

FR_GERICHTE 608 2015 34 vom 10. Januar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-01-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_34

FR: FR_GERICHTE 608 2015 34 du 10 janvier 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2015 34 del 10 gennaio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 26

mai 2014, puis d'une mesure en entreprise de pratique commerciale, dès le 7 juillet 2014, interrompue semble-t-il ensuite d'un début d'activité à mi-temps en septembre 2014. Le 19 septembre 2014, l'OAI annonce projeter le refus de l'octroi de prestations (réadaptation-rente). L'assurée dépose ses objections les 24 et 27 octobre 2014. B. Par décision du 9 janvier 2015, l'office, considérant que l'assurée ne présente aucune atteinte invalidante au sens de la législation applicable, et relevant qu'elle a bénéficié de plusieurs mesures d'intervention précoce et que sa capacité de travail est entière, rejette la demande d'octroi de mesures de réadaptation et de rente. C. Contre cette décision, l'assurée interjette recours le 12 février 2015, concluant, sous suite de dépens et sans frais mis à sa charge, principalement et respectivement, au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'une nouvelle décision soit rendue au sens des considérants du recours, ou à l'admission de la demande de prestations (réadaptation-rente); subsidiairement, à ce qu'une expertise contradictoire soit ordonnée. En substance, elle remet en question le bien-fondé de l'expertise; une expertise complémentaire aurait dû et doit être entreprise; des mesures de réadaptation professionnelle sont en outre nécessaires, élément parfaitement vérifiable et qui l'a d'ailleurs été au travers des mesures d'intervention précoce, notamment par l'Orif. La recourante verse une avance de frais de CHF 800.-. Le 13 avril 2015, l'OAI propose le rejet du recours. En résumé, il réfute les critiques à l'encontre de l'expert-psychiatre et de la valeur probante de l'expertise. L'avis de l'Orif ne saurait faire pièce aux conclusions de cette dernière. Faute d'atteinte à la santé invalidante, l'assurance-invalidité, qui a soutenu l'assurée dans le cadre de l'intervention précoce, n'a pas d'autres prestations à prendre en charge. Dans ses contre-observations du 25 août 2015, la recourante maintient ses conclusions. Elle produit deux nouveaux rapports médicaux de ses médecins traitants; même si ceux-ci établissent une aggravation de son état de santé, ils démontrent bien qu'elle souffre effectivement d'une atteinte à la santé invalidante dans le cadre de la demande de prestations objet de la procédure de recours. En effet, elle présente un syndrome de douleur généralisée avec des problèmes

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 dégénéralifs mécaniques localisés, très probablement dans le contexte d'un épuisement professionnel et de troubles anxieux. Le 6 octobre 2015, l'OAI indique que cette détermination de l'assurée n'appelle pas de remarques particulières de sa part et qu'il maintient ses conclusions. L'assureur LPP concerné renonce à se déterminer sur le recours, le 28 juin 2016. Il n'a pas été ordonné de nouvel échange d'écritures. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés

par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants de droit du présent arrêt. en droit 1. Interjeté en temps utile par une assurée, dûment représentée, directement atteinte par la décision querellée et ayant un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée, le recours est recevable. 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. En particulier, 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 (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). b) 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). 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). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, 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 (arrêt TF 9C_201/2007 du

E. 29

janvier 2008). 3. Le litige porte sur l'éventuel droit de l'assurée à une rente AI, singulièrement sur le point de savoir si les troubles l'affectant sont de nature à avoir une influence déterminante sur sa capacité de travail et de gain, et dans quelle mesure alors. a) Dans ses contre-observations du 25 août 2015, la recourante invoque les rapports de la Dresse B. _____, FMH médecine interne générale, rhumatologie et médecine physique, et

