

# FR\_GERICHTE 605 2013 6 vom 9. Januar 2015

FR Kantonsgericht, 2015-01-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2013\\_6](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_6)

FR: FR\_GERICHTE 605 2013 6 du 9 janvier 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2013 6 del 9 gennaio 2015

## Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 29

mai 2011. Au terme de ce deuxième stage et au vu des progrès constatés, l'OAI a prolongé cette mesure par décision du 6 juin 2011 jusqu'au 11 septembre 2011. Malgré les difficultés relevées, il a encore prolongé trois fois la mesure, par décisions du 15 septembre 2011 (pour la période du 12 septembre 2011 au 11 décembre 2011, avec augmentation progressive de la capacité de travail jusqu'à 80%), du 2 décembre 2011 (pour la période du 12 décembre 2011 au 11 mars 2012 à 80%) et du 20 mars 2012 (pour la période du 12 mars au 10 juin 2012). Dans son rapport du 22 mars 2012, le CEPAI a constaté que les problèmes extra-professionnels de l'assurée influaient fortement son intégration professionnelle (respect des horaires notamment) et que celle-ci devait les régler avant de pouvoir réintégrer le marché du travail. Il a préconisé dès lors qu'une expertise psychiatrique détermine s'il y a lieu de poursuivre une nouvelle mesure. L'OAI a, quant à lui, le 6 mars 2012, demandé au Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre G. \_\_\_\_\_, d'établir un rapport sur la situation médicale de l'assurée. Le 15 mai 2012, le Dr F. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il convenait de poursuivre l'accompagnement et les mesures de soutien à la réinsertion professionnelle. Néanmoins, dans son appréciation du 1er juin 2012, le CEPAI a constaté dans ce dossier peu d'évolution, une incapacité d'adaptation et un besoin impératif de soutien psychiatrique. Le 12 juin 2012, le Dr F. \_\_\_\_\_, en réponse à un questionnaire de l'OAI, a confirmé les difficultés d'adaptation au travail de l'assurée et son impossibilité d'entamer une activité professionnelle dans l'économie libre. Pour sa part, le Service médical régional (ci-après: SMR) de Berne, Fribourg et Soleure, à qui le dossier a été soumis, a recommandé, le 19 juin 2012, que l'assurée soit soumise à une expertise psychiatrique pour déterminer sa capacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 L'expertise psychiatrique a eu lieu le 25 juillet 2012. Elle a été réalisée par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie. En substance, ce praticien n'a pas adhéré aux constatations du Dr F. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, et a conclu à « un épisode dépressif moyen secondaire à une surcharge professionnelle et privée, motivant une incapacité de travail à 100% ainsi qu'un traitement psychiatrique intégré permettant une amélioration lentement progressive, plus perceptible depuis mai 2012 ». Il a mis en évidence une incapacité totale de travail du 1er janvier 2009 au 31 août 2012, avec une reprise du travail à 100% dès le 1er septembre 2012, dans une activité adaptée aussi bien que dans l'activité habituelle. Fort de ce constat, l'OAI a décidé d'une aide au placement en date du 29 août 2012. Le même jour, il a émis un projet de décision de rente entière d'invalidité, pour un taux d'invalidité de 80%, du 1er

septembre 2010 au 31 août 2012, sous déduction des indemnités journalières allouées pendant la période du 29 novembre 2010 au 10 juin 2012. Il a nié en revanche tout droit à la rente dès le 1er septembre 2012, considérant le degré d'invalidité comme nul dès cette date. L'assurée s'est déclarée opposée à la cessation du versement de la rente, arguant que son état de santé ne lui permettait pas de supporter la pression d'un travail. L'OAI a confirmé à l'assurée son projet de décision en date du 15 novembre 2012. Le 26 novembre 2012, il a rendu deux décisions de rente entière, la première portant sur la période du 1er septembre au 30 novembre 2010 et la seconde sur celle du 1er juin 2012 au 31 août 2012 (les autres périodes étant couvertes par les indemnités journalières). Le 21 décembre 2012, le Dr F. \_\_\_\_\_ a adressé une missive à l'OAI pour contester les résultats de l'expertise H. \_\_\_\_\_ sur laquelle l'OAI s'est fondé pour nier tout droit à une rente à compter du mois de septembre 2012. Il a attesté que sa patiente était en incapacité de travail jusqu'au

