 et reconnaît une amélioration en mars 2017. Dans son rapport du 27 juillet 2017, elle relève une aggravation de l'état de santé. Elle précise toutefois que celle-ci fait suite à l'expertise psychiatrique mais ne se prononce pas du tout sur le contenu de celle-ci. Elle ne remet pas en cause les diagnostics retenus ni les conclusions de l'expert. Enfin, dans son courrier du 20 juillet 2018, elle répond qu'elle ne peut pas se prononcer sur l'expertise et se contente d'attester que l'incapacité médico-théorique de la recourante est de 70 %. Ses deux derniers rapports sont très succincts et ne contiennent aucune critique du rapport d'expertise. Ils ne sont donc pas suffisamment probants pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Il semble ainsi qu'il s'agit véritablement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Par ailleurs, les rapports médicaux de cette praticienne contenus dans le dossier de l'assureur perte de gain ne donnent pas plus de précisions. Ils contiennent même une certaine contradiction, puisqu'elle atteste une capacité de travail de 40 % depuis le 18 novembre 2017 (rapports du 16 novembre 2017, du 23 janvier 2018 et du 30 avril 2018), mais reconnaît en même temps, dans un courrier du 1<sup>er</sup> mars 2018, que l'assurée a repris un travail dès le 14 décembre 2017 à 21 % et qu'elle ne peut pas augmenter son taux d'activité en raison de son état de fatigue et d'épuisement. Cela démontre qu'elle est influencée par les propos de sa patiente, alors que l'expert faisait état d'une exagération des plaintes (notamment au niveau des troubles de la concentration, non objectivables cliniquement) et du manque de motivation pour la reprise du travail, l'assurée s'estimant proche de la retraite, alors qu'elle avait 53 ans au moment de l'expertise.

4.3. Sur la base des conclusions de l'expertise psychiatrique, l'autorité intimée a retenu que la capacité de travail de la recourante est nulle jusqu'au 31 août 2017 et qu'elle s'est notablement améliorée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017, ce qui justifie une modification du droit à la rente 3 mois après cette date, soit dès le 1<sup>er</sup> décembre 2017, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI.

S'agissant du calcul du taux d'invalidité du 1<sup>er</sup> au 31 décembre 2017, lequel n'est toutefois pas remis en cause par la recourante, il faut souligner que l'autorité intimée n'a pas appliqué le taux d'activité de 90 % au salaire d'invalidé (le salaire retenu de CHF 54'384.70 correspond à un taux d'activité de 100 %, alors que la recourante aurait vraisemblablement continué à travailler à 90 %, ce qui donne un salaire d'invalidé de CHF 48'946.20). Toutefois, cela ne change rien au résultat du degré d'invalidité de 0 %, puisque le salaire d'invalidé (CHF 48'946.20) reste plus haut que le salaire de valide (CHF 48'394.85). S'agissant du calcul du taux d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 faisant application de l'art. 27bis al. 3 RAI concernant le nouveau type de calcul pour la partie lucrative de la méthode mixte, il ne souffre d'aucune erreur et peut donc être confirmé.

Ainsi, malgré cette petite correction de calcul, le droit à une rente d'invalidité est effectivement supprimé dès le 1<sup>er</sup> décembre 2017, sans qu'il soit nécessaire d'évoquer encore le volet des tâches ménagères en raison de la répartition des activités (90 % pour l'activité lucrative et 10 % pour l'activité ménagère).

Cette solution peut être confirmée en l'espèce. En effet, même en tenant compte de l'augmentation progressive de la capacité de travail retenue par l'expert, lequel mentionne une capacité de travail de 50 % durant le mois de septembre 2017, le taux d'invalidité calculé pour le mois de décembre 2017, soit trois mois après cette première amélioration, est inférieur au taux de 40 % nécessaire pour conserver son droit à la rente.

5.

Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée.

Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

**la Cour arrête :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A. \_\_\_\_\_.
- III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.
- 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 13 février 2020/meg

Le Président :

La Greffière-rapporteuse :