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 réadaptation, du 16 avril 2015, ainsi que celui, consécutif, du psychiatre traitant le Dr C. _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue D. _____, spécialiste en psychothérapie FSP, du 26 mai 2015 (ci-après, rapports cités Dr C. _____). Selon elle, ces pièces, même si elles attestent d'une aggravation de l'état de santé, démontrent l'existence d'une atteinte à la santé invalidante dans le cadre de la demande de prestations objet de la procédure de recours. L'assurée s'est plainte de connaître diverses douleurs physiques (cf., par exemple, le formulaire de demande, ad atteinte à la santé, et rapport d'expertise psychiatrique du 12 novembre 2012, dos. OAI 129, du Dr E. _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue F. _____, spécialiste en psychothérapie FSP, ci-après cité: Dr E. _____, ad indications subjectives, p. 11), surtout au niveau de l'épaule droite, accidentée et opérée par le passé. Pour autant, aucun empêchement (déterminant) en résultant n'est mentionné et quantifié dans le dossier; quasiment seule figure la remarque suivante, de son psychiatre traitant, non spécialiste en la matière: "Probablement restrictions physiques à cause de son épaule" (cf. rapport du 3/10 septembre 2013, dos. OAI 136;

également rapport Orif du 25 juin 2014, p. 3, dos. OAI 296); les pièces médicales jusqu'au prononcé de la décision attaquée ne contiennent en outre aucun diagnostic qui serait en rapport avec ces douleurs et induirait une incapacité de travail (cf., par exemple, le rapport du 24 juillet 2013 de la généraliste traitante, dos. OAI 91: seuls y figurent les diagnostics psychiques, et le traitement médicamenteux prescrit ne comporte ni antidouleur, ni antiinflammatoire, etc.; rapport d'entretien d'évaluation précoce du 4 décembre 2013, dos. OAI 183: limitations et difficultés quotidiennes exprimées uniquement relativement à l'aspect psychique [que "rien ne change de place ou autre"], pas par rapport à un membre supérieur, etc.; prise de médicaments pour atteintes somatiques uniquement lors de période de crise; également rapport d'entretien du 30 avril 2014, dos. OAI 260: ne sont rapportées, à nouveau, que des crises de paniques et une fatigue supplémentaire due au suivi d'un cours). Jusqu'au prononcé de la décision dont recours, aucun empêchement, aucun diagnostic déterminants n'ont ainsi été émis quant à une atteinte somatique et/ou un état douloureux généralisé invalidants, avec effet sur la capacité de travail et donc de gain. La Cour n'a pas à prendre en considération des modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1), ici le 9 janvier 2015. Or, si le Dr C. _____ rapporte, le 26 mai 2015, "une aggravation de l'état de santé" "avec un nouveau diagnostic au niveau rhumatologique motivant une nouvelle demande auprès de l'Office AI", avec requête au mandataire de l'assurée "de considérer l'éventualité d'établir une expertise bidisciplinaire dans un centre indépendant", ce l'est postérieurement à dite date, et eu égard à la consultation de sa patiente auprès de la Dresse B. _____ intervenue le 16 avril 2015 ainsi qu'au rapport en découlant, soit également après la date de la décision entreprise. Au surplus, le psychiatre traitant ne se prononce pas (à tout le moins pas expressément) sur le plan de sa spécialité psychiatrique quant à un nouveau diagnostic ou à l'évolution éventuelle de ceux qu'il a antérieurement retenus; s'il écrit que sa patiente présente "une complication de la pathologie déficitaire avec épuisement physique et affectif qui conduit à une incapacité de travail entière et définitive", il ne soutient pas que cette dernière serait déjà intervenue (et alors, pourquoi et depuis quand?). En résumé, il ne décrit pas (de façon détaillée et motivée) la survenance d'un nouveau diagnostic psychiatrique ou la modification importante de ceux retenus jusqu'alors, ni n'établit qu'un changement important de l'état de santé et de la capacité de travail en résultant seraient intervenus. Quant à la rhumatologue, elle retient un syndrome douloureux généralisé "am ehesten im Rahmen des Burn out und der Angststörung", en

