

FR_GERICHTE 608 2023 69 vom 28. Oktober 2024

FR Kantonsgericht, 2024-10-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2023_69

FR: FR_GERICHTE 608 2023 69 du 28 octobre 2024

IT: FR_GERICHTE 608 2023 69 del 28 ottobre 2024

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2.1

L'invalidité alléguée étant intervenue avant l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2022, des modifications de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, dans le cadre du développement continu de l'AI (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363), celle-ci n'influence pas les dispositions à prendre en compte ici (cf. dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020, let. b, al. 1; circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire, ch. 1007ss.). L'ancien droit demeure dès lors applicable à la résolution du présent litige et les dispositions sont citées dans leur teneur au 31 décembre 2021.

E. 2.2

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. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 2.3

Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que

l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 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). On conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418).

E. 2.4

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).

E. 2.5

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.

E. 2.6

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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui lui permet d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). La tâche de l'expert consiste à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales. Il y a en effet lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). On ne saurait remettre en

cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (cf. arrêt TF 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 6.2 et les réf.)

E. 2.7

En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6; 140 III 610 consid. 4.1; 135 V 39 consid. 6.1), le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; ce degré suppose bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 prépondérante est atteinte si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

E. 3

Est litigieux, en l'espèce, l'éventuel droit de l'assurée à des prestations AI.

E. 3.1

La recourante remet en cause l'objectivité de l'expert-psychiatre, le Dr B._____, spécialiste en neurologie ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie, car il a été mandaté par l'APG; elle y voit un possible conflit d'intérêts. En l'espèce, la recourante ne fournit aucun grief motivé de prévention et de manque d'objectivité de la part du Dr B._____ ou ressortant de son expertise. Elle ne remet en cause ceux-ci que de façon toute générale. Or, qu'il ait été mandaté par l'APG ne suffit pas à retenir une prétendue partialité.

E. 3.2

Le Dr B._____, a rendu le 8 novembre 2021 son rapport (cf. dos. OAI 78).

E. 3.2.1

La structure de cette expertise (cf. le questionnaire, dos. OAI 27) n'est pas identique à celle qui aurait dû être retrouvée dans une expertise mise en œuvre par l'OAI. Il n'en demeure pas moins qu'elle respecte (suffisamment) les prérequis de la jurisprudence en matière AI (cf. supra, consid. 2.3). Pour son appréciation, l'expert-psychiatre a en effet pu se référer aux éléments assécurologiques du dossier dont il disposait, et en particulier aux indications

médicales fournies par la psychiatre traitante. Il a fait état notamment de l'anamnèse ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assurée et des observations cliniques réalisées. Il ne s'est pas contenté de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique. Quand bien même l'on ne retrouve pas (exactement) le schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs tel que prévu dans l'ATF 141 V 281 consid. 4, ceux-ci peuvent être discernés, y compris ceux des limitations fonctionnelles, des ressources et du critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (cf. arrêt TF 9C_408/2023 du 23 avril 2024 consid. 3.2 et les références). Le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. L'expert a livré ses constatations objectives obtenues lorsqu'il a examiné personnellement l'assurée et observé son comportement. Il a analysé en particulier ses capacités. Il a apporté une conclusion à son expertise, répondu aux questions qui lui étaient posées, y compris quant au traitement en cours et aux options thérapeutiques à proposer. Une force probante sur le plan formel peut ainsi être reconnue à l'expertise, dont on doit tenir compte ici. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, son contenu doit être préféré à celui d'autres pièces médicales, étant rappelé pour le surplus la certaine réserve à observer, cas échéant, par rapport à un document provenant d'un médecin traitant. Il revenait à l'OAI, au Tribunal désormais, de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'assurée, la compétence des médecins n'allant pas jusque-là (cf. arrêts TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 in SVR 2020 IV n° 48 p. 63; 9C_710/2023 du 28 juin 2024 consid. 6.3). La simple possibilité d'une atteinte à la santé au sens d'une hypothèse insuffisamment vérifiée cliniquement ne suffit pas pour la retenir ici. La détermination d'un éventuel droit à la rente est fondamentalement indépendante du diagnostic et de l'étiologie; ce qui est essentiel, c'est si, et dans

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 quelle mesure alors, il existe une altération de la capacité de travail ou de gain (cf. ATF 141 V 585 consid. 4.2.3, non publ. in SVR 2016 IV n° 102; arrêt TF 8C_41/2019 du 9 mai 2019 1.1).

