

FR_GERICHTE 605 2021 16 vom 20. Dezember 2021

FR Kantonsgericht, 2021-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_16

FR: FR_GERICHTE 605 2021 16 du 20 décembre 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2021 16 del 20 dicembre 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 26

octobre 2020. Elle a demandé un nouveau projet de décision (dossier OAI, p. 537 et 538). D. Par acte du 21 janvier 2021, la recourante, désormais représentée par Me Overney, avocat à Fribourg, interjette recours contre la décision. Elle conclut, avec suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à la mise en œuvre d'une mesure d'insertion, puis de mesures d'ordre professionnel ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité complète à compter du 29 octobre 2020. Subsidiairement, elle conclut à la mise en œuvre de mesures d'observation, puis de réinsertion et d'ordre professionnel ainsi qu'à l'octroi d'une rente complète dès le 29 octobre 2020. A titre plus

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 subsidiairement, elle demande qu'une expertise judiciaire soit ordonnée et qu'elle complètera ses conclusions ensuite. A l'appui de celles-ci, elle conteste la capacité de travail retenue par les experts. Elle affirme que l'expertise bidisciplinaire contient des contradictions aussi bien à l'interne qu'avec les autres rapports médicaux versés au dossier. Le 1er mars 2021, l'OAI répond au recours et conclut à son rejet en se référant au dossier constitué et plus particulièrement à l'expertise bidisciplinaire ainsi qu'aux avis de son SMR. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c 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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]), et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, le recourant étant en outre directement atteint par la décision querellée et possédant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. 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. 2.1. 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 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020). 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 (cf. art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281; 127 V 294; 102 V 165; VSI 2001 p. 223). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281; 130 V 396). En outre, l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics, par exemple si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 semblable qui permettent de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance. 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, en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. ATF 143 V 409; 141 V 281). 2.3. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGA). En d'autres termes, 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. 3. 3.1. Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Selon l'art. 8 al. 3 LAI, les mesures de réadaptation comprennent – entre autres mesures – celles de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis) et celles d'ordre professionnel (let. b). En vertu de l'art. 14a al. 1 LAI, l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel. En matière de réadaptation, on distingue notamment la formation professionnelle initiale (art.

16 LAI) des mesures de reclassement (art. 17 LAI). 3.2. L'art. 17 al. 1 LAI énonce qu'un assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3; 130 V 488 consid. 4.2 et les références). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut pas prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4; 130 V 488 consid. 4.2 et les références). Un reclassement ne peut pas être interrompu prématurément tant que le but visé de réinsertion peut encore être atteint moyennant le respect de proportionnalité (arrêt TF 9C_81/2013 du 3 juillet 2013 consid. 6).

3.3. Selon l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPG) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). La notion de placement recouvre, à titre de prestations d'assurance, le soutien actif de l'assuré dans sa recherche d'un emploi, les mesures destinées au maintien du poste de travail, les conseils dispensés à l'employeur, l'indemnité en cas d'augmentation des cotisations, et l'allocation d'initiation au travail (Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP] édictée par l'OFAS, n. 5001). Depuis le 1er janvier 2012, la notion de placement comprend également le placement à l'essai, régie par l'art. 18a LAI. Aux termes de cette disposition, l'assurance peut accorder à l'assuré un placement à l'essai de 180 jours au plus afin de vérifier qu'il possède les capacités nécessaires pour intégrer le marché de l'emploi (al. 1). Durant le placement à l'essai, l'assuré a droit à une indemnité journalière; les bénéficiaires de rente continuent de toucher leur rente (al. 2). Le placement à l'essai permet de placer l'assuré, pendant une période donnée, au sein d'une entreprise du marché primaire de l'emploi afin de tester sa capacité de travail. L'objectif du placement à l'essai est d'apprécier au mieux, sur le marché primaire de l'emploi, la capacité de travail de l'assuré dans une activité tenant compte des limitations dues à son état de santé. Cette mesure s'adresse aux assurés aptes à la réadaptation dont les capacités sont réduites pour raison de santé. Elle peut être octroyée que l'assuré touche ou non une rente. Le placement à l'essai s'inscrit dans un processus global de réadaptation (au moins partielle) sur le marché primaire de l'emploi. S'il débouche sur un contrat de travail, une allocation d'initiation au travail peut alors être octroyée à l'entreprise (CMRP, n. 5017ss).