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 relevant qu'il n'y a pas d'indice d'atteinte articulaire inflammato-rhumatismant et que le facteur rhumatisant a (uniquement) légèrement augmenté depuis quelques années; surtout, elle ne fait état d'aucune incapacité de travail découlant des diagnostics qu'elle mentionne et préconise un traitement d'"aerobes Fitnesstraining und das Erlernen einer Muskelrelaxationstechnik", avec une nouvelle consultation prévue dans trois mois uniquement. En tout état de cause, en cas d'une modification (déterminante) postérieure à la période prise en compte dans la décision attaquée, il appartenait ou il appartiendrait à l'assurée de la faire valoir dûment auprès de l'OAI; la Cour de céans n'a pas à en juger ici, un tel élément nouveau sortant du cadre du présent litige. b) La recourante (cf. recours, p. 13 ss; contre-observations, p. 4 et 6) met en doute la valeur probante de l'expertise et les conclusions de l'expert-psychiatre "dès lors que ce dernier aurait manifesté un a priori négatif à son endroit dans l'examen de sa demande de prestation", "ce d'autant plus que, dans le cas présent, il arrive à des conclusions contradictoires diamétralement opposées de celles" de son psychiatre traitant; considérant

que l'expert a été l'objet antérieurement d'une polémique ("ses antécédents"), qu'elle détaille, elle en conclut qu'au "vu de son passé et du dossier de la cause, il doit être considéré que celui-ci œuvre comme le service médical" de l'OAI quand bien même il a été mandaté par un autre assureur, de sorte que son expertise aurait dû être appréciée sous l'angle de la preuve à l'aune d'exigences plus sévères, et qu'une instruction complémentaire aurait dû ou doit être menée, des doutes quant au bien-fondé de l'expertise subsistant au vu des constatations circonstanciées du psychiatre traitant et de l'Orif. Pour la Cour, il s'agit là de l'affirmation d'une prévention à l'encontre de l'assurée et d'une critique de l'expertise toute générales et clairement impropres et insuffisantes pour dénier toute valeur probante à celle-ci. L'expert-psychiatre est dûment habilité à exercer sa profession, aucun motif de récusation n'est fait valoir, pas davantage que le recours ne contient une quelconque mention d'un manquement de sa part durant l'expertise ou quant au déroulement même de celle-ci. A l'évidence, la seule circonstance qu'il ait abouti à des conclusions que la recourante juge en totale contradiction avec celles de son psychiatre traitant ne suffit pas pour écarter l'expertise, prima facie, sans procéder à un examen objectif de son contenu. De même ces griefs ne permettent-ils aucunement de considérer que l'expert, mandaté par un autre assureur, n'aurait pas agi avec toute l'indépendance requise, ni qu'il aurait en réalité œuvré au titre de médecin du service médical de l'OAI. Au demeurant, ce n'est pas la provenance mais le contenu de la pièce médicale qui est déterminant. Enfin, la recourante paraît confondre la nature et la portée d'une expertise réalisée, comme en l'espèce, en effectuant notamment un examen clinique de l'assuré, avec celle d'un rapport d'un Service médical régional (SMR) qui ne se fonderait pas sur un tel examen et serait une simple recommandation ne pouvant avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires. Il y a dès lors lieu d'examiner plus avant le contenu de l'expertise psychiatrique. c)

L'expert-psychiatre conclut à l'inexistence de tout diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail; sans effet sur celle-ci, il retient (Axe I) un épisode dépressif récurrent / versus trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, de gravité légère; un trouble panique léger; et (Axe II) une personnalité état limite versant narcissique, sub-décompensée. La capacité de travail, dans l'ancienne activité comme dans une nouvelle, est de 50% dès le 1er août 2013, de façon à ce qu'elle puisse bénéficier d'encore "un peu de temps pour retrouver son équilibre", et de 100% dès le 1er novembre 2013.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 Pour son expertise et son rapport du 13 mars 2014 (élaboré en réponse aux objections du Dr C. _____ des 22 octobre et 12 novembre 2013, dos. OAI 192), l'expert s'est fondé sur l'étude du dossier assécurologique, l'anamnèse, les plaintes subjectives ainsi que les constatations objectives réalisées lors de l'examen clinique à l'occasion duquel il a été en mesure d'examiner personnellement l'assurée et d'observer son comportement. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire; l'expert s'est déterminé sur les avis différents du psychiatre traitant et a élaboré des propositions thérapeutiques. Il ne s'est en particulier pas contenté de considérer de façon toute théorique et prédéfinie que l'intéressée est en mesure de surmonter les atteintes dont elle se plaint et qu'il n'y a aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail; il a au contraire, dans le cadre d'un examen médical approfondi, fait état d'éléments déterminants en suffisance pour permettre une appréciation circonstanciée des conséquences des atteintes à la santé qu'il a constatées. La Cour peut confirmer que cette expertise satisfait pleinement aux critères de la jurisprudence rappelés plus haut devant être remplis pour lui accorder valeur probante. Aucun élément au

