



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

[www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc)

608 2024 130

## **Arrêt du 11 avril 2025**

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

#### **Composition**

Présidente : Daniela Kiener  
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux  
Greffier-rapporteur : David Jodry

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, recourante,**

contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité (révision)

Recours du 13 septembre 2024 contre la décision du 28 juin 2024

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_ est née en 1973. Mariée, mère de quatre enfants, tous désormais majeurs, elle est sans formation achevée. Elle a alterné de courtes périodes d'activités peu qualifiées, dans la vente ou le secrétariat, et des périodes de chômage. A partir de 2006, elle s'est occupée exclusivement du ménage familial. Le 21 août 2012, elle a débuté une activité de vendeuse. A partir du 1<sup>er</sup> octobre 2012, elle a été active en qualité de jeune cadre/vendeuse, à 100%. Le 6 novembre 2012, elle a été victime d'un accident professionnel: en se retournant, elle a heurté derrière l'oreille gauche une barre de métal pour suspendre des vêtements. N'étant plus retournée à son travail depuis, son contrat a été résilié le 7 décembre 2012, avec effet au 31 août 2013. De février 2015 au 10 mai 2017, elle a travaillé, à temps partiel (40% en moyenne) en qualité de vendeuse; elle a donné son congé pour le 31 juillet 2017, pour raison médicale.

B. L'assurée a déposé une demande de prestations AI le 8 octobre 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), pour atteinte psychique-psychiatrique (accident et maladie). Par décision du 27 mars 2018, après avoir obtenu une expertise psychiatrique auprès du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 23 juin 2016, l'OAI l'a rejetée. Le 22 juillet 2019, le Tribunal de céans a admis le recours (608 2018 106) du 26 avril 2018 contre cette décision, un quart de rente d'invalidité étant octroyé à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> avril 2015. Il était reconnu pleine et entière valeur probante à l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_.

Ce droit à un quart de rente a fait l'objet de la décision de l'OAI du 23 janvier 2020.

C. A partir du 1<sup>er</sup> juin 2019, l'assurée a été engagée comme vendeuse, puis vendeuse-gérante, au taux de 60% – soit davantage que le taux de sa capacité de travail de 50% reconnue. Le 29 décembre 2019, elle a subi un nouvel accident: elle a expliqué avoir posé des caisses pleines sur un diable, puis, en le tirant, avoir senti comme une décharge électrique sur le côté gauche et être tombée à la renverse sur des sacs remplis de jouets. Le 17 février 2020, son médecin généraliste traitante, la Dre C. \_\_\_\_\_, a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le même jour. L'assurée n'est plus retournée travailler depuis lors; la déclaration d'accident LAA a été établie le 4 mars 2020. L'assurée a bénéficié d'indemnités journalières jusqu'à la fin octobre 2020.

Le 21 octobre 2020, l'assurée a déposé une demande de révision de sa rente auprès de l'OAI. Elle indiquait être atteinte au dos ensuite de l'accident précité.

Après notamment la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (rhumatologie et psychiatrie), l'OAI a indiqué, le 21 août 2023, projeter le rejet de la demande de révision. L'assurée s'y est opposée le 12 septembre 2023. Le 10 mai 2024, l'OAI a rendu un nouveau projet annulant et remplaçant le précédent. Dans sa décision formelle du 28 juin 2024, confirmant le second projet de décision, il indiquait que l'expertise, notamment, avait montré que l'état de santé de l'assurée n'avait subi aucune aggravation depuis la dernière décision du 23 janvier 2020. L'exercice de l'activité habituelle ainsi que de toute autre adaptée restait exigible de la part de l'assurée à un taux de 50%, sans diminution de rendement. Cela étant, au vu d'un nouveau calcul du degré d'invalidité opéré selon la réglementation entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2024 (déduction, en l'espèce, de 20% sur la valeur statistique du salaire avec invalidité), le droit à la rente était de 58% (et non plus de 43.90%) depuis cette date.