### **E. 31**

décembre 2012 car elle n'était médicalement pas apte à reprendre une activité professionnelle dans le secteur privé et dans l'activité d'employée de commerce ou dans la vente. Il n'a pas exclu une reprise progressive de l'activité professionnelle, mais a rappelé que sa patiente reste vulnérable. Il a préconisé enfin un coaching professionnel d'une durée de trois à six mois. B. Contre les deux décisions du 26 novembre 2012, l'assurée interjette recours auprès du Tribunal cantonal par courrier daté du 1er janvier 2013, mais portant le sceau postal du 10 janvier 2013. Elle estime ne pas être en mesure de travailler au vu de sa situation de santé. Le contenu de son recours ne satisfaisant pas aux conditions de recevabilité à la forme, le Tribunal lui a accordé un délai de 10 jours pour le compléter. La recourante a présenté un mémoire complémentaire le 7 mai 2013 par le truchement de Procap, à Bienne, qui la représente désormais. Dans son mémoire, elle fait valoir que les responsables du CEPAI retiennent un rendement maximal de 60 à 75%, lequel devrait encore être relativisé et émettent des doutes quant à la reprise d'une activité dans l'économie privée. Elle se fonde également sur le diagnostic du Dr F. \_\_\_\_\_ qui, bien qu'indiquant que la capacité de travail est susceptible de s'améliorer, a retenu toutefois une capacité de concentration, d'adaptation et de résistance limitée et indiqué que l'assurée devait trouver un travail au calme, dans un contexte valorisant et rassurant avec des horaires réguliers. De plus, la recourante fait valoir que le rapport de son psychiatre traitant est tout aussi convaincant que celui de l'expert-psychiatre mais constate qu'ils se contredisent quant à sa capacité de travail. Elle estime que l'OAI se devait, dans cette situation, de mener une instruction complémentaire destinée à déterminer l'évolution de son état de santé, plutôt que de se fonder uniquement sur l'avis de son expert.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 Enfin, elle critique le terme du droit à la rente en faisant application de l'art. 38a [recte : 88a] du règlement du 16 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et, de ce fait, retient que ce droit doit être prolongé de 3 mois encore. Le 14 juin 2013, elle s'est acquittée d'une avance de frais de 800 francs. C. Dans sa réponse du 13 septembre 2013, l'OAI propose le rejet du recours et fait valoir, en substance, que l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ répond en tous points aux exigences de la jurisprudence et qu'il était parfaitement fondé de se baser sur cette expertise plutôt que sur le rapport du psychiatre traitant. Il rétorque par ailleurs que ce dernier ne discute pas des divers points de l'expertise et ne remet pas en cause le diagnostic retenu ; tout au plus se borne-t-il à relever l'absence de test d'évaluation de l'humeur, lequel, selon l'OAI, n'a aucune valeur en soi, de sorte qu'il n'apporte aucun élément nouveau susceptible de

modifier les conclusions de l'expertise. Dans sa réplique du 11 décembre 2013, la recourante maintient ses conclusions et relève que l'OAI s'est borné à ne prendre en considération que les conclusions de son propre expert et n'a pas retenu en particulier le rapport émis par le psychiatre traitant en date du 17 avril 2013 qui complétait les conclusions de son rapport initial. L'OAI, dans son courrier du 29 janvier 2014, a maintenu ses conclusions. Appelée en cause, la Caisse de pension D. \_\_\_\_\_, a renoncé à faire valoir son droit d'être entendue par missive du 26 mars 2014. 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. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2. Les dispositions de la 6e révision de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), en vigueur depuis le 1er janvier 2012, ne sont ici pas applicables.

3. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le renvoi 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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. b) D'après l'art. 16 LPGA, 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. L'ancien Tribunal fédéral des assurances a jugé que les principes développés par la jurisprudence sur les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité s'appliquent en principe également sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343). 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 donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas. C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant

aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour ce faire, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174 et les références citées). c) 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 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 (Tribunal fédéral, arrêt non publié I 946/05 du 11.05.2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144 ; ATF 102 V 165 et les références citées). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin éventuellement aussi d'autres spécialistes 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 114 V 310, 105 V 156, 115 V 134 consid. 2, 125 V 261 consid. 4).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 ; RAMA 1996 no U 256, p. 217 et les références). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert 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 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (Tribunal fédéral, arrêt non publié B. [I 19/02] du 26.07.2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (Tribunal fédéral, arrêt non publié A. [9C\_201/2007] du 29.01.2008), l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur

bien-fondé. Ainsi le juge ne s'écartera pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 ss consid. 3b). Enfin, selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, pour respecter le principe de l'égalité des armes, lorsque l'OAI désigne un expert, il doit non seulement en informer l'assuré qui a le droit de le récuser et de former des contre-observations, mais il doit aussi lui fournir la liste des questions qu'il entend lui poser, l'assuré disposant à son tour d'un droit de poser des questions complémentaires (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). En outre, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). e) 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). 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. Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause S. [I 511/03] du 13 septembre 2004 consid. 2 et les références citées). Dans un tel cas, pour déterminer si un changement important s'est effectivement produit, il convient de comparer l'état de fait au moment de l'octroi ou du début de la rente avec celui existant au moment de la réduction ou la suppression de celle-ci (ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les références citées). A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3) 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 RAI (ATF 125 V 413 consid. 2d; Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause D. [I 21/05] du 12.10.2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière 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. 4. En l'espèce, la question litigieuse porte sur l'état de santé psychique de la recourante et plus spécifiquement sur les incidences de cet état de santé sur sa capacité de travail. S'agissant d'une rente dégressive, il s'agit non seulement de vérifier si son état de santé s'est amélioré dès le printemps 2012, permettant de supprimer la rente entière allouée jusqu'alors, mais également, conformément à la jurisprudence ci-dessus rappelée, si c'est à juste titre que cette dernière lui a été octroyée, quand bien même l'assurée ne remet pas en question cette première période. A cet égard, trois avis médicaux ont été émis sur les atteintes à la santé dont souffre la recourante. a) Un premier diagnostic de « trouble schizo-affectif dépressif F52.1 » a été posé le 18 juin 2009, par la Dresse C. \_\_\_\_\_, à qui l'assurée avait été adressée par son médecin de famille, diagnostic qu'elle a confirmé dans un rapport du 2 mai 2010. Dans ce même rapport, elle fait état

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 d'un pronostic réservé : « La patiente a pu progressivement reprendre une activité professionnelle moins exigeante qu'auparavant mais son rendement demeure, à l'heure actuelle, pas plus qu'à 25%. A la fin de l'année, elle doit quitter son emploi et je crains qu'elle ne puisse pas récupérer jusqu'à la fin de l'année, la capacité de travail qu'elle avait avant l'atteinte à la santé, étant donné la précarité de son état psychique et le fait d'une lente évolution de sa pathologie malgré un traitement approprié ». Le traitement en question a consisté en une prise en charge psychologique, des antidépresseurs et des neuroleptiques. Le 1er décembre 2011, la Dresse C. \_\_\_\_\_ a émis un nouveau rapport médical dans lequel elle fait état, dans un premier temps, d'une amélioration de l'état de santé de sa patiente qui « (...) ne se sentait pas déprimée et évoquait une meilleure capacité à s'affirmer ainsi qu'à prendre des initiatives. Elle se décrivait comme davantage dynamique et motivée (...). Elle relevait également une amélioration de ses capacités de concentration. Elle signalait avoir pris de la distance face aux difficultés vécues par le passé et s'en sentir libérée (...). » Mais, quelques jours après la consultation, la patiente a de nouveau présenté des problèmes psychiques : « Quelques jours plus tard, elle m'a fait part d'une dégradation de son état psychique sous forme de recrudescence d'angoisses et une difficulté à assumer le programme de réinsertion professionnel (sic) en rapport avec des problèmes survenus dans le cadre de son entourage ». L'assurée a été placée en incapacité de travail d'une durée de 5 jours, sans interruption de la mesure de réinsertion. Le second avis médical émane du Dr F. \_\_\_\_\_, à qui l'OAI a demandé un rapport. Il a été effectué le 15 mai 2012. Le psychiatre a posé le diagnostic d'une « difficulté liée (sic) à l'emploi (épuisement professionnel) » ainsi qu'un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ». Il ne mentionne pas de trouble schizo-affectif mais rend, lui aussi, un pronostic réservé et préconise la poursuite du traitement médical (traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré) ainsi que le soutien dans les mesures de réinsertion professionnelles. Dans un rapport ultérieur du 12 juin 2012, ce praticien a confirmé que l'état de la patiente était stationnaire, qu'elle « a actuellement de la