dossier ne justifie de s'en écarter. d) Dans ses rapports du 18 juin 2013 (dos. OAI 50 et 56), confirmés le 3 (ou le 10, cf. dos. OAI 101 et 139) septembre 2013 (état de santé stationnaire, pas de changement dans les diagnostics), le Dr C._____, psychiatre traitant, retient les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble anxieux généralisé dans un contexte d'épuisement professionnel (F41.1), et de trouble hyperkinétique, perturbation de l'activité et de l'attention (trouble hyperactif avec déficit de l'attention, F90.0), attestés depuis mars 2012; il liste d'autres troubles de l'humeur connus par le passé, selon anamnèse. Actuellement, l'assurée présente des crises de panique fréquentes, des tendances au retrait social et à l'évitement de situations angoissantes, des troubles du sommeil, des idées noires, ainsi qu'une humeur basse fluctuante. L'ancienne activité de représentante dans le domaine pharmacologique-médical n'est plus exigible. Une activité adaptée (chimie-laboratoire ou formatrice d'adulte) l'est, d'abord à temps partiel de 50-60%; l'évolution de ce taux devra être évaluée par la suite et dépend des conditions de travail. Des mesures de réadaptation professionnelles sont requises. Le pronostic est bon avec des mesures de soutien adéquates en formation et réorientation. La capacité de travail est de 50% dès le 1er août 2013, dans une autre activité et avec le soutien de l'OAI; la rentabilité peut être réduite dans un premier temps. Dans une activité adaptée, il y a lieu de tenir compte d'une limitation de la capacité d'adaptation – s'il y a trop de changements à la fois et trop de stress, cela met l'assurée en difficulté –, ainsi que de la résistance – vulnérabilité dans le temps à résister à de mauvaises conditions de travail; en revanche, traitée par médicament, la capacité de concentration n'est pas limitée. L'augmentation de la capacité de travail doit être progressive, la place de travail, sans pression accrue sur la rentabilité du point de vue du chiffre d'affaires. Le 22 octobre 2013 (dos. OAI 103), le praticien se détermine quant à l'expertise, s'opposant à ses conclusions et déplorant "une nette augmentation de la symptomatologie [de la patiente] suite à cet examen". Il relate – mais sans plus de précision – en sus une péjoration survenue durant l'été 2013. L'expert a donné une "information erronée" en indiquant que "la capacité de travail médico- théorique est à 50% dès le 01.08.2013, en concordance avec le Dr [C._____] (cf. rapport AI)": c'est là déformer et sortir de son contexte ses propos exprimés par rapport à l'éventualité de la reprise d'une activité moyennant qu'elle soit autre que celle exercée jusqu'à présent, d'une part, et que l'assurée reçoive le soutien de l'AI pour cela, d'autre part. Actuellement et à long terme, l'assurée n'est pas apte à travailler dans la représentation médicale. Elle présente un état d'anxiété important, des crises d'angoisse, un état d'hypervigilance, un trouble du sommeil; son humeur est

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 basse et variable, non stabilisée. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent proposé par l'expert "peut être ajouté à nos diagnostics" (F41.1 et F90.0) "et implique en soi un risque majoré et persistant de rechutes dépressives, particulièrement en situation de stress adaptatif"; il "devrait ainsi amener l'expert à reconsidérer ses conclusions dans le sens de mesures de réinsertion professionnelles progressives avec le soutien" de l'AI. Le 12 novembre 2013 (dos. OAI 132), le psychiatre traitant reprend les critiques exprimées ci- dessus. Sa patiente n'est pas apte à travailler à 50%, ni au mois d'août 2013, ni actuellement; l'expert n'a pas considéré ses limitations. Qu'un assuré soit en mesure de suivre des mesures de réinsertion à temps partiel ne signifie pas qu'elle est apte au placement en économie privée. Alors que les symptômes anxieux et dépressifs avaient diminué voire disparu, ils ont réapparu et ont augmenté ensuite de la dernière reprise en décembre 2012 de l'ancienne activité dans des conditions de travail habituelles dans la branche et contraire aux promesses faites; après trois mois, la patiente

