

FR_GERICHTE 608 2021 130 vom 14. April 2022

FR Kantonsgericht, 2022-04-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_130

FR: FR_GERICHTE 608 2021 130 du 14 avril 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2021 130 del 14 aprile 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 1.1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

E. 1.2

Dans le cadre du "développement continu de l'AI", notamment la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Compte tenu du principe de droit intertemporel selon lequel les dispositions légales applicables sont celles qui étaient en vigueur à l'époque à laquelle les faits juridiquement déterminants se sont produits (cf. notamment ATF 129 V 354 consid. 1), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la LAI, 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.

E. 2.2

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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 et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les

références citées), dont aussi les syndromes de dépendances (ATF 145 V 215).

E. 2.3

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. 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. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

E. 2.4

Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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. 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 Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 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). 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). En outre, 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 29 janvier 2008). 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).

E. 3

En l'espèce, la question litigieuse est celle du droit de la recourante à une rente. Celle-ci conteste la capacité de travail retenue par l'OAI et estime ne plus pouvoir travailler sur le

marché libre. En revanche, travailler dans un atelier protégé pourrait l'aider à reprendre confiance. Elle ne met par contre pas en cause le résultat de l'enquête économique sur le ménage, qui a au demeurant été correctement établie, lui reconnaissant une pleine capacité dans ce domaine.

E. 3.1

Il convient de se référer au dossier médical. La recourante a été suivie par D. _____, auprès duquel elle a effectué deux séjours du 11 juin 2018 au 4 juillet 2018 (après une tentative de suicide) et du 5 juillet 2018 au 24 juillet 2018. Les médecins ont posé en juillet 2018 les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité, personnalité anxieuse (évitante), émotionnellement instable (F61) et de lésion auto-infligée délibérée, tentative de suicide par arme blanche aux poignets (X84.9) (rapports du 4 juillet 2018, dossier OAI p. 51, et du 31 juillet 2018, dossier OAI p. 54). Le 22 août 2018, ils retiennent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), d'autres troubles spécifiques de la personnalité, personnalité anxieuse (évitante), émotionnellement instable (F60.8) et de lésion auto-infligée délibérée avec passage à l'acte, tentative de suicide par arme blanche aux poignets (X84.9) (dossier OAI p. 58). Sont tout d'abord mentionnés un état d'épuisement et de découragement en lien avec le travail, des angoisses et un discours lent (rapport du 4 juillet 2018), puis un ralentissement idéomoteur et des difficultés mnésiques et attentionnelles de nature et d'une gravité entravant certaines activités de la vie quotidienne dont l'activité professionnelle (rapport du 31 juillet 2018), et enfin une fatigue et une anesthésie affective (rapport du 22 août 2018). Une amélioration est attestée le 22 août 2018, avec une diminution de la symptomatologie dépressive, l'assurée pouvant se projeter dans l'avenir (rencontrer des amis, reprendre des activités sportives, sociales et professionnelles, passer des vacances avec son mari et ses amis). Celle-ci décrit également une évolution positive de son dynamisme, une libération d'un état de fatigue et une reprise de ses habitudes quotidiennes, les médecins relevant aussi un changement dans la communication avec une attitude familière et enjouée, ainsi qu'une humeur euphorique. Ils ne se sont toutefois pas prononcés sur sa capacité de travail. Un examen neuropsychologique, réalisé le 20 juillet 2018 par D. _____ (dossier OAI p. 61), met en évidence des difficultés de mémoire antérograde verbale et visuelle, un léger dysfonctionnement exécutif (abstraction) et des difficultés attentionnelles associées à un ralentissement idéomoteur. Le langage oral et écrit, le traitement des nombres, les praxies constructives et idéomotrices, les gnosies visuelles discriminatives, la mémoire à court terme et la cognition sociale sont globalement préservés. Le tableau cognitif semble compatible avec le trouble dépressif et de la personnalité connu. Toutefois, une composante vasculaire ne peut être totalement exclue. Les troubles cognitifs, notamment le ralentissement idéomoteur et les difficultés mnésiques et attentionnelles, sont de nature et d'intensité à entraver certaines activités de vie quotidienne, notamment l'activité professionnelle. Le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, est le psychiatre traitant de la recourante, qu'il voit une fois par semaine depuis le 7 janvier 2020. Le 16 juillet 2020 (dossier OAI p. 43), il pose les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble affectif dépressif récurrent d'intensité légère à sévère (F33.8) et de suspicion de démence vasculaire débutante (F01.9). Il estime la capacité de travail à maximum 2h/jour dans toute activité si l'état de la recourante s'améliore sensiblement, respectivement en cas d'évolution favorable et dans des conditions adaptées, en tenant compte des limitations suivantes: ralentissement psychomoteur, indécision, risque accru