peine à s'organiser ; elle est très vite dépassée par les activités à faire. Son fonctionnement est légèrement ralenti, avec de la difficulté à s'adapter directement à la situation et une réflexion légèrement ralentie. Elle a également une grande difficulté à demander de l'aide lorsqu'elle est dépassée ». Il a encore ajouté que « l'économie libre mettrait [la recourante] en situation d'échec, ce qui accentuerait son état dépressif et d'angoisse, et péjorerait encore plus l'accès à ses ressources et compétences personnelles ». Pour ce médecin, l'état de santé est stationnaire et il n'y a pas d'évolution. Par la suite, ce médecin s'est substitué à la première psychiatre et est devenu le psychiatre traitant de l'assurée. Appelé à se prononcer à son tour, le SMR a mis en exergue, dans son rapport médical du 19 juin 2012, une divergence de diagnostics entre les Drs C.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, laquelle générerait une incertitude pour laquelle une expertise psychiatrique s'impose « Compte tenu de l'âge de l'assurée, du fait qu'il y a une incertitude diagnostic [sic] (le pronostic d'un trouble schizo-dépressif, type dépressif n'est pas du tout le même que celui d'un trouble dépressif récurrent) et des incertitudes sur les liens de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de travail, nous recommandons une expertise psychiatrique ». Le troisième avis médical constitue l'expertise psychiatrique réalisée à la demande de l'OAI, par le Dr H.\_\_\_\_\_. Cet expert-psychiatre a observé, dans le status psychiatrique de l'assurée, que « la présentation, le contact et la collaboration de cette assurée sincère et authentique sont bons, la cognition est dans la norme, l'orientation aux trois modes est bonne, on ne retrouve ni troubles de mémoire, ni ralentissement psychomoteur ni agitation, le discours est cohérent : on ne retrouve pas de trouble du cours de la pensée ou du contenu de la pensée, l'assurée partage le focus d'attention ». Il a encore ajouté que l'examen psychiatrique a mis en évidence : « un moral plutôt

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 abaissé avec tristesse perceptible, sans irritabilité, avec fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire (...) ». Il n'a pas trouvé de troubles de la personnalité dans les traits de caractère de l'assurée. Il observe « les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger (...) ». Il a également analysé le premier diagnostic posé par la Dresse C.\_\_\_\_\_, mais l'a réfuté : « nous ne retrouvons pas, anamnètement ou cliniquement, de critère-symptôme CIM-10 en faveur du diagnostic proposé, qui n'est pas non plus repris dans le second psychiatre traitant (sic) ; nous nous éloignons donc de l'appréciation de cette praticienne ». Il a également examiné le second diagnostic du psychiatre traitant (« difficulté lié à l'emploi, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen ») et ne l'a pas non plus suivi, en raison du fait que, « selon les critères CIM-10, le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne peut être envisagé en l'absence d'un premier épisode dépressif attesté, traité et résolutif suivi d'une période blanche avant le second d'épisode dépressif (sic). L'anamnèse de notre assurée ne nous renseigne que sur une absence de symptomatologie somatique ou psychique antérieurement à 2009. Nous ne pouvons, donc, suivre le diagnostic proposé par le psychiatre traitant ». Il ajoute encore : « Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer. Nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 25 juillet 2012 met en évidence un épisode dépressif moyen secondaire à une surcharge professionnelle et privée, motivant une incapacité de travail à 100% ainsi qu'un traitement psychiatrique intégré permettant une amélioration lentement