E. 3.2.2

Du point de vue matériel, peuvent notamment être mis en exergue les éléments suivants:

E. 3.2.2.1

L'expertisée se plaint d'une enfance très difficile, indiquant notamment avoir vécu chez ses grands-parents de cinq à douze ans avant de rejoindre ses parents en Suisse. Elle dit avoir alors énormément souffert des tensions importantes entre sa mère, avec laquelle la relation a toujours été très distante, et son père, lequel buvait trop et était régulièrement très menaçant et violent. En 2014, elle explique avoir beaucoup pâti des séquelles d'une thrombose sinusoidale non diagnostiquée pendant plusieurs jours, les médecins ne la prenant pas au sérieux. Tombée enceinte alors que sous traitement d'un anticoagulant (jusqu'en août 2014, cf. infra), elle dit avoir dû avorter de ce fait. Elle a eu en sus durant cette période une grande crise conjugale, songeant même à une séparation; elle est cependant restée du fait d'une nouvelle grossesse non planifiée et de la naissance du second enfant. Au vu de la situation, elle a débuté en 2014 une première prise en charge psychiatrique, cessée après cinq séances faute de relation de confiance établie. Un suivi débuté en 2016 a été rapidement interrompu, le nouveau psychiatre prescrivant des antidépresseurs dont elle ne voulait pas. Durant toute cette période, aucun psychiatre ne lui a attesté une incapacité de travail. En 2018, elle a

suivi quinze séances auprès d'un psychologue à l'approche alternative avec une machine; cela a amené une certaine amélioration et stabilisation de son état psychique. L'assurée indique que tous ses problèmes psychiques se sont à nouveau fortement aggravés fin 2020, début 2021, surtout du fait de tensions toujours plus sévères avec son supérieur, avec lequel elle avait été davantage en contact à partir du moment où elle a pu obtenir le poste de responsable du SAV. Ce supérieur s'était depuis toujours focalisé sur elle, l'avait insultée, intimidée et dénigrée à plusieurs reprises. Elle avait tellement peur de se rendre au travail qu'elle en vomissait parfois. Une incapacité de travail lui a été attestée en mars 2021 par une généraliste, puis, à partir du 19 avril de la même année, par la psychiatre auprès de qui elle a été dirigée. La consultation de cette dernière a lieu une fois par mois, avec en plus un suivi hebdomadaire d'une psychologue du même cabinet. Elle regrette que, malgré cette prise en charge, la médication ainsi que la distance mise avec son travail, où elle n'est plus retournée depuis mars 2021 et dont le contrat a pris fin au terme de cette année-là, son état psychique ne s'améliore que lentement. Elle souligne demeurer tendue, nerveuse, avec beaucoup de ruminations et de questionnements sur son avenir professionnel, financier et familial. Elle décrit une relation de couple plutôt tendue et distante, avec peu d'intérêts communs. En sus, au printemps 2021, un certain retard du développement psychomoteur de son second enfant a été diagnostiqué; il a de ce fait quelques problèmes scolaires. Enfin, il y a des tensions entre le père et le premier enfant, adolescent. A l'anamnèse somatique, l'expertisée rapporte une prise de poids d'environ 5kg depuis le début de l'année, qu'elle lie surtout à sa médication, ainsi qu'un sommeil perturbé avec des problèmes d'endormissements et des réveils nocturnes fréquents, et des siestes occasionnelles.

E. 3.2.2.2

L'expert ne retrouve cliniquement aucune diminution ou déficit de l'attention, de la concentration, des fonctions mnésiques. Les plaintes de quelques problèmes cognitifs, autant qu'elles ne seraient pas simplement démonstratives, doivent être interprétées comme une pseudo-démence et une certaine inhibition de la pensée dans le cadre de l'affection psychique actuelle. La thymie est déprimée et semble surtout instable. L'assurée décrit un sentiment de tristesse envahissante, de stress et de désespoir, ainsi qu'un manque de motivation et d'élan vital. En dépit de ses plaintes de symptômes d'angoisse, de véritables crises de paniques ne peuvent être