3.4. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux

habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA)

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus 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 (méthode générale de comparaison des revenus; arrêt TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1 et la référence). 4. 4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n.17 consid. 2a; 1991 n.11 et 100 consid. 1b; 1990 n.12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 4.2. 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, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, 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 (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). 4.3. 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 Nr. 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). 5. La question litigieuse est de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a retenu que les capacités de travail et de gain de la recourante sont entières. Pour y répondre, il convient de déterminer la capacité de travail de la recourante en procédant à une appréciation médicale de sa situation. 5.1. L'OAI s'est essentiellement référé au rapport d'expertise psychiatrique et rhumatologique qu'il a fait établir pour constater que la recourante ne présente aucune atteinte invalidante au sens de la LAI et considérer que les capacités de travail et de gain étaient complètes. De son côté, la recourante critique l'expertise, notamment car elle comporte selon elle des contradictions et ne respecte pas la jurisprudence récente en la matière. Elle se réfère ensuite au dossier de l'OAI, affirmant qu'il contient un très grand nombre de rapports médicaux qui démontrent de sérieuses difficultés de santé. 5.2. Il convient de se pencher en premier lieu sur l'expertise bidisciplinaire. 5.2.1. D'un point de vue formel, l'expertise répond aux exigences de base posées par la jurisprudence. En effet, on observe que les examens cliniques ont duré une heure pour le somatique et une heure et dix minutes pour le psychiatrique. Les experts notent tout d'abord les motifs et

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 circonstances de l'expertise. Le dossier médical de la recourante est ensuite synthétisé et dûment pris en compte par les experts. Ils font un résumé médico-asséurologique commun. Puis, chaque expert réalise un examen individuel avec la recourante. Ils s'entretiennent avec elle, reportent les indications fournies

spontanément et approfondissent certains domaines spécifiques (familial, affections actuelles, antécédents, troubles actuels, etc.). Ils résument de manière circonstanciée son parcours professionnel, sa journée-type, les traitements suivis puis ils font part de leurs propres constatations et posent les diagnostics. L'expert psychiatre ne traite pas spécifiquement les indicateurs étant donné qu'il ne retient aucun diagnostic incapacitant (cf. consid. 5.3) Ils terminent les examens individuels en faisant l'évaluation médicale, médico-assurantielle et répondent aux questions de l'OAI. Aux termes des examens séparés, les experts procèdent à l'évaluation consensuelle. 5.2.2. D'un point de vue matériel, la recourante soulève tout d'abord des contradictions entre les différentes parties de l'expertise. Pour illustrer ces contradictions, elle met en exergue plusieurs passages du rapport où les experts reportent ses déclarations (page 29, 37 et 38) et elle relève le fait que les experts concluent à d'éventuelles mesures de réadaptation et recommandent une évaluation en milieu académique universitaire d'un éventuel trouble hyper-kinétique. Elle estime qu'ils se contredisent en rédigeant ce qui précède puis en établissant une capacité de travail entière. A titre préliminaire, il faut préciser que les extraits mis en évidence par la recourante se situent dans la partie sur l'expertise psychiatrique et n'émanent pas consensuellement des deux experts. Ensuite, le fait que la recourante déclare ne pas aller bien et que le Dr E._____ constate qu'elle n'est ni démonstrative, ni procédurière, ne permet pas pour autant de retenir de diagnostic psychiatrique incapacitant. L'expert a fait ses propres constatations objectives, sur la base des déclarations de la recourante certes, mais il a par la suite effectué un travail d'analyse et de réflexion qui lui aurait éventuellement permis de poser des diagnostics incapacitants. Ce qui n'est en l'espèce pas le cas. S'agissant des mesures de réadaptation abordées par l'expert-psychiatre, celui-ci se contente de donner son avis sur ce qu'il estime utile, mais ce n'est ni à lui de décréter si elles doivent être ordonnées, ni à lui de définir qui est compétent pour mettre ces mesures en place. D'ailleurs, au vu du rapport d'expertise, de sa capacité de travail et de gain entière, les conditions pour un reclassement ne sont pas remplies (cf. consid. 3.2). Enfin, ces mesures de réadaptation pourraient parfaitement être entreprises par la recourante elle-même si elle estime qu'elles seraient bénéfiques. Concernant l'éventuel trouble hyper-kinétique, l'expert écrit que sa présence probante n'est pas retenue ce jour durant l'examen de plus de nonante minutes. Il ajoute que "les chances de guérison d'une absence de psychopathologie spécifique en dehors d'un éventuel trouble hyper-kinétique, sans gravité cependant, sont excellentes". Il invoque un trouble potentiel qu'il y aurait lieu de creuser dans un milieu spécialisé mais explique qu'il est sans gravité. Si l'expert estimait que le trouble hyper-kinétique pouvait avoir une influence sur la capacité de travail, il aurait fait le nécessaire pour approfondir ce trouble étant donné que le mandat donné par l'OAI au Dr E._____ était d'évaluer la capacité de travail. Il s'agit donc d'une simple piste qu'il creuserait mais sans pour autant cerner une quelconque atteinte incapacitante. Enfin, ce trouble éventuel ne ressort d'aucun autre rapport médical versé au dossier. Force est de constater que les experts ne se contredisent pas. Leurs appréciations et constatations sont en phase avec l'absence de diagnostics incapacitant, ainsi qu'avec les réponses aux questions de l'OAI.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 La recourante estime ensuite que son parcours professionnel illustre la réalité des difficultés qu'elle a connues durant sa vie professionnelle. Elle soulève une contradiction entre des certificats de travail élogieux et un parcours professionnel chaotique ponctué d'ennuis de santé. Elle critique le fait que les experts n'en discutent pas. Le Dr E._____ note que le parcours professionnel est éclectique et que, en dix ans, elle a connu treize employeurs (expertise, p. 39). Le Dr

