



**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 321
608 2018 348

Arrêt du 22 avril 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition	Président :	Johannes Frölicher
	Juges :	Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud
	Greffière :	Tania Chenux

Parties

A. _____, recourante,
contre
**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité - assistance judiciaire (principe) - Rente initiale -
Capacité de travail - Fixation rétroactive par l'expert - Appréciation
des rapports médicaux

Recours (608 2018 321) du 3 décembre 2018 contre la décision du
31 octobre 2018 et requête d'assistance judiciaire partielle
(608 2018 348) du 27 décembre 2018

considérant en fait

A. A. _____, née en 1971, domiciliée à B. _____, divorcée et mère d'une fille âgée de 26 ans, est née en Russie, où elle a suivi une formation de comptable. Arrivée en Suisse en juin 2001, elle a travaillé comme ouvrière temporaire dans une boulangerie et a présenté un état dépressif sévère sans symptôme psychotique nécessitant une hospitalisation en 2003. Après avoir suivi une formation, elle a exercé comme collaboratrice administrative à plein temps dès le 1^{er} avril 2011. Elle a subi différentes périodes d'incapacité de travail, attestées médicalement à compter du mois d'avril 2014, qui conduiront, en novembre 2014, à son licenciement pour le 31 mai 2015. A l'automne 2015, elle a à nouveau été hospitalisée en milieu psychiatrique pour une dizaine de jours puis encore durant un mois à la fin de l'été 2016. En octobre 2017, elle a débuté une activité indépendante dans la vente de produits et de plats confectionnés par ses soins. Cette activité n'étant pas rentable, elle l'a arrêtée en mai 2018 et n'a plus repris d'activité professionnelle depuis lors.

B. Le 27 octobre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), alléguant souffrir d'un "burnout" et d'une "dépression".

Le cas a été pris en charge par C. _____ SA, assurance perte de gain maladie de l'employeur. Sur demande de cette dernière, l'assurée s'est soumise à une expertise auprès du Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Se fondant sur ce rapport, C. _____ SA a suspendu ses prestations dès février 2016.

Compte tenu de son incapacité de travail médicalement attestée, l'OAI a mis en place une mesure de réadaptation professionnelle sous la forme d'un stage auprès de E. _____, prévu du 15 février au 15 mai 2016, interrompu le 4 mai 2016 en raison de l'état de santé physique et psychique non stabilisé de l'assurée. L'office a également requis des avis médicaux auprès de ses différents médecins traitants. Le Dr F. _____ du Service médical régional (ci-après: SMR) a conclu, le 18 août 2016, que l'activité lucrative antérieure n'était plus exigible de sa part. Dans l'hypothèse où dite incapacité de travail devait perdurer au-delà de la fin 2016, il préconisait l'établissement d'une expertise psychiatrique afin de définir ses limitations psychiques.

A la demande de l'OAI, l'assurée s'est soumise à une expertise psychiatrique auprès du Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 17 août 2018, il conclut à une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'expertisée, telle celle exercée avant l'atteinte à la santé, exigible à 100 %, avec une diminution de rendement de 30 %. Il est d'avis qu'une telle activité aurait pu être reprise dès septembre 2014.

Par projet de décision du 12 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à une rente, le taux d'invalidité résultant de la comparaison des revenus, de 32,07 %, étant insuffisant à cet effet.

C. Malgré les objections de l'assurée du 5 octobre 2018, l'OAI a formellement refusé de lui allouer une rente, par décision du 31 octobre 2018 sur la base de l'avis de l'expert. Il a fixé le revenu d'invalidité à CHF 45'039.10, en se référant aux salaires statistiques de la branche 86-88 pour l'année 2014, étant donné que son contrat avait été résilié avec effet au 31 mai 2014 (*recte*: 2015). Comparé au revenu de valide de CHF 66'298.70, il en résulte un taux d'invalidité de

32,07 %, insuffisant pour lui permettre de prétendre à une rente. Enfin, l'autorité affirme avoir tenu compte de tous les documents figurant au dossier, dont l'expertise médicale du 17 août 2018 du Dr G._____ et les rapports du Dr H._____.