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 objectivées, ni des traits sociophobes ou agoraphobes. Sa motricité est dans la norme, la psychomotricité est conservée et vive. La conscience morbide est grande; l'expertisée reste fixée sur une "dépression" et se montre plutôt sceptique et désespérée quant à l'avenir, rappelant sa situation familiale difficile et les grands facteurs de stress qu'elle a dû supporter depuis longtemps dans le cadre familial ainsi que professionnel. Néanmoins, elle dit avoir récemment regardé les offres d'emploi, mais ne pas avoir trouvé un poste qui lui plairait, raison pour laquelle elle n'a pas encore fait de postulation. Malgré des plaintes subjectives souvent "massives", fortes, l'examen clinique la montre dès le début de l'entretien facilement abordable. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur et le rapport affectif est facile à établir. Elle est capable de maintenir un certain rythme journalier; si nécessaire elle peut se lever tôt et sortir sans problème de la maison. Elle conduit la voiture, au moins sur les courtes distances, entre dans les magasins et trouve un certain plaisir dans des contacts subjectivement agréables. Au mois d'août de cette année, elle a pu partir pendant une semaine en voiture avec sa famille dans son pays. Elle se montre très bien informée sur sa situation administrative et financière, revenant

constamment sur quelques détails de ses conflits avec son ancien employeur. Les symptômes anxio-dépressifs résiduels ne sont objectivement plus que d'une intensité légère à moyenne au maximum, ce que corroborent les deux tests psychométriques réalisés: scores de 18/52 sur l'échelle de dépression d'Hamilton, soit un état dépressif léger à moyen, et de 19/60 sur celle M.A.D.R.S, correspondant à un état dépressif léger. Le résultat laboratoire de l'échantillon pris lors de l'entretien indique une prise régulière et une bonne compliance médicamenteuse relativement à l'antidépresseur. S'il avait dû se prononcer lors de la première consultation psychiatrique de 2014 ou au début de 2021, l'expert précise qu'il aurait retenu un trouble de l'adaptation au vu de la nature clairement réactionnelle des symptômes anxio-dépressifs présentés. Cependant, la durée de cette symptomatologie résiduelle supérieure à six mois, ainsi "chronifiée", impose de parler d'un épisode dépressif dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent. Néanmoins, cette nature réactionnelle ainsi que la forte influence de facteurs externes et non liés à la maladie demeurent évidentes et indéniables. Si une part de souffrance subjective existe sans doute, avec une forte et évidente demande de reconnaissance de celle-ci et de son vécu actuellement difficile, les descriptions de l'assurée semblent parfois aussi exagérées et dramatiques. Et cette part de subjectivité doit être mise de côté dans le cadre de l'expertise, de même que les conflits avec son ancien employeur, la question d'un retour à cette place de travail ne se posant pas vu la résiliation du contrat, ainsi que les quelques problèmes de couple évoqués. Au vu de la personnalité de l'expertisée, ses traits de caractère sont difficilement explorables lors de ce seul examen clinique; mais il en ressort déjà plusieurs d'une personnalité émotionnellement plutôt immature et instable; s'y ajoute une forte blessure narcissique clairement discernée à plusieurs reprises durant l'expertise. Si l'assurée souligne constamment son grand investissement personnel dans son travail, longtemps considéré comme une échappatoire à ses problèmes familiaux, elle se plaint d'un manque de respect et de reconnaissance de son supérieur. Sur le plan psychodynamique, elle présente une nette tendance à appliquer des mécanismes de défense très immature; actuellement, elle se projette constamment dans le rôle de victime et réclame la reconnaissance de sa souffrance et de son vécu. Elle décrit aussi des relations familiales plutôt difficiles et distantes, une absence de cercle d'amis propres malgré toutes ses années en Suisse, des inquiétudes récentes quant à son cadet.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 De fait, pour l'expert, l'état psychique de l'assurée est actuellement de plus en plus marqué par les traits accentués de sa personnalité, avec une grande immaturité, une évidente instabilité émotionnelle et une nette tendance à la victimisation et à l'évitement. Ce sont aussi et avant tout ces traits qui expliquent la capacité d'adaptation affaiblie et, par conséquent, la persistance de certains symptômes anxio-dépressifs et leur "chronification". Au vu de la constance de certains comportements et de certains schémas de pensée de l'assurée, le diagnostic d'un véritable trouble de la personnalité "pourrait être évoqué". L'expert ne le retient cependant pas et ajoute que, même s'il l'était, il conviendrait alors de considérer qu'il n'a jamais eu de répercussion sur la capacité de travail. A cet égard, il pointe que l'assurée a constamment travaillé jusqu'à présent, qu'elle souligne son grand investissement dans son travail et sa grande identification avec son métier, que jusqu'à l'année 2014, elle n'a jamais consulté de psychiatre, et que sa psychiatre traitante, qui la suit depuis avril 2021, n'a jamais posé un tel diagnostic ni même mentionné des traits accentués de la personnalité.