dut cesser de travailler. Elle présente actuellement une labilité importante de l'humeur, une difficulté de concentration, une organisationnelle, des troubles du sommeil, une persistance de symptômes anxieux et dépressifs malgré le traitement médicamenteux (modifié partiellement). Depuis août 2013 à la fin de dite année, l'incapacité de travail est totale; il a été précisé sur le dernier arrêt de travail que des mesures de réinsertion professionnelle sont nécessaires. Elles doivent comprendre un stage d'évaluation, un reclassement professionnel, et un accompagnement à la réinsertion professionnelle de type coaching, afin d'éviter une perte définitive de la capacité de réinsertion. e) La Cour relève que le psychiatre traitant ne discute ni ne remet en question les diagnostics retenus par l'expert-psychiatre. Au contraire, s'agissant de celui d'épisode dépressif récurrent, il l'ajoute à ceux qu'il a retenus, sans donner d'explications à cet égard ni en retrancher un autre, paraissant en outre considérer qu'il entraîne une péjoration de l'état de santé (cf. supra). C'est cependant omettre que l'expert a retenu ce diagnostic différencié "versus un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive" (cf. expertise p. 16, 18 et 20), et non en sus de cette dernière atteinte; il a, ce faisant, dûment apprécié cette problématique des suites de difficultés professionnelles et d'adaptation mentionnée par le Dr C._____. Mais, s'agissant de son incidence sur l'état de santé, il a pu, au terme de son analyse, la qualifier de gravité légère, soulignant l'évolution favorable déjà intervenue (absence désormais d'anhédonie, d'aboulie, d'apragmatisme, sommeil conservé, etc.; cf. p. 9, 16 et 20). De même, l'expert retient un trouble panique, mais léger et d'évolution favorable également, relevant qu'aux dires mêmes de l'assurée, les crises anxieuses ont fortement diminué grâce à une psychothérapie intensive, et qu'il n'y a pas d'agoraphobie à proprement parler (cf. p. 21; une phobie sociale ne peut être retenue non plus; détermination du 13 mars 2014, p. 2). Ce qui, pour la Cour, trouve une corroboration dans les résultats des tests psychométriques (cf. p. 14), mais aussi dans les propos du psychiatre traitant, lequel a relaté que par deux fois récemment, la symptomatologie anxieuse et dépressive s'était amendée, voire avait disparu, en particulier du fait de l'acquisition en thérapie de méthodes de gestion du stress; l'on ne voit pas pourquoi, médicalement, tel n'aurait pas pu être le cas à nouveau, ainsi que l'a observé l'expert. Certes, le Dr C._____ considère-t-il (cf. son rapport du 3/10 septembre 2013) que les symptômes anxieux sont, cette fois, demeurés après l'ultime exercice de l'activité de représentante médicale, et émet-t-il l'hypothèse que cela est dû aux conditions de travail connues ces dernières années, qui, pense-t-il, ont provoqué un syndrome post-traumatique réactivé lors du dernier emploi. Mais

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 l'expert, sans ignorer les difficultés professionnelles qu'a pu rencontrer l'assurée, se refuse à les rapprocher d'une "expérience traumatisante" (cf. détermination du 13 mars 2014) ayant créé un état de stress post-traumatique (cf. expertise p. 17 et p. 21). Ce à quoi peut souscrire l'Instance de céans: si, par exemple, la certaine pression qu'aurait exercée un employeur après un accident pour qu'elle reprenne rapidement son activité, en venant apporter du travail à domicile, pourrait certes avoir été vécue difficilement par l'intéressée, on ne peut admettre qu'elle aurait engendré une telle forte souffrance dont les effets délétères sur la capacité de travail perdureraient de façon absolue bien des temps après, malgré le suivi thérapeutique et médicamenteux, ainsi que l'effort de volonté pouvant être attendu de l'assurée dans le cadre de son devoir de tout entreprendre pour diminuer son dommage. Le trouble hyperkinétique, perturbation de l'activité et de l'attention (trouble hyperactif avec déficit de l'attention, F90.0) que prend en compte le psychiatre traitant n'est pas retenu par l'expert (cf. détermination du 13 mars 2014). Certes, sa motivation à cet égard, à savoir qu'il s'agit d'une pathologie "surdiagnostiquée", est-elle