D. Contre cette décision, l'assurée interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 3 décembre 2018, concluant implicitement au renvoi de la cause pour nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, elle soutient que l'expertise médicale du Dr G._____ du 17 août 2018 fait abstraction de certains éléments médicaux, tels sa phobie suite à sa séquestration et les conséquences des situations traumatisantes qu'elle a vécues, à l'image de son mariage forcé ou des menaces de mort dont elle a fait l'objet. En outre, elle prétend que *"les éléments détaillés de sa vie privée semblent bien plus appartenir à des outils de dénigrement et d'humiliation sans lien avec le médical"*. Enfin, elle fait valoir que la capacité de travail retenue par l'OAI ne prend pas en considération les encadrements réguliers dont elle a encore besoin tels que psychiatre, psychologue et aide à domicile.

Par courriel du 3 décembre 2018 du même jour, la recourante dépose une attestation établie le 7 novembre 2018 par son psychiatre traitant, le Dr H._____, s'opposant au projet de décision de l'OAI, compte tenu de l'évolution de l'état psychique de sa patiente depuis son dernier rapport transmis à l'OAI en juillet 2016. Depuis lors, la capacité résiduelle ne dépasserait pas les 30 %, avec un rendement fluctuant.

Par courrier du 27 décembre 2018, l'assurée a déposé une requête d'assistance judiciaire partielle.

Dans ses observations du 11 février 2019, l'OAI conclut au rejet du recours. Au sujet de l'attestation médicale produite par l'assurée, il souligne qu'elle ne contient ni diagnostic, ni motivation susceptible d'expliquer les raisons qui ont conduit le médecin à retenir une incapacité de travail. Partant, l'OAI est d'avis que ce document ne peut remettre en cause les conclusions de l'expert-psychiatre.

Le 4 mars 2019, la Caisse de prévoyance du personnel de l'Etat, appelée en cause, a annoncé qu'elle n'avait aucune remarque à formuler.

Il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci 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.

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 est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

Partant, 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. 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).

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^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique – y compris 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. ATF 143 V 409), 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 pas à eux seuls 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. 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 LPGGA) 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 LPGGA) à 40 % au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité.

D'après l'art. 16 LPGGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail 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.

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

De jurisprudence constante, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2).

2.4. 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 no 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).

3.

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'assurée peut prétendre à une rente de l'AI, laquelle dépend d'une appréciation médicale de son état de santé et, ici, plus précisément, de la

valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr G._____, spécialiste en la matière, sur laquelle s'est basée l'autorité intimée pour fonder son refus de prestations.

3.1. Dans son expertise du 17 août 2018 (Dossier OAI, pièce 128), l'expert diagnostique un *"trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission avec des symptômes résiduels (F33.4), existant depuis 2003 au plus tard"* et un *"trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et narcissique (F61.0), existant depuis l'adolescence"*. Il a également diagnostiqué des *"troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.0), existant depuis 2015"* et une *"majoration de symptômes cognitifs pour des raisons psychologiques (F68.0)"*, ces deux diagnostics n'étant, selon lui, pas invalidants.

Pour rédiger ce rapport, l'expert s'est d'abord fondé sur l'examen du dossier asséculo-logique de la recourante et a, par ce biais, pu prendre connaissance des avis des médecins de cette dernière. Il a également rencontré la prénommée à deux reprises, soit le 7 juin 2018 (240 minutes) et le 12 juin 2018 (105 minutes). Il a ensuite fait mandater la neuropsychologue I._____ pour un examen complémentaire et a pu se fonder sur ses constats et conclusions.

Pour sa part, lors des entretiens, la recourante a pu présenter son parcours de vie et, notamment, rappelé qu'elle avait vécu de nombreuses situations traumatisantes telles que plusieurs tentatives de suicide dès l'adolescence, des viols, une séquestration, des attouchements sexuels par des membres de sa famille et un mariage forcé. Elle a aussi pu préciser que ses précédents mariages et sa relation avec sa mère avaient été difficiles. Elle s'est exprimée sur les troubles qui la touchent - par exemple une grande fatigue physique et des tremblements dans tout le corps - et décrit ses limitations dans sa vie quotidienne, notamment en lien avec la tenue de son ménage et sa capacité de concentration. Elle a par ailleurs pu évoquer les difficultés survenues dans le cadre de son précédent emploi, en lien avec un cumul de responsabilités et un conflit relationnel avec ses supérieurs.