E. 3.2.2.3

L'expert diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'une intensité encore légère à moyenne (F33.1), qui existe formellement depuis 2014; l'épisode actuel s'est manifesté depuis la fin 2020 et est apparemment à l'origine de l'incapacité de travail totale attestée depuis le 15 mars 2021. Sans effet sur la capacité de travail, il retient une personnalité avec des traits émotionnellement immatures et instables accentués (Z73.1), traits existant depuis l'adolescence et devant formellement être diagnostiqués depuis l'âge adulte. Les troubles rapportés par l'expertisée sont concordants avec les résultats de l'examen clinique. Objectivement, elle a la capacité de travailler en mobilisant toute sa bonne volonté et sa coopération. Il n'y a pas d'éventuelles limitations physiques à prendre en compte. Du point de vue psychiatrique, aucune limitation n'existe non plus. Au vu de son rythme journalier conservé et son niveau de fonctionnement psychosocial, elle est en mesure de reprendre une activité lucrative dès à présent, de manière progressive débutant à au moins 50% (de son taux d'emploi de 80%), à 80% (de son 80%) au plus tard dès le 1er janvier 2022; à partir du 1er mars 2022 au plus tard, la capacité de travail doit être à nouveau considérée comme entière dans l'activité habituelle ou dans toute autre correspondant à son âge à sa formation. L'expertisée ayant souligné n'avoir jamais eu de difficultés avec les exigences de son activité habituelle, se considérant au contraire comme une collaboratrice consciencieuse, efficace et investie, et ses problèmes ayant été uniquement d'ordre relationnel, un changement de métier ne semble ni nécessaire, ni indiqué pour l'expert. La prise en charge actuelle est adéquate et efficace. La prescription d'un somnifère plus puissant, avec une demi-vie assez longue, pourrait être une option pour répondre aux fortes plaintes de troubles du sommeil. L'expert n'a pas d'autres propositions thérapeutiques, soulignant que tous les facteurs non liés à la maladie, qui jouent dès le début un rôle prépondérant dans la problématique, ne sauraient être influencés par des mesures purement médicales, raison pour laquelle une médicalisation et surtout une psychiatrisation exagérées ne sont pas utiles. L'évolution jusqu'ici le démontre. Le pronostic, même de moyen terme, est pourtant incertain au vu de la forte fixation sur ses problèmes persistants relatifs à plusieurs domaines de la vie, ainsi que des traits accentués susmentionnés et de sa grande demande reconnaissance de sa souffrance et de son vécu.

E. 3.2.3

La Cour apprécie et souligne en particulier les éléments suivants:

E. 3.2.3.1

L'on peut, à l'instar de l'expert, accueillir avec une certaine compréhension les plaintes de souffrance de l'expertisée et son besoin de reconnaissance. Pour autant, la part de subjectivité

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 importante dont sont empreints ces éléments ainsi que la situation ne doit pas être ignorée. Cela étant, le Dr B. _____ a objectivé, de façon détaillée, méthodique et convaincante, l'atteinte à l'humeur qu'il retenait, son caractère récurrent, mais aussi son intensité légère à moyenne au plus actuelle, que corroboraient les évaluations standardisées pratiquées. Il a fixé la mesure dans laquelle elle se répercutait sur la capacité de travail et devait évoluer à cet égard. Il a notamment mis en exergue sa nature réactionnelle à divers éléments survenus respectivement en 2014, et fin 2020, début 2021. Il a aussi pointé que la situation actuelle était surtout marquée par des traits non incapacitants de personnalité accentués, contribuant à une certaine persistance de l'atteinte à l'humeur,

ainsi que d'une difficulté d'adaptation. Enfin, il a relevé l'importante influence de facteurs externes, n'ayant pas valeur de maladie.