D. Contre cette décision, l'assurée recourt auprès du Tribunal cantonal, le 13 septembre 2024. Elle demande d'abord que son recours soit admis et non considéré comme tardif, au vu des circonstances. Sur le fond, elle soutient que son état limite a atteint un tel niveau depuis quatre ans qu'elle n'ose presque plus sortir de chez elle tant son agressivité est haute hors domicile. S'y est ajouté une fibromyalgie la faisant souffrir jour et nuit. En outre, ces souffrances physiques amènent une dépression. Il est dès lors de sa responsabilité de demander son retrait de la société et du monde du travail car sinon, un drame va arriver. Elle dit exploser pour tout et pour rien, poursuivre des gens avec un couteau, etc. A la maison, elle est en revanche elle-même, douce, calme, en paix. De plus, son mari a depuis quitté le foyer (demande de divorce en cours) et la harcèle pour qu'elle travaille. Elle indique encore avoir un nouveau psychiatre, qui atteste son incapacité de travail totale.

L'assurée dépose spontanément une détermination le 23 octobre 2024. Elle explique en particulier avoir subi, début 2019, le réveil d'un trauma vieux de 40 ans et que toute la péjoration très forte de son état depuis ce moment en a découlé. D'où le fait que, dans son dernier travail, elle s'était montrée explosive, agressive, tricheuse, menteuse, etc. Elle n'a plus les moyens financiers d'être suivie pour sa fibromyalgie ni sur le plan psychique.

L'avance de frais de 800.- est payée dans le délai prescrit.

Dans ses observations du 6 novembre 2024, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. S'agissant du grief principal, soit la contestation de l'exigibilité médicale découlant de l'expertise bi-disciplinaire, il considère que celle-ci remplit les réquisits jurisprudentiels et doit se voir reconnaître une pleine et entière valeur probante. Les experts ont notamment rapporté et pris en compte les avis des médecins traitants de l'assurée.

Le 28 mars 2024, l'assureur LPP appelé en cause a renoncé à prendre position.

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

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

## **en droit**

1.

1.1. La décision attaquée est du 28 juin 2024; elle a été notifiée au plus tôt le 1<sup>er</sup> juillet 2024. Le recours du 13 septembre 2024 est dès lors en soi tardif, même compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement.

La recourante requiert cependant une restitution de délai. Elle invoque à cet effet, d'une part, ne pas comprendre l'allemand, langue dans laquelle les premières pages de la décision ont été rédigées, la motivation étant en revanche en français. D'autre part, à sa réception, elle s'était immédiatement enquis auprès de l'OAI, par courriel du 7 juillet 2024, de savoir si la modification/augmentation de la rente était en relation avec son "*dernier recours de juin 2024*" ou "*s'il n'y a[vait] aucun lien entre les 2*". Elle mentionnait être embrouillée et ne rien comprendre. Dans son courriel du 10 juillet 2024, l'OAI avait répondu: "*Non, cette augmentation n'est pas en lien avec votre recours mais en lien avec*

*une modification de la loi concernant le calcul du degré d'invalidité*". Ce n'est qu'après l'envoi de son courriel du 1<sup>er</sup> septembre 2024, que l'OAI lui aurait dit, à une date non précisée, que les dernières pages (la motivation) de la décision précitée concernaient le rejet de la demande de révision, et qu'il était désormais trop tard pour recourir.

1.2. La Cour ignore ce que serait le "*recours de juin 2024*"; l'assurée paraît évoquer là son "*appel*", à savoir ses objections au premier projet de l'OAI, de septembre 2023. Toujours est-il que l'autorité ne s'est pas prononcée quant à cette requête de restitution, mais a conclu au rejet, non à l'irrecevabilité du recours. D'autre part, elle a donné, le 10 juillet 2024, une information partiellement erronée en écrivant que la décision du 28 juin 2024 n'était pas en lien avec la demande de révision de l'assurée. Au vu de ce qui précède, singulièrement du contenu des courriels produits par la recourante, et pour protéger également sa bonne foi, on pourrait se demander s'il n'y aurait pas lieu de restituer le délai de recours et de déclarer le recours recevable, l'assurée ayant pour le reste recouru auprès de l'autorité judiciaire compétente et étant directement touchée par la décision attaquée. Etant relevé que l'assurée a agi le 13 septembre 2024, soit dans les trente jours courant depuis une date non déterminable mais postérieure au 1<sup>er</sup> du même mois (cf. art. 41 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1]). Cette question peut toutefois demeurer ouverte, le recours devant être rejeté quoi qu'il en soit.

1.3. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363).

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009, dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022).