Partant, la Cour retient que l'expertise est fondée sur des examens complets. L'expert a en particulier statué en connaissance de l'anamnèse et du contexte médical mais également professionnel, économique, familial et social de la recourante ainsi que sur la base de ses plaintes et de son ressenti, contrairement à ce que celle-ci prétend.

Force est de constater par ailleurs que l'expert explique de manière détaillée les motifs et les critères sur lesquels il a fondé ses conclusions. Soulignons qu'il rejoint celles du psychiatre traitant de l'assurée, le Dr H._____, celles du Dr D._____, psychiatre mandaté par l'assureur perte de gain de l'employeur, et du Dr J._____, psychiatre auprès de l'Hôpital psychiatrique de K._____, lesquels retiennent que l'expertisée souffre d'un trouble dépressif récurrent. Cependant, aux yeux de l'expert, les symptômes objectivés lors de son examen correspondent à un épisode dépressif *"actuellement en rémission avec des symptômes résiduels (F33.4)"* et non plus *"actuel sévère, en rémission partielle (F33.2)"* ou *"actuel moyen, en rémission partielle (F33.1)"*, ce en raison de l'évolution psychique favorable de la recourante. Son avis est convaincant; en particulier, il a mis en évidence les ressources dont a pu faire preuve l'assurée durant toutes ces années: nouvelle relation amoureuse au début 2015, achat d'un appartement en mai 2015 pour y accueillir sa fille et sa petite-fille, organisation de son mariage en Italie en 2016 avec deux voyages sur place, puis tentative pour en obtenir la reconnaissance en Suisse, préparation de plats russes pour les vendre sur les marchés, dans le cadre d'une activité indépendante mise sur pied courant 2017. Il relève par ailleurs qu'elle s'enthousiasme pour certaines émissions TV et évoque le plaisir de sa relation tant avec sa fille qu'avec sa petite-fille.

On doit admettre, avec l'expert, que les troubles dépressifs dont est atteinte la recourante semblent effectivement en rémission partielle depuis fin novembre 2014 début 2015 et qu'ils sont en particulier incompatibles avec un épisode majeur, de gravité moyenne ou sévère. Pour l'expert, la rechute de novembre 2015 (env. 10 jours en milieu hospitalier) est réactionnelle (crainte de perdre ses allocations perte de gain en raison d'un suivi médicamenteux insuffisant); elle démontre à son sens une évolution favorable et n'a pas impliqué de changement dans le suivi du traitement médicamenteux. Il en va de même de celle de 2016, en réaction à la non reconnaissance de son mariage, alors même qu'elle a été au préalable en état de faire deux longs séjours en Italie pour les préparatifs, sans mention d'aucune aggravation des symptômes alors qu'il s'agissait pourtant d'un changement de routine.

En revanche, l'expert ne cautionne pas d'autres causes d'incapacité de travail admises par le Dr J. _____ et la Dresse L. _____, psychiatre auprès de la Clinique de jour à M. _____, à savoir la "*personnalité anxieuse (évitante) (F60.6)*", la "*personnalité émotionnellement labile: type borderline (F 60.31)*", tout comme celle des "*troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1)*" ou "*syndrome de dépendance (F10.2)*". Toutefois, les rapports médicaux de ces psychiatres sont à mettre en lien avec l'hospitalisation survenue en août-septembre 2016 et l'incidence de leurs diagnostics sur la capacité de travail de l'assurée qui a pris fin avec le dernier contrôle survenu au 25 novembre 2016 dans le cadre du suivi à la Clinique de jour. Il y a dès lors lieu de relativiser ces avis, d'autant plus que la Dresse L. _____ renonce à se prononcer sur la capacité de travail de la recourante qu'elle estime toutefois possible dans son ancienne activité, accompagnée d'une baisse de rendement, sans plus de précision; elle évoque par ailleurs la reprise d'une activité à mi-temps dès que l'état psychique de la patiente le permettra.