progressive, plus perceptible depuis mai 2012. Cette amélioration, constatée lors du présent examen, doit être confirmée à trois mois à compter de mai 2012 soit le 30 août 2012. Reprise du travail ou inscription au chômage à 100% à compter du 1er septembre 2012 ». Le psychiatre traitant de l'assurée a eu l'occasion de se prononcer sur le rapport d'expertise à deux reprises : la première fois le 21 décembre 2012 et la seconde fois le 17 avril 2013. Dans sa première prise de position, il a critiqué les conclusions de l'expertise en ce sens que la patiente n'est médicalement pas apte à reprendre une activité professionnelle dans le secteur privé. S'il n'a pas nié une évolution positive et progressive de l'état de santé, recoupant par-là les conclusions de l'expert, il a rappelé que la patiente reste fragile et sous traitement combiné de deux antidépresseurs avec une psychothérapie au rythme bimensuel. Selon lui, sa patiente restait vulnérable et des mesures de coaching et d'accompagnement professionnels sont nécessaires. Dans sa deuxième prise de position, plus élaborée, il a considéré « qu'il ressort très clairement qu'au moment où elle a diminué son taux d'activité, [la recourante] souffrait déjà de dépression. Nous estimons ainsi le début de la dépression de [la recourante] à septembre-octobre 2008 ». S'il a partagé les doutes de l'expert quant au diagnostic de la première psychiatre, il a néanmoins nuancé son appréciation : « nous estimons possible que [la recourante] ait présenté quelques symptômes psychotiques comme cela peut arriver au cours d'un épisode dépressif sévère. Elle décrit avoir été confuse et désorientée durant cette période. Lorsque nous avons fait sa connaissance en octobre 2011, puis en janvier 2012, [la recourante] présentait un état dépressif moyen à sévère ». Il a aussi expliqué qu'au cours des mois de traitement, une modification médicamenteuse a dû être réalisée afin de permettre une évolution positive de l'état de santé, bien que celle-ci fût lente et que l'assurée présentait toujours un « trouble dépressif récurrent avec risque de rechute majeure sans accompagnement à la réinsertion professionnelle ». Ajoutée aux mesures de réinsertion de l'AI et au vu des constatations du CEPAI quant à sa rentabilité, il est arrivé à la conclusion qu'il était prématuré de considérer l'assurée comme pleinement apte au travail.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 b) Du point de vue de la réinsertion professionnelle, l'assurée a été mise au bénéfice de mesures du 29 novembre 2010 au 6 juin 2012. Après les deux premières mesures, qualifiées positivement par les responsables du stage, ces derniers ont constaté, dans leur rapport du 30 mai 2011, au cours de la 3ème prolongation, que l'assurée n'avait pas progressé, malgré des aménagements d'horaire. Ils ont estimé le rendement tout au plus à 75% et encore en relativisant ce chiffre en raison de l'aspect qualitatif décevant du travail. Néanmoins, ils ont préconisé la poursuite de la mesure, laquelle a été prolongée de treize nouvelles semaines par décision de l'OAI du 6 juin 2011 (30.05.2011 – 11.09.2011). Dans leur rapport du 2 septembre 2011, les responsables du stage font état de « gros progrès », d'une capacité de travail à 50% et ont recommandé d'organiser un nouveau stage pour consolider ces progrès constatés. L'OAI a confirmé cet avis en date du 15 septembre 2011, pour un nouveau stage d'entraînement du 12 septembre 2011 au 11 décembre 2011, avec augmentation progressive de la capacité de travail jusqu'à 80%, puis, le 2 décembre 2011, il a décidé d'une nouvelle prolongation de cette mesure à 80% du 12 décembre 2011 au 11 mars 2012, après avoir constaté, dans le rapport du CEPAI du 5 décembre 2011, une poursuite de l'amélioration de la situation. Au cours de ce stage, l'assurée a eu l'occasion de passer dix jours auprès de la résidence I. \_\_\_\_\_, soit hors institution. Enfin, une dernière prolongation a été accordée à la recourante du 12 mars au 6 juin 2012. C'est en tout à six reprises que l'OAI a décidé des mesures de réinsertion. Au cours de ces périodes, on retient que la situation de l'assuré a beaucoup fluctué. Ainsi, dans