1.4. Le 1<sup>er</sup> janvier 2024 est entrée en vigueur la modification du 18 octobre 2023 du RAI (RO 2023 635). Elle révisé l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI qui avait introduit avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 une nouvelle déduction forfaitaire de 10% sur le revenu d'invalidé établi sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité

fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1<sup>bis</sup> de 50% ou moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024, l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI prévoit ainsi qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'art. 26 al. 2 RAI et que si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1<sup>bis</sup> RAI de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée.

L'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI ajoute en outre qu'aucune déduction supplémentaire n'est possible. A cet égard toutefois, dans un arrêt récent (arrêt TF 8C\_823/2023 du 8 juillet 2024), le Tribunal fédéral a considéré que la réglementation, introduite début 2022 et en vigueur jusqu'à fin 2023, concernant l'évaluation du taux d'invalidité sur la base des salaires statistiques de l'ESS, est en partie contraire au droit fédéral et que les instruments pour corriger le salaire statistique de l'ESS déterminant dans un cas concret, afin de tenir compte de la situation de la personne assurée, en opérant dans certains cas une déduction forfaitaire, sont insuffisants. Si nécessaire, il convient donc de recourir en complément à la pratique du Tribunal fédéral en la matière appliquée jusqu'à présent (taux d'abattement jusqu'à 25% au maximum).

Dans sa lettre circulaire AI n° 432 du 9 novembre 2023 (chiffre 2), l'OFAS précise que tous les droits à la rente prenant naissance avant le 1<sup>er</sup> janvier 2024 sont régis par les dispositions du RAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023. Si le droit à la rente subsiste au-delà du 31 décembre 2023, les dispositions du RAI dans sa version en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2024 sont applicables à partir de cette date. L'augmentation de la rente prend alors effet au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

S'agissant plus précisément des rentes calculées selon l'ancien droit faisant l'objet d'une révision fondée sur les dispositions transitoires du 18 octobre 2023, la lettre circulaire AI n° 432 ajoute (chiffre 4 let. c) que, si l'évaluation du taux d'invalidité sur la base des dispositions du RAI, dans sa version valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, entraîne une modification du taux d'invalidité d'au moins 5 points de pourcentage, il y a lieu de passer au système de rente linéaire. Demeurent réservés les cas visés à la let. b al. 2 des dispositions transitoires de la modification de la LAI du 19 juin 2020, à savoir les cas où la modification du taux se traduirait par une baisse de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité ou par une augmentation de la rente en cas de réduction du taux.

1.5. Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 ne sont pas applicables. Le droit à la rente a en effet été reconnu à la recourante avant le 31 décembre 2021.

Par ailleurs, la capacité de travail de celle-ci étant, au moment du recours, de 50% dans une activité adaptée, il y aura lieu de calculer le taux d'invalidité en tenant compte de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023 en cas de modification de la capacité de travail et de gain, et dans tous les cas, pour la période à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2024, en tenant compte de l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI dans sa version révisée entrée en vigueur à cette date.

De ce fait, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (ci-dessus consid. 1.2) ne seront pas applicables jusqu'au 31 décembre 2023 s'il n'y a pas de modification de la capacité de travail et de gain, et le seront dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024 si le droit à la rente devait être modifié dès cette date.

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA 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).

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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2<sup>ème</sup> phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique 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). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). On conclura 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. Indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418).

2.3. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain

qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

2.4. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C\_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation.

2.5. L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

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).

La tâche de l'expert consiste à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter

de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales. Il y a en effet 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). On ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008).

2.6. En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6; 140 III 610 consid. 4.1; 135 V 39 consid. 6.1), le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; ce degré suppose bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance prépondérante est atteinte si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

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

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). 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 réf.; voir ég. 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).

3.

Doit être déterminé en l'espèce si le taux d'invalidité de l'assurée a subi une modification notable de sorte que son droit à la rente doit être révisé.

3.1. Pour sa décision du 27 mars 2018, l'OAI s'était notamment fondé sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr B. \_\_\_\_\_, du 23 juin 2016, lequel avait posé le diagnostic, avec effet sur la



capacité de travail, de personnalité état limite inférieur du registre abandonnique (sub-décompensée). Sur le plan somatique et neurologique, ni l'accident du 6 novembre 2012, ni celui du 4 mai 2015, ni leurs conséquences, ne justifiaient de retenir une atteinte à la santé déterminante au sens de l'AI. La capacité de travail était de 50%. La Cour de céans a partagé cette appréciation, reconnaissant pleine et entière valeur probante à l'expertise psychiatrique, mais fixant au 1<sup>er</sup> avril 2015, non au 1<sup>er</sup> janvier 2015, le début de l'incapacité de travail. Elle a recalculé le taux d'invalidité qu'elle a fixé à 43.90%, de sorte que l'assurée avait droit à un quart de rente.