S'agissant du syndrome de dépendance et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool d'utilisation nocive, soulignons en particulier que l'analyse faite par le psychiatre traitant rejoint celle de l'expert, démontrant que l'assurée ne présente pas de symptôme de sevrage physique, ni de signe de perte de contrôle de l'utilisation de la substance, de sorte qu'on ne peut admettre que ces diagnostics puissent affecter sa capacité de travail.

Même s'il a dûment tenu compte du lourd passé de la recourante et des violences dont elle a fait l'objet, contrairement à ce qu'elle prétend (expertise G. _____, dossier OAI, p. 312), il est vrai que l'expert n'a pas retenu de phobie ou d'angoisse persistante, mais plutôt la présence de traits anxieux, relativement discrets, lesquels ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre (expertise G. _____, dossier OAI, p. 326). Il s'est donc distancié en cela de l'expertise du Dr D. _____, mais il explique de manière circonstanciée les raisons y relatives. Cela étant, rappelons que les divergences sur les diagnostics ne sont en soi pas déterminantes, au contraire de leur incidence sur la capacité de travail.

En outre, l'expert insiste sur les incohérences entre le discours de la recourante et certains éléments objectifs de l'anamnèse et examens sur sa personne. Ainsi, celle-ci exprime une souffrance psychique qui contraste avec sa réactivité émotionnelle à des événements agréables, tels ceux déjà évoqués ci-dessus. De plus, contrairement à ses plaintes, elle ne montre pas de signe majeur de fatigue pendant deux examens de plus de trois heures, ni de diminution importante de l'attention ou de la concentration, par exemple lors de tests cognitifs après 240 minutes d'entretien. Par ailleurs, elle reste capable de faire face aux exigences de la vie

quotidienne et fait preuve de capacités d'organisation, par exemple concernant l'achat et la vente de son appartement, le changement de sa curatrice ou son activité indépendante.

Il résulte de ce qui précède que l'expertise du Dr G._____ d'août 2018 est conforme aux critères relatifs à la valeur probante d'un rapport médical et constitue une base de décision fiable pour l'Instance de céans. En particulier du point de vue des troubles psychiques, les limitations fonctionnelles de l'assurée, ses ressources de même que le traitement mis en place ont été passés en revue par l'expert, satisfaisant ainsi aux exigences posées en la matière.

3.2. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, l'expert estime que le trouble dépressif récurrent associé à un trouble mixte de la personnalité cause un dysfonctionnement relationnel, ce qui justifie une diminution du rendement de 30 % dans une activité adaptée exercée à 100 %. L'expert relève qu'une telle activité devrait laisser à l'expertisée un maximum d'autonomie dans l'organisation de ses tâches, sans travail en équipe, comme celle exercée pendant des années jusqu'en 2014. Alternativement, une activité dans la vente ou en tant que représentante commerciale, sans contact soutenu avec une clientèle, pourrait également lui convenir. Il fait remonter cette capacité de travail à 70 % à septembre 2014, soit le début de l'épisode dépressif en réaction à son conflit au travail. Il souligne que la recourante *"fait preuve d'une reconstruction de ses capacités et ressources, malgré des épisodes dépressifs moyens en novembre 2015 et août 2016"* (Dossier OAI, p. 333). Il estime qu'*"en faisant abstraction de ces plaintes aussi dramatiques qu'incohérentes, les éléments objectivables de l'anamnèse récente et de l'examen actuel ne permettent plus de retenir un épisode dépressif majeur"* (Dossier OAI, p. 336). Dans la détermination de la capacité résiduelle de travail, il a ainsi tenu compte de l'évolution sensible de la situation psychique de l'intéressée, qui malgré quelques rechutes, au demeurant de gravité moyenne, s'avère en définitive favorable. Il a enfin précisé qu'au lieu de renforcer son rôle d'invalidé par des bénéfices secondaires, une psychothérapie ainsi que l'augmentation de sa dose d'antidépresseurs seraient souhaitables afin de l'encourager à mettre en valeur ses ressources dans une activité professionnelle adaptée et de permettre une rémission complète de ses symptômes dépressifs. C'est dans cet esprit-là que le spécialiste a par ailleurs expressément déconseillé une aide au ménage, revendiquée pourtant par la recourante (expertise G._____, dossier OAI, p. 335).