d'erreurs, repli socio-affectif, perte d'autonomie pour certaines tâches, panique et angoisse envahissantes, état d'épuisement, découragement devant la tâche et abandon de celle-ci, angoisse déstabilisante à paralysante, diminution de l'attention et de la mémorisation/mémoire, lenteur liée à des vérifications, difficultés à tenir des délais, capacité réduite à tenir le stress. Il atteste du ralentissement ou de la diminution des capacités de concentration/attention, de compréhension dans les tâches complexes, de mémorisation et de la mémoire, d'organisation et de planification, ainsi que d'adaptation au changement. Aucune activité n'est exigible, et notamment pas celles en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels (compliqué, complexe), exigeant une grande autonomie (perte totale de confiance en soi), de l'endurance (plus de ressources suffisantes), de la précision (de manière fluctuante; est stressant), impliquant du stress, exigeant de la rapidité, une adaptation permanente ou encore impliquant des tâches complexes (facilement paralysée, tétanisée). Le psychiatre précise encore qu'il n'y a pas de dépression cliniquement significative, symptomatique, respectivement légère, et que l'assurée a comme ressources la marche et ses amis. Quant au Dr F. _____, médecin praticien, il diagnostique le 1er septembre 2020 un traumatisme crânien et une dépression (dossier OAI p. 68). Il estime la capacité de travail à 50% avec une diminution de rendement de 50%, ou de 30 à 50% dans toute activité, avec comme limitations des difficultés de concentration et d'attention, de compréhension, mnésiques, d'organisation et de planification, et d'adaptation au changement. Il atteste également de la présence d'une hémiparésie gauche légère persistante posttraumatique, d'une dépression résiduelle avec rechute fréquente et syndrome anxieux généralisé, d'un ralentissement psychomoteur important, de troubles cognitifs et d'une perte de mémoire entravant les activités de la vie quotidienne. Il existe des difficultés dans la gestion des émotions, les tâches administratives, de maintenir le rythme diurne/nocturne, une hypersensibilité au stress et une apparition périodique de phases de décompensation. Aucune activité n'est possible.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 La recourante a subi des tests psychométriques auprès de G. _____. Il ressort du rapport du 20 octobre 2020 (dossier OAI p. 98) que les performances sont insuffisantes à l'épreuve évaluant l'attention divisée et à celle de la reconnaissance en mémoire à long terme verbale. S'y associent une fatigue sévère et des signes de la lignée anxiodépressive relevés à des échelles de dépistage. Au reste des tests proposés, l'ensemble des performances est dans la norme. Le profil des difficultés objectivées, l'anamnèse et les plaintes (apparition des difficultés en 2018, en régression depuis) paraissent en faveur d'une origine psychiatrique (anxiodépressive) à la problématique cognitive. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une étiologie neurologique focale ou neurodégénérative. Le "profil neuropsychologie objectif" est d'intensité légère et les difficultés strictement cognitives ne devraient pas impacter de manière significative le fonctionnement quotidien ou sur le lieu de travail dans une situation adaptée à la formation de la recourante. Toutefois, étant donné la fatigue importante et la problématique anxiodépressive connue, la capacité fonctionnelle pourrait être limitée pour des tâches requérant un niveau d'exigences plus élevé ou en situation inhabituelle et/ou anxiogène. Une expertise psychiatrique a ensuite été confiée à la Dre H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 19 novembre 2020 (dossier OAI p. 116), l'experte ne retient aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail. Elle pose les diagnostics, sans effet sur cette dernière, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, évoluant depuis 2016, retenu et stabilisé (F32.2), et de troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité depuis l'adolescence (F61). Elle précise