3.2. Dans le cadre de la demande de révision, l'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire (rhumatologie et psychiatrie), dont le rapport a été transmis le 12 août 2023 (cf. dos. OAI 590).

Pour son appréciation, chaque expert s'est fondé sur l'étude de l'ensemble du dossier asséculologique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux a été en particulier mentionnée. Il a été fait état dans chaque partie de l'expertise notamment de l'anamnèse ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assurée et des observations cliniques réalisées. Les experts ne se sont pas contentés de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. Chaque expert a livré ses constatations objectives lorsqu'il a examiné personnellement l'assurée et observé son comportement. Il a analysé en particulier ses capacités, ressources et difficultés (limitations fonctionnelles). C'est de façon claire que chacun d'entre eux a apporté une conclusion à son expertise, répondu aux questions qui lui étaient posées, y compris quant aux options thérapeutiques à proposer. Chaque expertise partielle remplit ainsi les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître force probante sur le plan formel. Il en va de même de la partie consensuelle. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de l'expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales, étant rappelé pour le surplus la certaine réserve à observer, cas échéant, par rapport à un document provenant d'un médecin traitant.

La tâche de chaque expert consistait à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Cela étant, il revenait à l'OAI, au Tribunal désormais, de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'assurée, la compétence des médecins n'allant pas jusque-là (cf. arrêt TF 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 in SVR 2020 IV n° 48 p. 63). La simple possibilité d'une atteinte à la santé au sens d'une hypothèse insuffisamment vérifiée cliniquement ne suffit pas pour la retenir ici. La détermination d'un éventuel droit à la rente est fondamentalement indépendante du diagnostic et de l'étiologie; ce qui est essentiel, c'est si, et dans quelle mesure, il existe une altération de la capacité de travail ou de gain (cf. ATF 141 V 585 consid. 4.2.3, non publ. in SVR 2016 IV n° 102; arrêt TF 8C\_41/2019 du 9 mai 2019 consid. 7.3).

3.3. Sur le plan matériel, l'expert-rhumatologue (cf. dos. OAI 597), le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, n'a posé aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Sans cet effet, il retenait une fibromyalgie avec un score de Wolfe à 27/31 et un de Waddell à 4/5, une discopathie cervicale modérée C6-C7 avec protrusion discale ostéophyttaire discrète sans sténose significative (pas de compression radiculaire), une discopathie dégénérative modérée L4-L5 avec protrusion discale postérieure sans sténose du canal rachidien et arthrose inter-facettaire postérieure modérée en L4-L5 et L5-S1.

L'expertisée se plaignait de douleurs ubiquitaires, évoluant dans la journée de manière aléatoire, sans explication logique des changements ressentis de jour en jour; l'ensemble des articulations était concerné, mais principalement la colonne cervicale dont la mobilisation entraînait d'importantes tensions de tout le rachis. Elle estimait ses douleurs à 8/10 sur l'échelle EVA (Echelle Visuelle Analogique; auto-évaluation de l'intensité de la douleur). Elles la réveillaient vers 03h00 - 04h00; son sommeil n'était pas réparateur, elle se sentait fatiguée. Elle avait l'impression d'avoir moins de force, de rencontrer une difficulté à se mobiliser. Elle n'osait plus partir seule en voiture de peur de rester bloquée lorsqu'elle devait se lever de son siège. Elle pouvait marcher entre 30 minutes à 2 heures; il en allait de même du maintien de la station assise. Son mari et son fils cadet étaient compatissants, mais ne l'aidaient pas beaucoup dans les tâches ménagères.