lapidaire (mais cf. également la détermination du Service médical régional, Dr G. _____, FMH anesthésiologie, du 26 septembre 2013, dos. OAI 71). Il n'en a pas moins appréhendé cet aspect de la pathologie de l'intéressée, toujours de façon convaincante, dans le cadre du facteur, qu'il détaille et estime essentiel dans cette situation (cf. p. 21 s.), de personnalité de type état limite versant narcissique, sub-décompensée (Axe II), et en indiquant que l'intéressée " se défend de longue date contre des affects dépressifs par un comportement souvent hyperactif. A titre d'exemple, ce dernier échec professionnel en mars 2013 a conduit à un effondrement narcissique important (...)". "De toute manière, cela ne l'a jamais empêchée d'exercer une quelconque activité professionnelle jusqu'aux faits qui nous occupent et donc ne représente pas une pathologie en ce sens incapacitante" (détermination du 13 mars 2014, p. 2). Et de fait, l'assurée a continué à travailler, y compris dans la représentation médicale, en dépit des complications passées rencontrées (divorces et naissance difficiles, etc.). A noter également que le Dr C. _____ (cf. rapport du 3/10 septembre 2013) précisait que sa patiente ne connaissait, malgré ce trouble, pas de limitation de sa capacité de concentration – il invoquera, le 12 novembre 2013, une difficulté sur ce plan, ainsi que sur celui organisationnel (point que l'Orif trouvera au contraire positif), mais sans expliquer ce changement, ni dire s'il a un caractère durable ou réactionnel – ni de celle de compréhension; seules étaient limitées celle d'adaptation et sa résistance, mais de façon (cf. la description qu'en fait le praticien) qui en tout état de cause ont été appréciées par l'expert (cf. également infra) et ne constituent pas une atteinte importante à la santé ayant valeur d'invalidité. L'expert souligne en outre (p. 24) que, d'un "point de vue objectif, le pronostic est bon si l'assurée parvient à trouver une activité où elle ne soit pas confrontée à un environnement trop astreignant en termes de responsabilités (...)". En résumé, l'expert a appréhendé l'ensemble du tableau présentée par l'intéressée, n'a nullement nié l'existence d'atteintes à la santé, mais, de façon détaillée, a expliqué que leurs incidences sont non déterminantes relativement à la capacité de travail. f) Aucun élément objectif médical au dossier ne vient battre en brèche l'appréciation de l'expert. On soulignera d'ailleurs qu'au-delà des diagnostics retenus, ce qui importe ici, ce sont les seuls effets sur la capacité de travail et donc de gain des atteintes à la santé considérées. Or, le Dr E. _____ a examiné ces effets de façon approfondie. A l'inverse, les rapports du psychiatre traitant, peu détaillés et sans mention des examens effectués pour fonder leurs conclusions, ne sont pas, pour la Cour, de nature à remettre en cause l'expertise psychiatrique. S'agissant de la symptomatologie plus particulièrement, elle n'est pas ou peu descriptive (simple énoncé de divers éléments). De plus, sa péjoration, qui serait survenue en été 2013, selon le rapport du 22 octobre