que la recourante n'a pas eu un niveau scolaire dans la norme, qu'elle n'a pas pu finaliser ses diplômes et qu'elle a toujours travaillé en tant qu'aide-soignante à temps partiel. Les traits de personnalité sont particuliers, la personne assurée se montre fragile, avec une estime de soi basse et une fragilité de la confiance en soi, ce qui constitue une limitation fonctionnelle. L'assurée dispose toutefois de ressources, à savoir qu'elle est soutenue par ses proches, qu'elle est dynamique et active, et qu'elle recherche activement un emploi. Elle est suivie par une psychologue en délégation qu'elle voit à raison d'une à deux fois par mois depuis août 2020. L'experte retient une capacité de travail nulle de juin 2018 à mars 2020, puis entière depuis avril 2020. Elle a également pris position sur divers rapports médicaux. S'agissant du rapport du 4 juillet 2018 de D. _____, elle relève que si la recourante a présenté tous les signes d'un épisode dépressif sévère en sus d'un passage à l'acte suicidaire, elle ne présente pas d'autre épisode de dépression et un diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.2) ne peut être retenu; le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité, personnalité anxieuse (évitante), émotionnellement instable (F61) est retenu ce jour comme étant non décompensé. L'experte relève ensuite que, selon le rapport du 20 juillet 2018, le dernier bilan neuropsychologique retient des fonctions cognitives actuelles dans la norme. En lien avec le rapport du 7 juillet 2020, elle estime que le diagnostic de récurrence dépressive (F33) ne peut être retenu en l'absence des critères diagnostic de ce trouble et du fait que l'assurée semble avoir manifesté un même épisode dépressif qui a mis du temps à se résoudre; de plus, le traitement actuel sous Duloxétine est particulièrement faible par rapport à un traitement sous Venlafaxine, ce qui permet de retenir une stabilisation du trouble. Enfin, s'agissant du rapport du 16 juillet 2020 du psychiatre traitant, le diagnostic de démence vasculaire débutante (F01.9) a été écarté par l'examen neuropsychologique et le diagnostic de trouble de la personnalité, qui est souvent à l'origine de comportements démonstratifs et de plaintes subjectives amplifiées, reflète une souffrance encore présente; l'examen neuropsychologique et l'évolution favorable du trouble permettent toutefois d'éliminer ce diagnostic. L'experte note encore que la personne assurée a repris un emploi Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 temporaire en avril 2020, qu'elle n'a pu garder en raison du Covid, et retient une amélioration de son état de santé depuis cette date. Le 10 décembre 2020, le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin du SMR, atteste de la valeur probante de l'expertise psychiatrique. Il ajoute que les apnées du sommeil – apparues récemment – sont une problématique chronique qui peut être traitée et améliorée, et qu'elle n'a pas d'influence sur la capacité de travail ou l'aptitude à la conduite avec des symptômes de somnolence diurne notables. Les conclusions de l'expertise ne sont donc pas remises en discussion et une prise en charge de cette problématique ne pourra qu'améliorer encore la situation (dossier OAI p. 143). A une date indéterminée et dans un rapport non signé, joint aux objections du 27 mai 2021, le Dr F. _____ prend position sur l'expertise psychiatrique (dossier OAI p. 183). Il relève que les deux bilans neuropsychologiques réalisés en 2018 et en octobre 2020 retiennent tous deux des difficultés de mémoire et une fatigue sévère avec des signes de la lignée anxiodépressive et des difficultés attentionnelles. Ces deux bilans distincts dans le temps ont des conclusions identiques, à savoir des composantes anxiodépressives, ce qui permet d'affirmer un diagnostic de dépression récurrente, et des troubles cognitifs persistants. Ils mettent en outre en doute les capacités de travail de l'assurée. Dans un rapport du 20 juillet 2021 postérieur à la décision attaquée (dossier OAI p. 214), D. _____ atteste d'une symptomatologie dépressive avec des phases de rémission depuis plusieurs années. Il estime que le trouble dépressif récurrent,

datant de 2014 voire auparavant, présente actuellement la symptomatologie d'un épisode dépressif sévère, avec baisse de la thymie, anhédonie, perte de l'élan vital, difficultés attentionnelles, mnésiques et exécutives, émoussement affectif et baisse de l'estime de soi. L'assurée relate également des idéations suicidaires occasionnelles.