S'agissant des critères de fibromyalgie, l'expert relevait, outre les scores susmentionnés, un WPI (Widespread Pain Index; indice de douleur généralisée) de 19/19 et un résultat de 8/12 points sur l'échelle de sévérité. Cela étant, sur le plan du statu rhumatologique, seules étaient observées une marche à petits pas avec une légère boiterie d'épargne à gauche et une mobilité spontanée difficile lors des changements de position. L'examen clinique complet était sans particularités, hormis une mise sous tension douloureuse pyramidale et du moyen fessier. L'examen neurologique était normal. Il n'existait aucun critère pour retenir un rhumatisme inflammatoire, avis partagé par le rhumatologue traitant, le Dr E. \_\_\_\_\_. L'assurée était relativement démonstrative, se plaignant à chaque effleurement ou à chaque geste de mobilisation. Elle était cependant demeurée assise tout au long de l'examen sans demander à se lever ni faire le moindre geste de gêne. Il y avait un parasitage modéré sur le plan des autolimitations. Les IRM avaient montré des troubles dégénératifs modérés, en accord avec l'âge de l'assurée. Les cervicalgies, les dorsalgies et le syndrome de dysbalance musculaire avec syndrome lombo-vertébral chronique n'avaient aucun effet invalidant. S'agissant de la fibromyalgie, responsable de l'ensemble des douleurs, le traitement tricyclique proposé par le Dr E. \_\_\_\_\_ pour rehausser le seuil de la douleur n'avait pas été mis en œuvre.

L'assurée était capable d'effectuer pratiquement l'ensemble des tâches pour l'entretien de son appartement, à l'exception des gestes nécessitant de soulever ses membres supérieurs en-dessus du moignon de l'épaule. Elle disait que toute activité entraînait une certaine fatigue et le besoin d'un repos subséquent, et qu'elle n'avait d'autre loisir que la promenade. Elle ne se voyait pas reprendre une activité professionnelle et envisageait mal actuellement être capable de la gérer.

Selon l'expert, pour éviter toute aggravation de ses troubles rachidiens, elle devait éviter toutes les activités non ergonomiques surchargeant le rachis dans sa totalité et le port de charges supérieur à 10kg. Moyennant le respect de ce profil d'effort, toute activité quotidienne ou professionnelle, dont celle habituelle de gérante, était exigible; elle pouvait conduire et se déplacer. La capacité de travail avait toujours été de 100%, sans perte de rendement, à l'exclusion d'interruptions de courte durée liées à des épisodes de blocage qu'elle avait rapportés.

3.4. Sur le plan psychiatrique (cf. dossier OAI 608), l'experte F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posait le diagnostic incapacitant de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.3). Au titre des diagnostics non incapacitants, elle retenait une dysthymie et des antécédents de sévices physiques dans l'enfance (Z62.810).

L'assurée disait ne plus sortir de chez elle, ne plus avoir de vie sociale depuis trois ans du fait de ses troubles physiques et psychologiques. Depuis son dernier accident, elle avait mal partout, des douleurs atroces, associées à des céphalées et des maux de ventre. Elle se réveillait souvent vers 3-4 heures du matin, ne pouvait plus dormir et se recouchait vers 10 heures, jusqu'à midi. Certains

troubles du sommeil existaient depuis ses dix ans, avant même d'avoir des douleurs. Elle avait eu une enfance affreuse, avec de la maltraitance physique et psychologique. Elle avait un trouble de la personnalité, une double personnalité, pouvant par exemple être aimante et adorable puis "*un monstre*". Et rendre des coups à qui l'avait frappée; elle ne sortait pas par peur d'être agressée. Elle se disait impulsive, Elle n'était pas soutenue dans les épreuves; son mari le faisait au début, mais actuellement, il ne comprenait pas sa situation; ils avaient même évoqué le divorce. Après son dernier accident fin 2019, elle était restée paralysée quatre mois. Elle marchait environ trois fois par semaine, s'arrêtant pour un café et jouer aux machines à sous, adorait cuisiner des heures, faisait de la pyrogravure. Parfois, sa voisine l'aidait pour certaines tâches ménagères; mais sinon, elle faisait toute elle-même; elle avait plus de douleurs le lendemain d'avoir passé l'aspirateur. Les achats étaient faits avec le mari.

Elle n'avait plus vu de psychiatre depuis l'arrêt d'activité de son psychiatre traitant, le Dr G. \_\_\_\_\_; elle pensait parfois à recommencer un suivi, pour que cela la sorte de chez elle; elle n'avait aucun traitement psychotrope hormis du Lexotanil en réserve, prescrit par son généraliste. Elle ne se voyait pas retravailler, estimant ses douleurs trop fluctuantes.