E. 3.2.3.2

L'Autorité de céans fait siens le diagnostic posé par l'expert de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'une intensité encore légère à moyenne au plus (F33.1), ainsi que l'incapacité de travail qu'il fixe, à une remarque près (cf. infra). Cette appréciation convainc; elle tient compte notamment du caractère récurrent de l'atteinte dépressive, mais aussi de son intensité relativement basse. L'expertisée ainsi que sa psychiatre traitante apparaissent d'ailleurs admettre un mieux, la première en indiquant avoir dès lors regardé les offres d'emploi, mais sans encore postuler, les places considérées ne lui parlant pas, ce qui ne relève pas de l'invalidité; et la seconde, en indiquant avant l'expertise que l'atteinte qu'elle retient est en rémission (cf. infra). Toujours avec l'expert, aucune problématique de personnalité ayant valeur de trouble ne doit être retenue, mais uniquement une accentuation de certains traits de personnalité, entité figurant sous le code Z73.1 de la CIM-10, qui signifie qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'un trouble mental (cf. arrêt TF 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 6.5.3). Ces traits de personnalité n'ont effectivement pas valeur de maladie psychiatrique influençant la capacité de travail en droit des assurances; ils ne présentent pas l'intensité requise pour retenir un trouble spécifique de la personnalité, et même si celui-ci l'était, il n'aurait en l'espèce pas non plus un effet sur cette capacité, ni ne serait invalidant (cf. arrêts TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2; 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les réf.), pour les motifs indiqués par l'expert. Auxquels on peut ajouter que l'assurée a, malgré le passé dont elle se plaint, été en mesure de s'intégrer en Suisse, d'y finir et réussir sa scolarité ainsi que sa formation apprise, et de poursuivre son activité après la période très difficile de 2014 qu'elle décrit, ce sans véritable suivi psychiatrique alors.

E. 3.2.3.3

Les facteurs étrangers, externes à l'invalidité, ainsi que ceux psychosociaux ou socioculturels ne doivent pas être pris en considération en l'espèce puisqu'ils apparaissent certes jouer un rôle dans cette situation en amenant un certain maintien de l'atteinte dépressive, mais pas un rôle prépondérant au point de faire passer l'atteinte incapacitante de l'humeur au second plan. Parmi ces facteurs, la Cour distingue, en tenant compte aussi d'autres pièces au dossier (cf. dos. OAI 21 et 108), un sentiment d'une certaine distance avec sa famille au sens large ainsi qu'avec son époux, une forte animosité ressentie de la part du supérieur ainsi que du fait d'être au SAV, des soucis pour l'enfant cadet, une certaine exagération et dramatisation parfois dans les descriptions, des postulations pas faites faute d'intérêt pour le poste, un manque de motivation, le souhait de disposer de plus de temps pour elle, sa famille, les balades avec son chien ainsi que les autres tâches ménagères (cf. infra), et une préférence déjà présente avant l'apparition de l'épisode dépressif de 2021 pour une vie sans beaucoup de contacts avec des gens autres que sa famille proche, pour un certain retrait social. Ces éléments n'ont objectivement pas valeur de maladie (faute de substrat médical). Puisqu'il en va ici de la description des aspects assurés ("couverts" par l'AI) qui sont déterminants, "causals" pour l'évaluation de la capacité de travail (et de gain), ces facteurs

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 externes, sociaux, qui entraînent des conséquences fonctionnelles négatives directes ne doivent pas être pris en compte (cf. sur la question les

arrêts TF 9C_848/2017 du 29 mai 2018 consid. 4.2; 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2; ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 et 3.4.2.1). En outre, l'assurée dispose de ressources suffisantes pour, en particulier, recouvrer progressivement une capacité de travail pleine et entière, s'adapter à une nouvelle place, et exécuter ses tâches ménagères. Le descriptif de ses journées confirme qu'objectivement, son "fonctionnement" est très largement conservé, intact, "normal". La question d'une réinsertion dans son ancienne entreprise ne se pose pas, vu le congé reçu. Il en va de même d'une éventuelle réadaptation, l'activité habituelle d'employée de commerce étant parfaitement exigible de sa part. De fait, la recourante indique qu'elle a débuté un nouvel emploi dans cette matière le 1er octobre 2022, à un taux de 60-70%, proche de celui de 80% d'un 100% pris en considération par l'OAI. L'expert peut être suivi relativement à la prise en charge psychiatrique et les traitements. Il n'y a pas là de raison médicale à une limitation de la capacité de travail. On notera que l'analyse de laboratoire a donné un résultat pour l'anti-dépresseur de 2.03, en dehors des intervalles de références (0.36 à 1.44; cf. dos. OAI 95), sans que l'expert ne doute de la prise régulière des doses prescrites.