D._____ indique lui aussi que, depuis 2005, elle a exercé chez de nombreux employeurs avec de longues périodes de chômage et d'arrêts pour cause de maladie (expertise, p. 26). Les experts étaient mandatés pour établir les atteintes à la santé et la capacité de travail de la recourante. Ils n'avaient pas à discuter des raisons des changements d'emploi ou émettre des conclusions sur la base du parcours professionnel. Le parcours professionnel peut être un indice, il a d'ailleurs été reporté par les deux experts, mais il ne peut aucunement leur être reproché des lacunes ou contradictions dans leur rapport parce qu'ils n'ont pas approfondi ce thème, ce n'était pas de leur ressort. 5.3. La recourante critique plus spécifiquement le volet psychiatrique du fait que l'expert n'a pas appliqué les principes ressortant de l'ATF 141 V 281. Elle prétend que "le rapport d'expertise et le contrat sont en contradiction avec les critères posés par la jurisprudence dans l'arrêt précité". Comme l'expert-psychiatre ne pose aucun diagnostic incapacitant, il n'était pas nécessaire de procéder à une analyse de la situation sur la base des indicateurs ressortant de la jurisprudence précitée. Cela étant, comme le souligne à juste titre le SMR dans son avis du 7 septembre 2020, les indicateurs ont tout de même été pris en compte de manière pertinente (dossier OAI, p. 498). En effet, il y a lieu de constater que l'expert a considéré les ressources personnelles ainsi que le contexte familial et social dans lequel la recourante évolue. Il a noté les nombreuses activités spontanées, que ce soit dans ses loisirs, le sport ou au niveau artistique. Au niveau social, il a tenu compte de sa ponctualité, du fait qu'elle était compliant, qu'elle se présentait à l'entretien dans une tenue corporo-vestimentaire adéquate. Il a considéré qu'elle intègre les règles et sait s'y adapter, qu'elle entre aisément en contact avec autrui et sait défendre ses convictions sans violer les normes sociales. Il a retenu que l'orientation, la mémoire, l'attention, le raisonnement sont dans la norme. S'agissant des offres thérapeutiques existantes, la recourante consulte régulièrement (bimensuellement) un psychiatre et un médecin généraliste. 5.4. En définitive, l'expertise bidisciplinaire est complète, développée, documentée, cohérente et exempte de contradiction. Les rapports médicaux figurant au dossier et invoqués par la recourante ont dûment été pris en considération et examinés par les experts. Celle-ci reconnaît d'ailleurs que le rapport d'expertise "fait allusion à un certain nombre de rapports médicaux montrant de grandes difficultés de santé". Or, les experts ne se contentent pas d'y faire allusion mais ils synthétisent, sur plus de six pages, le dossier et notamment dix-sept rapports médicaux de psychiatres, ophtalmologues, généralistes, rhumatologues. Les experts reportent systématiquement les diagnostics posés, les incapacités de travail retenus et les appréciations des médecins. Ensuite, dans le résumé médico-asséurologique commun, les experts discutent des diagnostics et éventuelles incapacités de travail retenus par les autres spécialistes (dossier OAI, p. 464). On peut ainsi intégralement adhérer aux conclusions des experts.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 5.5. La recourante produit encore deux rapports médicaux de la Dre F._____, spécialiste en médecine interne, et de la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. 5.5.1. La Dre F._____ indique suivre la recourante depuis l'automne 2019 et affirme que sa patiente n'est pas apte à exercer une activité lucrative à 100%. Elle fonde son avis sur le parcours professionnel de l'assurée et critique ensuite l'expertise psychiatrique. Puis, elle se réfère à l'avis de la Dre G._____ et rejoint son appréciation sur la capacité de travail. Le rapport ne mentionne rien concernant les consultations et d'éventuelles examens cliniques. En se fondant sur le parcours professionnel "plus que chaotique" et sur le fait que ce parcours "montre qu'elle n'est pas apte à travailler" ainsi qu'en se référant à l'appréciation d'un autre médecin, l'avis