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 2013, est difficile à comprendre, dans la mesure où celui du 3/10 septembre n'en faisait nulle mention, malgré un dernier examen ayant eu lieu le 3 du même mois; de même, la "nette aggravation" qui serait survenue en sus ensuite de l'examen clinique de l'expertise selon le rapport du 3/9 septembre 2013 n'est ni expliquée, ni même ne ressort clairement des symptômes évoqués, sensiblement toujours les mêmes, symptômes que, pour certains, l'expert a au reste pu écarter ou dont il a pu mentionner la rémission lors de son observation clinique (ainsi des troubles du sommeil et du retrait social). A noter quant à ce dernier point, que si l'assurée a précisé ne pas effectuer elle-même de travaux dans la nouvelle maison acquise avec son ami, elle a manifestement bien mentionné ces travaux, ce qui laisse supposer, à tout le moins, des contacts avec les corps de métier concernés; elle allègue également accompagner ses deux derniers enfants, dont elle a recouvré la garde suite au décès de leur père peu avant l'expertise, à l'école;

enfin, elle s'est remariée, peu après dite expertise, de sorte qu'un réel et incapacitant retrait social n'apparaît effectivement pas exister. Pour la Cour, la péjoration qui aurait suivi l'examen clinique de l'expert et la réception de ses conclusions, survenant qui plus est juste après le décès d'un ancien époux, le recouvrement de la garde de deux enfants mineurs y consécutive, et avant un remariage, soit dans un terreau quelque peu émotionnel (qui n'a pourtant pas davantage amené l'expert à retenir une atteinte invalidante), présenterait au plus un caractère réactionnel, non durable et sans valeur incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Les difficultés soudaines quant à la concentration et l'organisation évoquées sans autre explication le 12 novembre 2013 par le Dr C. _____, autant qu'avérées, auront eu ce même caractère. De plus, l'assurée laisse parfois apparaître une certaine contradiction ou amplification dans ses propos quant à son état de santé. Ainsi a-t-elle pu indiquer (cf. rapport d'entretien du 30 avril 2014, dos. OAI 260) avoir toujours une phobie du téléphone, tout en recherchant dans le même temps notamment un travail de réceptionniste/secrétaire médicale; et insister pour suivre un cours "devenir indépendante", alors qu'au vu de sa description de son état de santé et des observations faites lors d'une précédente mesure, l'on voulait le lui éviter (cf. rapport final du bilan de compétence, avril 2014, dos. OAI 268, p. 3 et 5). En outre, l'acquisition avec son ami d'une maison dans laquelle des transformations vont être entreprises, le recouvrement soudain de la garde d'un pré-adolescent et d'un adolescent, pour laquelle elle indique s'investir (cf. expertise, p. 11 et 22), puis le mariage avec son compagnon influencent indubitablement, ainsi que le retient également l'expert, l'intérêt de l'assurée pour la reprise d'une activité (habituelle ou même autre) à plein temps. Ce qu'elle a elle-même confirmé, indiquant "idéalement" chercher un travail à un taux entre 50 et 80% (à ce dernier taux, à partir de fin mai 2014) "afin de garder 20% pour (l')activité ménagère" (cf. rapport d'entretien du 30 avril 2014, dos. OAI 260). Or, ces taux, induits par ces circonstances nouvelles, représentent un choix de vie et ne résultent pas d'une atteinte à la santé déterminante. Quant au fait que les conditions de travail promises pour la dernière activité de représentation n'auraient pas été respectées, étant dans les faits aussi mauvaises que ce qui serait pratiqué dans la branche habituellement, il s'agirait cas échéant d'aspects relevant du droit du travail et des contrats, non de l'AI. g) La recourante met encore en exergue l'appréciation de l'Orif (cf. rapport du 25 juin 2014, dos. OAI 296, p. 3), selon laquelle les "cibles professionnelles" mises en évidence lors du bilan de compétence précédent, telles qu'assistante administrative ou médicale, paraissent (certes) "adéquates", mais qu'une "capacité de travail CT de 50% semble à ce jour plus adaptée aux ressources psychiques (...) (fatigabilité, instabilité émotionnelle). Les réserves relevées ci-dessous