E. 3.2.3.4

Sur le vu de ce qui précède, il n'existe aucune limite (fonctionnelle) d'ordre psychique à un recouvrement progressif de la capacité de travail tel que fixé par l'expert. On relèvera que ce dernier s'est exprimé eu égard aux 80% de taux d'emploi d'activité professionnelle concerné par l'APG. Au vu des éléments figurant ci-dessus et du dossier, la Cour retient dès lors avec l'OAI que, dès le 1er janvier 2022, l'assurée était en mesure d'exercer à 80% (d'un 100%) l'activité habituelle. Au demeurant le versement des APG a pris fin le 31 décembre 2021, le taux précité de 80% d'un 100% étant donc exigible dès le lendemain pour cette assurance; et ce même mois de décembre, l'assurée s'est inscrite auprès de l'assurance-chômage en indiquant une aptitude au placement de 80% (d'un plein temps de 100%), taux des indemnités qui lui seront d'ailleurs versées; dans le même temps, sa psychiatre lui attestera une incapacité de travail de 50% de son 80% "habituel" qui ne saurait renverser l'appréciation faite par l'expert et concrétisée par l'assurée. En outre et en tout état de cause, la Cour retient, avec l'expert (cf. également l'avis du SMR, Dr C. _____, du 27 septembre 2022, dos. OAI 249), que la capacité de travail était de 100%, pleine et entière, au plus tard dès le 1er mars 2022, soit avant le terme du délai d'un an d'incapacité de travail moyenne de 40% au moins, de sorte que le droit à la rente ne serait pas ouvert, même si un taux inférieur à 80% d'un 100% était retenu de janvier à fin mars 2022 au titre de la capacité de travail. Enfin, au vu des circonstances, et notamment du fait que cette pleine capacité était retrouvée avant ledit délai précité ainsi que de l'absence de toute limitation (déterminante) à l'exécution des tâches ménagères, à défaut de toute plainte de l'assurée à cet égard, c'est à raison que l'OAI a renoncé par appréciation anticipée des preuves à une EEM, d'autant que l'avis de l'expert-psychiatre aurait joué un rôle prépondérant relativement à la partie ménagère, et que la participation exigible de l'époux à la diminution de l'éventuel dommage déterminant, nié ici, aurait dû être prise en compte.

E. 4

mai 2023 (cf. dos. OAI 283 à 297) montrent ceci: Le 8 janvier 2014, le diagnostic de thrombose veineuse cérébrale (sinus sagittal supérieur et confluent, dans un contexte de contraception orale par Yasmin), est posé. Post-opération, l'assurée est sous traitement anticoagulation jusqu'en août 2014. Le neurologue traitant la suit depuis le 2 février 2015, à une fréquence moyenne d'une fois par an, pour des séquelles de cette problématique, soit

des céphalées chroniques avec une ancienne composante de surconsommation médicamenteuse. La Cour relève que ce diagnostic n'a jamais été modifié; pas davantage que le médicament utilisé. Le dosage de ce dernier a varié, avec même des périodes de plusieurs mois sans sa prise. De fait, le suivi de l'assurée vise essentiellement une fonction de surveillance, avec un examen clinique qui apparaît avoir toujours été sans particularité, un ajustement ou un sevrage du médicament au besoin, ainsi qu'une vérification des deux points cruciaux pour le neurologue, soit une maîtrise du poids, avec recommandation, cas échéant, d'une activité physique, et un contrôle régulier (annuel) auprès d'un ophtalmologue pour écarter précocement un œdème papillaire, atteinte qui n'est heureusement jamais survenue. Le praticien ne rapporte pas avoir jamais attesté une incapacité de travail, et la recourante ne le prétend pas non plus. Enfin, il n'apparaît pas que l'assurée ait dû faire avancer le prochain rendez-vous prévu du fait de son état. Sous traitement, voire lors d'un sevrage essayé, la patiente rapporte (souvent) une quasi-disparition des céphalées, de faible intensité en sus, et, au plus, selon les pièces, un épisode de céphalée tensionnelle bihebdomadaire environ. Il n'y a donc pas là non plus motif objectif et impératif d'une diminution du taux d'activité professionnel exigible, d'autant moins que cela ne modifierait pas ou que peu la situation, le moment de la survenance d'une céphalée ne pouvant être prédit. En juillet 2022, le médecin mentionne, pour la première fois, les plaintes de la patiente de quelques difficultés cognitives de planification pour faire plusieurs choses en même temps au cours de l'année passée. Il propose d'attendre six mois pour déterminer si une évaluation neuropsychologique est