S'agissant de la date de septembre 2014, elle repose sur le rapport médical du Dr N._____, spécialiste en médecine interne et générale, médecin traitant, lequel concluait, déjà dans son rapport du 21 novembre 2014, à une incapacité de travail de 30 % depuis le 8 septembre 2014.

De son côté, le psychiatre traitant de la recourante a attesté de périodes d'incapacité de travail beaucoup plus larges. Evoquant les répercussions de l'atteinte sur l'activité exercée, le médecin indique, en septembre 2015, que sa patiente présente un abaissement thymique avec une répercussion sur ses capacités cognitives, notamment les aspects attentionnels ainsi que relationnels, avec anxiété et des moments de crises d'angoisse. Soulignons, d'une part, que l'observation médicamenteuse a été remise en question par l'expert D._____, à juste titre d'ailleurs. D'autre part, des tests neuropsychologiques ont été ordonnés par l'expert G._____, lesquels ont démontré que les performances mnésiques de l'assurée sont très bonnes. Les tests attentionnels ont donné lieu à des résultats variables en raison de plusieurs incohérences et d'indicateur d'effort fourni insuffisant et irrégulier de la part de la recourante. Il n'a ainsi pas été possible à la neuropsychologue de se prononcer sur d'éventuelles limitations fonctionnelles neuropsychologiques qui lui semblaient toutefois peu vraisemblables au vu des excellentes

performances à certains tests et de la présence d'un bilan neuropsychologique antérieur (2015) ne mettant pas de troubles en évidence. Le diagnostic F68.0 de majoration de symptômes cognitifs pour des raisons psychologiques a en conséquence été retenu. Dans ces conditions, force est d'admettre que les limitations cognitives que retient son psychiatre traitant en lien avec sa capacité de travail ne sont pas confirmées ni par les tests effectués en 2015 ni par ceux réalisés en 2018. Il n'est dans ces circonstances pas possible de suivre l'avis de ce dernier. Le psychiatre indique au surplus que la problématique rencontrée par sa patiente tient à une grande difficulté à s'intégrer. Toutefois, cela n'est pas en contradiction avec l'exercice d'une activité à un taux plus important, tel celui préconisé par l'expert G. _____, respectant les limitations indiquées, à savoir l'autonomie dans l'organisation des tâches et, précisément, l'absence de travail en équipe.

Le 7 juillet 2016, le psychiatre traitant évoque une capacité de travail de deux heures par jour seulement, avec en sus une baisse de rendement et, dans son courrier de novembre 2018, une capacité résiduelle de 30 %, fluctuante. Il admet toutefois que la capacité de travail résiduelle est difficile à déterminer et que les taux figurant dans son rapport le sont à titre indicatif, *"la fatigue étant un symptôme subjectif difficilement évaluable et surtout difficile à bien inscrire dans le tableau thymique actuellement présent"*. C'est pourquoi, il recommande l'avis d'un expert neutre. Cette appréciation ne fait qu'attester une incapacité de travail à titre indicatif, selon les termes utilisés par le spécialiste, qui paraît en outre être surtout le reflet des plaintes de l'assurée et qui ne motive pas les raisons susceptibles d'expliquer la mesure de l'incapacité de travail retenue. Par ailleurs, après avoir indiqué qu'un avis d'expert neutre était nécessaire, le médecin est malvenu de s'opposer à l'avis de ce dernier, surtout s'il ne s'explique pas. Ceci sans parler du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (cf. ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les références).