E. 3.2

En l'espèce, l'expertise psychiatrique a pleine valeur probante sur le plan formel dès lors qu'elle est conforme aux réquisits jurisprudentiels. L'experte s'est en effet basée sur le dossier médical complet de la recourante et l'a examinée personnellement avant d'établir son rapport. L'assurée a pu s'exprimer à chaque moment. Les conclusions sont par ailleurs claires et bien motivées. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, tient compte des plaintes exprimées par l'assurée et est le résultat d'exams complets. Par ailleurs, la Cour de céans ne voit pas de raisons de s'écarter des conclusions de l'experte pour les motifs suivants. L'experte explique tout d'abord clairement pourquoi elle s'écarte des diagnostics posés précédemment. Ainsi, celui de trouble dépressif récurrent ne peut pas être retenu car la recourante n'a pas présenté d'autre épisode de dépression. Il en est de même de celui de récurrence dépressive (F33) en l'absence de critère diagnostic de ce trouble et du fait que l'assurée semble avoir manifesté un même épisode dépressif qui a mis du temps à se résoudre. Quant au diagnostic de démence vasculaire débutante, il a pu être exclu par l'examen neurologique. Enfin, le trouble de la personnalité est écarté en raison de son évolution favorable et de l'examen neuropsychologique qui est dans la norme. Le psychiatre traitant ne saurait être suivi au vu de la faible valeur probante de son rapport du 16 juillet 2020. En effet, en posant le diagnostic de trouble affectif dégressif récurrent d'intensité Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 légère à sévère, il ne se détermine au final pas sur la gravité du trouble. Il y a également lieu de se demander comment celui-ci pourrait être d'intensité légère alors que le médecin soutient qu'aucune activité n'est exigible de sa patiente. Les résultats des tests psychométriques du 20 octobre 2020 confirment en outre que les difficultés strictement cognitives ne devraient pas impacter de manière significative le fonctionnement quotidien ou sur le lieu de travail dans une situation adaptée à la formation de la recourante, même s'il est précisé que la fatigue importante et la problématique anxiodépressive connue pourraient limiter la capacité fonctionnelle pour des tâches et des activités requérant un niveau d'exigences plus élevé ou en situation inhabituelle et/ou anxiogène. Il peut dès lors être exigé de la recourante qu'elle reprenne une activité professionnelle. Ensuite, le traitement médicamenteux a été réduit avec la suppression du Risperidon (neuroleptique) et la prise actuelle de Duloxétine (antidépresseur, dose de 30mg par jour) est particulièrement faible par rapport à celui sous Venlafaxine (antidépresseur, dose de 75mg par jour) qu'elle prenait auparavant (rapport du 1er septembre 2020 du Dr F._____, dossier OAI p. 68; expertise, dossier OAI p. 122; rapport du Dr E._____, dossier OAI p. 43). S'agissant du suivi psychiatrique, si la recourante consultait son psychiatre une fois par semaine en janvier 2020 (rapport du Dr E._____ précité), elle voit désormais une psychologue en délégation à raison d'une à deux fois par mois depuis août 2020 (expertise, dossier OAI p. 126 et 133). Le traitement ne correspond ainsi pas à celui d'une atteinte sévère et montre une évolution positive de la situation. La recourante dispose également de ressources, telles que le soutien de ses proches, son dynamisme et le fait d'être active. Elle s'occupe en effet de l'intérieur de sa maison, prépare à manger à sa famille, se déplace en voiture, s'adonne à des activités de loisirs telles que la marche à pied (entre une et trois heures) et le vélo et apprécie de faire des activités bénévoles (expertise, dossier OAI p. 133; rapport précité du 16 juillet 2020 du