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 nécessaire, pour d'éventuels troubles exécutifs dans un contexte de pathologie neurologique et également psychiatrique. Cela n'a manifestement pas été nécessaire, puisque ni lui ni la psychiatre ni le généraliste traitants n'ont jugé bon de mettre en œuvre un tel examen. En janvier 2023, il se borne à nouveau à rapporter les dires de sa patiente: sur le plan thymique, l'évolution est stable, avec encore une fatigabilité en fin de journée; du point de vue cognitif, il existe une persistance de troubles attentionnels non progressifs, en lien avec la fatigue précitée. Enfin, en mai 2023, il retient que sa patiente dispose de capacités fonctionnelles complètes hormis une limitation de charge de 5kg, ce qui est sans importance ici; s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, exigible, il ne la mesure pas, pas davantage que la perte de rendement qu'il annonce; vrai est-il qu'il souligne ne disposer que d'informations très partielles, et se référer à la diminution d'efficacité qu'avait décrite sa patiente en lien avec une fatigue diurne amenant des difficultés attentionnelles ayant un impact sur le plan professionnel selon elle. Le praticien la juge néanmoins apte pour la conduite automobile. En se basant sur sa dernière consultation, il considère qu'un taux d'activité de 60% est actuellement adapté; un taux plus élevé lui semble possiblement problématique en cas de persistance de céphalées chroniques. A sa connaissance, la patiente est autonome pour les activités de la vie quotidienne et pour l'accomplissement des tâches ménagères, bien qu'elle décrive moins de capacité pour la prise en charge des enfants, en lien avec la fatigue évoquée. Pour la Cour, ces éléments sont essentiellement basés sur les seules informations, fragmentaires, comme l'admet le praticien, et plaintes de l'assurée, fournies à l'occasion d'un contrôle annuel. Ils ne motivent pas de s'écarter de ce qui a été retenu ci-dessus, singulièrement quant à la capacité de travail. Il convient aussi de relever que l'assurée n'a pas déposé une demande de prestations après 2014. En outre, ni dans celle de 2021, ni à ses médecins traitants, ni à l'expert-psychiatre, qui dispose également d'une spécialisation en neurologie, ni lors des entretiens avec l'APG ou l'OAI, elle n'a évoqué des conséquences de la thrombose de 2014

qui auraient permanemment diminué sa capacité de travail. De plus, la recourante alléguant des difficultés cognitives apparues en 2021, on peut raisonnablement considérer, au vu des circonstances et de ce qui précède, que la thrombose de 2014 n'y est pour rien; et qu'au plus, ces difficultés peuvent être liées à une certaine fatigue lors de l'épisode dépressif ou après une journée d'activité, sans pour autant qu'elles soient indépendantes, invalidantes et pertinentes ici. Il faut conclure que cette problématique n'a aucune incidence (cf. avis SMR du 31 mai 2023, établi par le Dr C._____ de façon coordonnée avec l'appréciation du Dr F._____, médecine interne générale, même service, dos. OAI 296). Pour compréhensible qu'elle puisse être, la plainte de l'assurée (cf. entretien avec l'OAI et recours) que le taux ancien d'activité, de 80%, de même que celui actuel, de 60 à 70%, ne lui permettrait pas d'avoir une vie à côté du travail, d'avoir assez de temps pour elle-même, sa famille et l'exécution des tâches ménagères, surtout les jours travaillés entièrement, n'a pas valeur de maladie invalidante. Il s'agit là de questions relevant, cas échant, de la répartition des tâches et des rôles décidée entre époux, de la prise en charge effective des enfants, de préférences, etc.; elles sont certes susceptibles d'avoir une incidence directe sur l'activité professionnelle, en particulier sur le temps à disposition pour celle-ci, mais elles ne constituent pas des empêchements médicaux, une atteinte objective et notable diminuant notablement la capacité de travail. Enfin, le courrier de la recourante, du 16 novembre 2023, outre qu'il est postérieur à la décision attaquée fixant en principe le terme de la période soumise à l'examen de la Cour, n'est accompagné d'aucun élément médical. Il ne saurait avoir une influence ici.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18