Dans son expertise médicale du 16 novembre 2015, le Dr D. _____ a retenu une incapacité de travail actuelle complète mais il a estimé que la recourante pouvait reprendre une activité de travail moins stressante à 50 % dès le 11 janvier 2016 et à 100 % dès le 2 février 2016. Compte tenu de son traitement de l'hépatite, il souligne toute la difficulté de fixer la reprise à 50 puis à 100 %. Cette expertise ne saurait toutefois être comparée à celle du psychiatre G. _____ qu'elle ne parvient pas à contrebalancer. Elle est relativement peu étoffée, voire lapidaire en termes de capacité de travail, le médecin se bornant à évoquer un déconditionnement et notamment l'hépatite C comme obstacles à la reprise immédiate d'un emploi. Le psychiatre reconnaît surtout que la reprise d'une activité professionnelle moins pénible aurait dû être envisagée bien plutôt, activité qui aurait pu participer à la rémission des symptômes. On peut aussi lui opposer le caractère démonstratif de la recourante tel que mis en évidence par les tests neuropsychologiques évoqués ci-dessus. S'agissant en particulier de l'hépatite, force est de souligner enfin que le Dr O. _____, spécialiste en gastroentérologie à P. _____, qui suit l'assurée pour cette atteinte, a expressément déclaré, en octobre 2015, que celle-ci n'entravait en rien sa capacité de travail.

Cela étant, dite expertise a eu le mérite de mettre en exergue le manque de compliance médicamenteuse de la recourante qui ne saurait être pris en charge par l'assurance et qui peut également expliquer les bas taux de capacité résiduelle de travail retenus par certains médecins, lesquels ne saurient toutefois être suivis, pour toutes les raisons évoquées ci-avant.

Au vu de l'ensemble des éléments susmentionnés, la Cour de céans est d'avis qu'elle peut entièrement se baser sur l'expertise G. _____ et fait siennes les conclusions du psychiatre

selon lesquelles la recourante est en mesure d'exercer une activité lucrative à 70% avec quelques limitations tenant pour l'essentiel à éviter le travail en équipe et à préserver son autonomie, telle celle exercée avant ses problèmes de santé.

4.

Compte tenu de ce qui précède, il convient encore d'évaluer le degré d'invalidité de la recourante.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'autorité intimée s'est à juste titre basé sur les renseignements fournis par son ex-employeur pour l'année 2014, soit un revenu annuel de CHF 66'298.70.

Quant au revenu avec invalidité, l'OAI s'est fondé, pour ce faire, sur les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (tableau TA1_tirage_skill_level, secteur 3 services, division 86-88, activités dans le secteur social, catégorie 2). Cette manière de procéder échappe en soi à la critique; il paraît en effet justifié, ici, de tenir compte de l'activité et de la branche économique les plus proches de l'ancienne activité exercée par la recourante, puisque c'est ce genre d'emploi qui a été préconisé par l'expert. Cela étant, c'est l'année 2015, moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, qui est déterminante pour fixer les revenus, compte tenu de la fin du délai d'attente et du dépôt de la demande de prestations, sans toutefois que cela n'influe de manière déterminante le résultat final auquel parvient l'autorité intimée.

Selon les calculs de l'OAI, auxquels il n'y a rien à redire, sous réserve de ce qui précède, l'on parvient bien à un revenu d'invalidé de CHF 45'039.10 annuellement.

La comparaison du revenu sans invalidité de CHF 66'298.70 avec ce revenu d'invalidé de CHF 45'039.10 aboutit à un degré d'invalidité de 32.07 %, inférieur aux 40 % nécessaires à l'octroi d'une rente. Une adaptation des revenus à l'année 2015, ici déterminante, ne changerait rien à ce que le taux d'invalidité demeure largement en-dessous des 40 %.

C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a refusé à la recourante l'octroi d'une rente d'invalidité. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante.

5.

La recourante a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire partielle (608 2018 348) pour la procédure de recours (608 2018 321).

En l'espèce, il y a lieu d'admettre que le recours ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec.

Par ailleurs, la recourante est soutenue par le Service de l'aide sociale de Q._____. Dans ces circonstances et sans de plus amples démonstrations, la condition de l'indigence est en l'occurrence remplie.

Il convient ainsi de mettre la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite partielle dans le cadre de la procédure de recours (608 2018 321). Partant, les frais de justice qui ont été mis à sa charge ne seront pas perçus.

la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2018 321) est rejeté.
- II. La requête (608 2018 348) d'assistance judiciaire gratuite partielle est admise.
- III. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire partielle octroyée.
- 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 22 avril 2020/ape/tch

Le Président :

La Greffière :