Pour l'experte, la mémoire était préservée, et il n'y avait pas de trouble de jugement ou du raisonnement, de ralentissement psychomoteur, de fatigue-fatigabilité, d'hallucination ou de délire. L'assurée n'était pas parvenue à diminuer sa consommation de cannabis, sachant que ça nuisait à ses relations sociales en la rendant plus méfiante, et elle avait besoin de quantités progressivement plus élevées pour avoir le même effet (tolérance) et parfois des symptômes de sevrage (nervosité). Elle présentait une dépendance moyenne selon le DSM V (5 symptômes sur 11).

S'agissant du trouble émotionnellement labile (F60.3; ou état limite; retenu aussi par les Drs G. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_), l'assurée n'avait pas ou plus peur des abandons, ni de relations instables et intenses. Elle présentait 5/9 symptômes, minimum pour poser ce diagnostic. Il y avait notamment un vécu persécutoire et une labilité de l'humeur, ce qu'avait déjà retenu le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 novembre 2014. L'experte estimait le trouble stabilisé, comme le montrait aussi l'absence de suivi (psychiatrique, psychothérapeutique ou médicamenteux) depuis des années. L'assurée était en couple depuis 23 ans. Elle disait que les gens la craignaient, car elle voulait toujours avoir raison; elle apparaissait aussi connaître un certain isolement relationnel, qui pouvait être en lien avec ce vécu persécutoire, mais aussi avec une peur de son impulsivité, de son agressivité ou avec sa dysthymie. Les limitations fonctionnelles – difficulté à créer et à entretenir des liens de qualité, à gérer son agressivité et à contenir ses émotions – étaient secondaires au trouble borderline. Le diagnostic différentiel était un trouble bipolaire.

Une dysthymie était admise, avec une modification du fonctionnement légère et se limitant à un certain isolement social, étant de plus relevé qu'elle avait toujours été assez isolée. Les symptômes étaient trop légers pour évoquer un diagnostic d'état dépressif. L'atteinte était la même que celle prise en compte par l'expert B. \_\_\_\_\_. Elle présentait des traits dépendants aussi.

L'experte n'avait pas de recommandations à formuler. Si l'assurée en sentait le besoin, elle pouvait refaire une psychothérapie mais ce n'est pas indispensable vu la stabilité du trouble borderline. Le traitement devrait alors plutôt viser une acceptation et une meilleure tolérance des douleurs fibromyalgiques. Mais ça n'aurait pas de conséquence sur la capacité de travail, qui était abaissée à cause de la fragilité de la personnalité, dont il faudrait toujours tenir compte dans l'évaluation de la capacité de travail. Le pronostic était réservé et péjoré par la fibromyalgie. Les capacités et ressources étaient essentiellement préservées ou modérément limitées. Des limitations dans le

contact et la conversation avec des tiers, ainsi que des capacités d'intégration dans un groupe ou de relations privilégiées, à deux, étaient significativement prononcées.

La capacité de travail dans toute activité, plutôt solitaire, était de 50%, sans perte de rendement, probablement depuis l'âge adulte. Il n'y avait pas de changements majeurs depuis l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_, mis à part les douleurs apparues depuis trois ans. Le trouble de la personnalité s'était davantage décompensé en 2016.

3.5. Consensuellement, les experts concluaient à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle ou une adaptée, pour des raisons psychologiques.

4.

4.1. Sur le plan somatique, la Cour souligne l'absence de substrat objectif pouvant expliquer les douleurs dont se plaint l'assurée et justifier une incapacité de travail déterminante. La situation est à cet égard semblable à celle existant lors de l'examen de la première demande (cf. arrêt TC 608 2018 106 précité, consid. 3.3.2). Les atteintes dégénératives mises en évidence sont compatibles avec l'âge de l'assurée. Le diagnostic, non invalidant, de fibromyalgie fait sens. Le traitement médicamenteux décontractant et tricyclique suggéré par le Dr E.\_\_\_\_\_ n'a jamais été mis en œuvre; or, un assuré, en vertu de son obligation de diminuer son dommage, doit tout entreprendre pour améliorer sa situation (réadaptation par soi-même). L'AI ne doit pas non plus, en principe répondre d'un déconditionnement physique. L'experte-psychiatre n'a pas fait mention d'un trouble d'allure somatoforme.