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 [recte; ci-dessus; cf. "Réserves ou points partiellement observés"] sont moins importantes à ce taux. Nous pensons que la reprise du travail devrait être progressive et consolidée au travers d'une mesure plus longue de type entraînement au travail (3 à 6 mois) dans un cadre « protégé ». Il est rappelé que l'administration ou le juge, en cas de recours, se fonderont sur les avis des médecins pour calculer le degré d'invalidité; les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle (cf. arrêt 9C_790/2015 du 22 juin 2016 consid. 6.2 et les références citées). En l'espèce, l'expertise, dont la Cour fait siennes les conclusions, a écarté l'existence de toute incapacité de travail déterminante à partir de novembre 2013. Au demeurant, les réserves exprimées par l'Orif n'apparaissent pas constituer un empêchement objectif important et durable, mais plutôt s'inscrire aussi dans un contexte réactionnel lié au fait

qu'elle doit gérer dans le même temps, en sus des éléments déjà décrit ci-dessus, des éléments de santé à savoir mener un stage d'observation, chercher un emploi et gérer sa santé. A noter encore que le rapport de l'Orif (p. 3 in fine) évoquait la possibilité d'une activité d'assistante administrative à 50% (8h-12h) depuis le 1er septembre 2014 (cf. le rapport d'entretien téléphonique du 22 juillet 2014; salaire de CHF 2'500.- annoncé), avec, pour autant qu'elle ne présente pas un certificat médical d'incapacité de 50% alors, le soutien de l'assurance-chômage pour le reste. L'intéressée n'apporta aucune autre information à cet égard, y compris en procédure de recours. h) Pour la Cour, dès lors, une évaluation médicale complète, probante et exempte de contradictions dans son contenu tels que l'expertise et son complément du 13 mars 2014 ne saurait être remise en cause au seul motif que le psychiatre traitant a une opinion divergente. L'avis de celui-ci n'apparaît nullement mieux fondé que celui de l'expert. Ni le Dr C. _____ ni la recourante n'ont démontré, au moyen d'une argumentation précise, étayée, l'existence d'éléments contradictoires manifestes objectivement vérifiables, d'éléments cliniques ou de diagnostics essentiels ignorés par l'expert et suffisamment pertinents pour mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de celui-ci. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise, ni de mettre en œuvre une expertise contradictoire comme le réclame à titre subsidiaire la recourante. Cela n'est pas utile, le dossier étant complet et suffisant pour que la Cour puisse trancher en toute connaissance de cause. i) Au vu de tout ce qui précède, la Cour retient que l'assurée dispose effectivement d'une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle. Il n'y a donc pas d'invalidité au sens de la législation pertinente. Par surabondance, il est relevé que cette capacité de travail entière existe également dans une autre activité adaptée (étant rappelé en sus le CFC dont elle dispose déjà) et lui permettrait en tout état de cause d'obtenir un salaire n'ouvrant pas le droit à une rente, faute d'atteindre une perte de gain de 40% au moins (cf. à titre d'exemple: dernier salaire, dos. OAI 12: CHF 7'583.35, part au 13ème salaire comprise; salaire annoncé pour un mi-temps dès le 1er septembre 2014, sans indication quant à un 13ème salaire supplémentaire: CHF 2'500.-, soit à tout le moins CHF 5'000.- à plein temps, montant supérieur aux 60% de celui précité). A défaut de perte de gain dans l'activité habituelle, il s'ensuit qu'un droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert. A noter que le psychiatre traitant suggérait, le 12 novembre 2013, qu'elles consistent en un stage d'évaluation, un reclassement professionnel, et un accompagnement à la réinsertion professionnelle de type coaching, afin d'éviter une perte définitive de la capacité de réinsertion. Or, outre que cette perte "définitive" et totale à défaut paraît excessive – et non avérée dans les faits, cf. supra –, force est de constater que sur l'ensemble de

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 l'année 2014, par le biais des mesures d'intervention précoce de l'assurance-invalidité et des mesures de l'assurance-chômage, l'intéressée a de fait été mise au bénéfice, pour l'essentiel, d'un soutien semblable à celui préconisé par le Dr C. _____. 4. Le recours, mal fondé, sera rejeté, et la décision attaquée, confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, ici fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils seront prélevés sur l'avance de frais d'un même montant versée. Il n'y a pas lieu à l'octroi de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils seront prélevés sur l'avance de frais d'un même montant prestée. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 10 janvier 2017/djo Président Greffier-rapporteur

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