le bilan du 29 novembre 2010 au 27 février 2011, le CEPAI écrivait : « Globalement la mesure s'est bien déroulée et les perspectives sont encourageantes pour [la recourante]. Les difficultés principales ont été le passage à 4 heures de présence journalière ainsi qu'une certaine peine à se concentrer sur la tâche, ses problèmes personnels ayant tendance à prendre le dessus, sans toutefois compromettre les activités effectuées ». En revanche, dans le rapport de stage à 50% du 28 février au 29 mai 2011, le CEPAI, dans ses conclusions, fait état d'une situation plutôt négative: « Globalement, [la recourante] n'a pratiquement pas progressé pendant ce stage, malgré les aménagements d'horaire et ses déclarations de vouloir aller de l'avant. Elle est encore trop préoccupée par ses problèmes personnels, même si les choses avancent. (...) Les objectifs ont été fixés, les plus importants sont le respect de la ponctualité et une diminution des absences, ainsi qu'une attitude proactive de votre assurée ». Dans le rapport concernant le stage du 30 mai au 11 septembre 2011, le CEPAI était plutôt optimiste : « [la recourante] a fait de gros progrès dans cette mesure. Elle retrouve ses compétences professionnelles et progressivement sa confiance en elle. Elle est plus active, plus présente, plus responsable. Elle s'investit dans son travail (...) ». Dans le bilan suivant (stage du 12 septembre au 11 décembre 2011), la progression est à nouveau relevée, mais il est mentionné que la recourante « reste par contre encore fragile et la fatigue compromet la qualité de son travail et provoque parfois le non-respect des horaires, voire l'absentéisme. Un horaire de 60% est la limite de sécurité aujourd'hui ». Le rapport sur le stage du 12 décembre 2011 au 11 mars 2012 est plus pessimiste. Si l'employeur (ndlr : I. \_\_\_\_\_) se montre globalement satisfait du stage et pense que la recourante serait apte à travailler à 70%, il y a encore des soucis quant à sa situation personnelle : « nous pensons que [la recourante] doit impérativement régler ses problèmes extra-professionnels. Il n'est pas évident qu'elle soit actuellement en mesure de s'occuper à régler les problèmes cités et de réussir une intégration professionnelle. Elle a régulièrement tenté de tenir ses engagements, mais des angoisses non exprimées ont toujours pris le dessus. Même après l'adaptation du taux d'occupation et de l'horaire à sa demande, la ponctualité n'a été respecté (sic) qu'un jour sur deux ». Encore plus alarmant est le bilan du dernier stage du 12 mars au 10 juin 2012 qui parle de « manquer de ressource », que la recourante « n'a jamais retrouvé une stabilité et une sérénité suffisante pour un emploi », qu'en dépit d'une « adaptation du taux d'occupation et de la répartition de l'horaire souhaités, [la recourante] n'a pas vraiment réussi à s'adapter à ses propres normes ». En résumé, plus la

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 recourante a été astreinte à un travail qui se rapprochait des exigences du marché du travail, plus elle peinait à trouver ses marques. c) Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate au préalable que, sur le fond, les constatations des deux psychiatres ne sont pas si opposées : ils admettent tous deux que le premier diagnostic psychiatrique était erroné, que la patiente souffre bien d'un épisode dépressif moyen avec épuisement professionnel; leur divergence essentielle, mais en soi sans incidence significative pour juger de la question litigieuse, porte sur l'existence ou non d'épisodes antérieurs de dépression pour retenir un trouble dépressif "récurrent". Les deux psychiatres observent en outre tous deux également que des progrès ont été constatés dans sa capacité de travail. Ils s'opposent cependant sur le moment du recouvrement de la pleine capacité de travail. Pour l'expert, au moment de l'examen, soit à fin juillet 2012, la situation était sans équivoque : « Cette amélioration, constatée lors du présent examen, doit être confirmée à trois mois à compter de mai 2012 soit le 30 août 2012. Reprise du travail ou inscription au chômage à 100% à compter du 1er septembre 2012 ». Depuis le mois de mai 2012 donc, selon l'expert, l'assurée était pleinement apte au travail ; il a encore laissé un