Sur le plan psychique, le diagnostic incapacitant et la capacité de travail retenus par l'experte F.\_\_\_\_\_ sont les mêmes que ceux de l'expert B.\_\_\_\_\_. L'experte pointe notamment la stabilité actuelle du trouble de la personnalité, dont témoignaient l'absence de la crainte d'abandon, une impulsivité moindre, et, notamment, le défaut de tout suivi psychiatrique pendant des années. Aucun traitement médicamenteux à visée psychique n'a en outre été instauré. Aucun élément médical n'a été apporté, qui montrerait que cette stabilité a été durablement remise en cause par la procédure de divorce engagée par le mari, dont l'expertisée avait d'ailleurs dit qu'ils en avaient déjà parlé. Un épisode dépressif ne peut être admis; il y a tout au plus, à l'instar de ce qu'avait observé l'expert B.\_\_\_\_\_, une dysthymie, non invalidante.

4.2. Aucun médecin traitant actuel ou ayant vu l'assurée après son dernier l'accident n'a fait état d'un possible trouble psychique important, ni n'a envisagé la nécessité de quelque mesure ou suivi qui soit à cet égard, ni n'a dirigé l'assurée vers un psychiatre. Seul le Dr H.\_\_\_\_\_, neurologue, a relevé qu'un accompagnement psychothérapeutique était indispensable pour permettre à la patiente d'essayer de regagner son état antérieur, attestant par là de la composante psychique et non somatique de la situation (cf. dos. OAI 405). Avec le départ du Dr I.\_\_\_\_\_, le suivi psychiatrique avait pris fin. Ce médecin n'a pas documenté une péjoration (notable) de l'état de santé de sa patiente après le premier arrêt du Tribunal de céans, ni post-décompensation que l'assurée affirme désormais avoir connue début 2019, ni post-accident de la fin de cette année. Ce n'est que le 28 août 2023, après réception du projet de décision du 21 du même mois, que l'assurée a vu à nouveau un psychiatre, le Dr J.\_\_\_\_\_ (cf. les objections du 12 septembre 2023, dos. OAI 641). Cependant, quatre mois plus tard, celui-ci est parti à la retraite (cf. recours, p. 1), sans avoir établi un rapport évoquant la capacité de travail de sa patiente, ni dirigé celle-ci vers un confrère. L'assurée est à nouveau demeurée sans suivi psychique, pendant presque un an (cf. *infra*). Il appert ainsi hautement probable que c'est en réaction avec le projet de décision précité qu'a débuté le court suivi de

l'assurée. Aucun élément médical ne justifie de s'écarter de l'appréciation de l'experte-psychiatre, à ce stade. A noter encore que la consommation de cannabis, si elle n'est pas secondaire à la maladie ni invalidante par elle-même, n'est pas anodine quant à ses effets possibles, tel un renforcement de la méfiance, et devrait être diminuée si ce n'est supprimée, ce dont ne saurait répondre l'AI.

4.3. Doit encore être déterminé si des pièces médicales jettent un doute sur l'expertise et ce qui précède. Or, la recourante n'en a produit qu'une, masquée, de sorte qu'on ne peut en lire le contenu. Il s'agirait d'un certificat mentionnant une incapacité de travail de 100%, établi par le nouveau psychiatre traitant (cf. recours, p. 3), le Dr K. \_\_\_\_\_, qui aurait été consulté pour la première fois après la décision attaquée (cf. le courriel de l'assurée, du 18 juillet 2024, annexé au recours). En tout état de cause, il ne s'agit pas d'un rapport médical à proprement parler mais d'un simple certificat qui ne saurait faire pièce à une expertise détaillée ayant pleine force probante. Il en va de même des dires de la recourante dans ses écritures, que ne soutient aucune pièce médicale.

4.4. Aucune péjoration notable de la capacité de travail et de celle de gain ne peut donc être retenue, de telle sorte que le maintien du droit à un quart de rente jusqu'au 31 décembre 2023 est conforme au droit. Pour le reste, les calculs de l'OAI fondés sur la nouvelle réglementation relative aux abattements forfaitaires applicables dès le 1<sup>er</sup> janvier 2024 ne prêtent pas le flanc à la critique, et l'octroi dès cette date d'une rente correspondant au degré d'invalidité de 58% d'une rente entière peut être confirmé.

5.

Il s'ensuit que le recours, autant que recevable, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

La procédure n'est pas gratuite. Des frais, par CHF 800.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils seront prélevés sur son avance de frais versée, du même montant.

*(dispositif en page suivante)*

**la Cour arrête :**

- I. Le recours, autant que recevable, est rejeté.
- II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par l'avance de frais du même montant.
- III. 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 11 avril 2025/djo

La Présidente

Le Greffier-rapporteur