Dr E. _____). L'enquête économique sur le ménage du 8 février 2021, qui n'est au demeurant pas contestée, n'a en outre retenu aucun empêchement dans ce domaine (dossier OAI p. 150). S'agissant de la capacité de travail, le psychiatre traitant l'estime à 2h par jour au maximum dans toute activité à condition que l'état de sa patiente s'améliore sensiblement (rapport du 16 juillet 2020 précité). Il y a tout d'abord lieu de relever que le médecin estime donc qu'une amélioration est possible, tout en limitant d'emblée ses effets à 2h par jour. Cela étant, le traitement suivi par l'assurée a été modifié et l'experte a pu constater concrètement une évolution positive de tous les symptômes qu'elle présentait, confirmée par la recourante elle-même, même si celle-ci se plaint encore d'une fragilité au niveau de la mémoire et de la concentration (expertise, dossier OAI p. 130 et p. 132). A cet égard, les tests psychométriques réalisés à l'automne 2020 indiquent pourtant que les difficultés strictement cognitives ne devraient pas impacter de manière significative le fonctionnement quotidien ou sur le lieu de travail de l'assurée. L'experte-psychiatre souligne en outre que la prise en charge actuelle légère est en adéquation avec l'amélioration de l'état de santé de la recourante, objectivé ce jour (expertise, dossier OAI p. 133). Elle estime ainsi que l'incapacité totale de travail depuis juin 2018 a évolué positivement vers une capacité entière à compter d'avril 2020 (expertise, dossier OAI p. 135), date à laquelle l'assurée a d'ailleurs repris une activité lucrative qu'elle perdra toutefois par la suite, en raison de la pandémie. Quant au Dr F. _____, il ne saurait être suivi dans son estimation de la capacité de travail. En effet, il atteste d'un côté d'une capacité de travail de 50% avec diminution de rendement de 50% et en même temps d'un autre du fait qu'aucune Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 activité n'est exigible de sa patiente; il se base également sur les diagnostics psychiques alors que cela n'est pas sa spécialité. La question d'une activité en atelier protégée n'a en outre été évoquée par aucun des médecins de la recourante, ni par l'experte qui a au contraire retenu une pleine capacité de travail dans toute activité. Pour terminer, l'expertise n'est pas contredite par le rapport non daté du Dr F. _____ ni par celui du 20 juillet 2021 de D. _____. En effet, le Dr F. _____ prend position sur l'expertise psychiatrique alors qu'elle ne ressort pas de sa spécialité et il ne se détermine pas clairement sur la capacité de travail de l'assurée. Tel est également le cas de D. _____, qui indique uniquement que le trouble dépressif récurrent est actuellement sévère. Postérieur à la décision attaquée, ce rapport pourra éventuellement être examiné dans le cadre d'une nouvelle demande. Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise sont convaincantes en tous points et il y a lieu de retenir que la recourante était totalement incapable de travailler de juin 2018 à mars 2020 et qu'elle dispose d'une capacité entière dans toute activité depuis avril 2020. C'est en effet à ce moment-là qu'elle a retrouvé un emploi qu'elle a perdu par la suite en raison de la pandémie mais pas à cause de sa santé (expertise, dossier OAI p. 125 et p. 132).

E. 4

Se pose encore la question de savoir si la recourante a droit à une rente limitée dans le temps.

E. 4.1

Il ressort en effet de la jurisprudence fédérale que, si une expertise médicale atteste que l'assuré est en incapacité de travail, mais qu'en même temps elle indique qu'une capacité de travail sensiblement meilleure devrait pouvoir être à nouveau obtenue après une réadaptation réussie, le droit à une rente pour la période passée n'est pas exclu tant que l'incapacité de travail existante n'a pas pu (ou pas encore) être effectivement améliorée par

des mesures de réadaptation appropriées ou réduite d'une manière significative pour le droit à la rente. Le même principe s'applique également aux mesures d'auto-réadaptation tant que ces mesures n'ont pas encore été exécutées et qu'aucune mise en demeure au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA n'a été notifiée à l'assuré (arrêt TF I 1048/06 du 13 décembre 2007, consid. 6.3; cf. également arrêt TC BS 720 19 155/263 du 24 octobre 2019).

E. 4.2

L'experte ayant reconnu à l'assurée une incapacité totale de travail dès juin 2018, elle aurait droit à une rente dès la fin du délai d'attente d'un an, soit dès juin 2019. Elle a cependant déposé sa demande de prestations seulement le 18 mai 2020. Force est de constater que le délai de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 LAI) est arrivé à échéance en novembre 2020 et qu'elle disposait à ce moment-là d'une pleine capacité de travail déjà depuis mars 2020. Elle n'a de ce fait pas droit à une rente, même limitée dans le temps.

E. 5

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision du 23 juin 2021 confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de procédure par CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant versée le 20 août 2021. Vu l'issue de la procédure, il n'est pas octroyé de dépens. Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 20 août 2021. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 14 avril 2022/cso Le Président : La Greffière-rapporteure :

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