battement de trois mois pour confirmer cette analyse. Pour le psychiatre traitant, en revanche, l'amélioration constatée ne permet pas encore de considérer l'assurée comme pleinement apte au travail. Elle reste fragile et a besoin impérativement de mesures d'accompagnement. Il a en tout cas prolongé l'incapacité de travail à 100% jusqu'au 31 décembre 2012. Cette appréciation semble être confirmée par les observations constantes faites par les responsables du stage du CEPAI puisqu'ils estiment en l'état, surtout dans leur dernier rapport d'évaluation du 1er juin 2012, que la recourante « n'a jamais retrouvé une stabilité et une sérénité suffisante pour un emploi », qu'en dépit d'une « adaptation du taux d'occupation et de la répartition de l'horaire souhaités, [elle] n'a pas vraiment réussi à s'adapter à ses propres normes », même s'ils ont reconnu que des progrès ont été accomplis depuis les premières mesures en novembre 2010. Les rapports émis par les organisateurs des mesures de réinsertion de l'AI ne constituent pas en soi des éléments probants pour se forger une opinion sur la situation médicale d'un assuré, lesquels relèvent des seuls médecins, mais ils constituent néanmoins des éléments qui peuvent apporter un éclairage supplémentaire à l'aune des constatations émanant de l'un ou l'autre rapport ou expertise et aider ainsi le juge à pouvoir se déterminer sur la question. Il n'en demeure pas moins que, lors de tels stages, l'assuré peut influencer son rendement, que ce soit de manière consciente ou inconsciente, et il peut dès lors être particulièrement ardu de réussir à émettre un avis objectif sur sa capacité de travail, ce d'autant plus lorsque l'on se trouve en présence de troubles d'ordre psychique. En l'occurrence, dans la présente affaire, les deux rapports remplissent globalement les exigences de la jurisprudence ci-dessus rappelée pour être pris en considération. Les deux psychiatres admettent une dépression moyenne invalidante. Tout au plus divergent-ils quant au moment où il y a lieu de considérer une amélioration de la symptomatologie. Il y a un écart de 6 mois entre les dates retenues par les deux médecins, l'expert la situant en mai 2012 alors que le psychiatre traitant la fixe à décembre de cette même année. A cet égard, la Cour constate que la recourante souffre de dépression moyenne avec épuisement professionnel, portant sur une période allant des mois d'août 2009 à mai 2012, à tout le moins. Rappelons que, selon la jurisprudence, des troubles psychiques légers à moyens de nature dépressive ne sont en principe pas à eux seuls invalidants et sont des atteintes dont on peut en principe guérir grâce à un traitement (cf. ATF 130 V 352 et arrêts 9C\_832/2012 du 20 juin 2013 et 9C\_437/2012 du 6 novembre 2012); quant à l'épuisement professionnel, il n'est en tant que tel pas

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 non plus une atteinte à la santé propre à ouvrir droit aux prestations (cf. Tribunal fédéral, arrêt 8C\_302/2011 du 20 septembre 2011). En l'espèce, compte tenu des avis convergents des deux médecins spécialistes et des observations réalisées durant les stages (inconstance dans la qualité du travail de la recourante et de son rendement, difficulté à gérer ses horaires, alliée à un absentéisme régulier, impossibilité d'augmenter le taux d'activité, fluctuations importantes constatées au cours des divers stages : autant d'éléments constituant des composantes essentielles d'un travail dans l'économie libre), il est possible d'admettre ici que les manifestations de la dépression ont eu une influence décisive sur la capacité de travail de l'assurée. A cet égard, il sied de suivre les avis des médecins et de considérer une période d'incapacité totale de travail de 2009 à 2012, débouchant sur une rente entière d'invalidité du mois d'août 2010 au mois de mai 2012. En revanche, dès le mois de mai 2012, les atteintes à la santé se sont améliorées et la dépression a pu être surmontée. L'assurée admet du reste elle-même une amélioration de son état de santé progressive plus perceptible depuis mai 2012. En traitement de longue date, il apparaît dès lors vraisemblable que ce dernier a effectivement

porté ses fruits. Certes, il est fait état de difficultés persistantes d'adaptation au monde du travail, mais il sied de relever également que bon nombre de facteurs étrangers à l'invalidité semblent jouer un rôle non négligeable dans son éloignement du monde du travail (enfant à problème, divorce difficile). Ces facteurs n'entrent pas en considération dans la fixation de l'incapacité de travail et de gain. On peut donc se reposer sur l'expertise psychiatrique et les propres déclarations de la recourante pour admettre une amélioration notable de la symptomatologie depuis le mois de mai 2012. L'OAI a fixé le début de la rente une année après la production du premier certificat d'incapacité de travail, soit dès le 1er septembre 2010. Conformément aux conclusions de l'expertise, il a estimé que l'état de santé de la recourante s'était amélioré à compter du 31 mai 2012, date à partir de laquelle il a considéré qu'elle avait recouvré son entière capacité de travail. A cela, il a encore rajouté 3 mois, conformément à l'art. 88a RAI, pour s'assurer de la persistance de la rémission, et supprimé la rente au 31 août 2012. Dès lors, la décision de l'OAI ne peut être confirmée. 5. Sur le vu de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge de la recourante qui succombe et compensés avec l'avance du même montant.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais du même montant. III. Aucune indemnité de partie n'est allouée. IV.

Communication. 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 9 janvier 2015/ESC Présidente Greffier-stagiaire

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.