médical de la Dre F. _____ ne permet pas de remettre en cause l'expertise bidisciplinaire.

5.5.2. De son côté, la Dre G. _____ rappelle tout d'abord le diagnostic qu'elle avait posé dans des rapports des 3 avril et 18 décembre 2020, à savoir un trouble de la personnalité émotionnelle labile. Elle explique ensuite en quoi consiste ce trouble et le moment où il peut apparaître. Elle écarte le diagnostic d'un trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité. Elle remet en cause la classification utilisée par l'expert qu'elle décrit comme étant catégorielle, purement descriptive et ne permettant pas de représenter suffisamment l'hétérogénéité des patients. Elle considère que l'expert a surestimé les ressources psychiques de sa patiente. Elle considère qu'une reprise progressive entre 30% et 40% dans un cadre adapté serait envisageable. Les experts ont pris en compte le rapport du 3 avril 2020. Quant au rapport du 18 décembre 2020, il est postérieur à l'expertise. Ils ont reporté la diminution de rendement ainsi que les diagnostics avec et sans effet sur la capacité de travail dont le rapport fait état. Par la suite, ils en discutent dans le résumé médico-asséculo-logique commun, sans pour autant suivre son avis (expertise, p. 13). Concernant son dernier rapport, la psychiatre traitante critique la classification utilisée (CIM-10) et le fait que l'expert surestime les ressources psychiques. Elle évoque des éléments théoriques et généraux. Elle se contente d'opposer son avis sans apporter d'éléments objectifs permettant de remettre en cause les appréciations de l'expert.

5.5.3. En conclusion, les deux rapports produits dans le cadre du recours n'apportent aucun élément médical pertinent et objectif qui imposerait de s'écarter de l'expertise.

5.6. L'expertise bidisciplinaire bénéficie de la force probante nécessaire pour attester de la capacité de travail de la recourante. Les experts considèrent que cette capacité est entière et leurs appréciations, pleinement convaincantes, peuvent être intégralement reprises. Dans la mesure où la recourante a une pleine capacité de travail, la capacité de gain est entière et l'OAI n'avait pas à mettre en œuvre de mesure d'ordre professionnel ou à allouer de rente. C'est dès lors à juste titre qu'il a rejeté la demande de prestations.

6. 6.1. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

6.2. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de frais versée le 4 février 2021.

6.3. Vu le sort du recours, il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 20 décembre 2021/rte Le Président : Le Greffier :

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