E. 4.1.1

Dans ses rapports, la Dre D._____, psychiatrie et psychothérapie, indique notamment (cf. pièces des 17 mai, 30 septembre [ces deux connus de l'expert], 2 et 16 décembre 2021, ainsi que du 28 février 2022, dos. OAI 13, 15, 96, 108 et 245) que les premiers symptômes sont apparus en août 2020 et précise qu'il n'y a eu aucuns antécédents médicaux sur le plan psychique jusqu'à cet épisode. Les rapports avec son supérieur, lesquels avaient toujours été compliqués, se sont péjorés alors, suite au départ d'une personne "tampon"; elle supportait en outre de moins en moins les plaintes et l'agressivité des clients envers le SAV. Le suivi psychiatrique débute le 31 mars 2021. La praticienne diagnostique alors un épisode dépressif majeur d'intensité sévère (F32.2; épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, selon la CIM-10). Elle ne mentionne ni un caractère récurrent de l'atteinte, ni une problématique de personnalité. Dès septembre 2021, soit cinq mois plus tard, il y a une amélioration de l'état dépressif, une rémission de l'atteinte. Les symptômes, tous intenses auparavant, sont faibles ou moyens désormais; le suivi médical passe de deux à une fois par mois. Si l'état doit encore se stabiliser avant d'envisager une activité professionnelle quels que soient la place et l'employeur, une reprise totale est prévue dans environ 4 à 6 semaines, à réévaluer, car l'amélioration clinique est très récente. Par la suite, la psychiatre continuera d'attester une nette évolution positive. Début décembre 2021, un mois après l'examen d'expertise, sa patiente est dite faiblement limitée actuellement (concentration/attention, organisation/planification, capacité d'adaptation au changement); son taux d'occupation futur sera probablement de 80%; l'activité professionnelle est encore possible à plein temps, avec un rendement de 100%; elle n'a pas besoin d'une (autre) activité adaptée; le SAV devrait être évité; le pronostic est très bon; il n'y a pas de limitation pour les tâches ménagères si elle peut le faire à son rythme. Le médecin n'indique pas prescrire un

anxiolytique ou un somnifère. Enfin, le 22 février 2022, la doctoresse écrit avoir attesté une incapacité de 50% du 80%. Il persiste une anxiété sociale et des difficultés à s'affirmer. La patiente rapporte des troubles cognitifs (mémoire et attention). Elle risquerait de s'effondrer lors d'entretiens d'embauche si elle reprenait à son taux habituel de 80%. Un coaching dans le cadre de l'intervention précoce de l'AI serait probablement bénéfique à cet égard.

E. 4.1.2

Pour la Cour, rien dans ce qui précède n'est susceptible de jeter un doute sur le contenu et les conclusions de l'expertise. De fait, l'appréciation de la psychiatre traitante est proche de celle de l'expert en maints aspects (par exemple, évolution rapidement positive de l'atteinte, symptomatologie semblable et avec une intensité au plus moyenne déjà depuis septembre 2021). En outre, la praticienne ne rend aucunement compte d'une péjoration (déterminante) de l'état de santé et de ses conséquences sur la capacité de travail ainsi que d'exécution des tâches ménagères depuis l'expertise. Au contraire, c'est une évolution s'améliorant toujours franchement qu'elle rapporte. Dans ces conditions, on ne saisit pas qu'elle maintienne une incapacité de travail de 100% jusqu'au début 2022, et de 50% (d'un 80%) ensuite et à tout le moins jusqu'au début août 2022. Ce d'autant moins que, selon elle, dès décembre 2021 en tous les cas, aucune limite psychique n'existe relativement aux tâches ménagères, pourvu que sa patiente puisse les faire à son rythme, alors même que son incapacité de travail aurait été toujours totale dans le même temps. Une telle différence de manifestation des limitations fonctionnelles, qui amèneraient l'inexistence de ressources mobilisables dans la vie professionnelle, mais n'affecteraient pas l'existence de celles-ci dans les activités quotidiennes, la vie privée, n'est pas explicitée, ne convainc pas et a été niée à juste titre par l'expert (cf. arrêt TF 9C_710/2023 précité consid. 6.3). Il semble que la praticienne se fonde essentiellement sur les seules plaintes de sa patiente. Laquelle lui rapporte par exemple des difficultés de mémoire et de concentration, qui seraient des limitations fonctionnelles; or, non

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 seulement l'expert les a-t-il écartées, mais aucun (autre) médecin traitant ne les a observées spontanément, ni leur a prêté un caractère incapacitant, ni n'a jugé bon de procéder à un examen particulier y relatif (cf. infra). En outre, qu'un travail trop stressant, au SAV ou dans un espace collectif ne soit pas recommandé ne présente pas un caractère de maladie ou de limitation fonctionnelle durable et déterminante dont devrait répondre l'AI, ne serait-ce qu'au vu de la palette de places que sa formation et son expérience lui ouvrent. Enfin, on ne voit pas en quoi, médicalement, elle risquerait davantage de s'effondrer lors d'entretiens d'embauche si elle reprenait à son taux habituel de 80% plutôt qu'à un moindre, ni en quoi une fatigue et un manque de motivation pour l'exécution des tâches quotidiennes rendrait l'exécution de celles-ci "légèrement problématique", ni pourquoi cette circonstance même admise serait objectivement pertinente ici.

E. 4.2.1

La recourante soutient encore que l'atteinte somatique subie en 2014 a eu une influence délétère physique et psychique sur sa capacité de travail, qui perdure: après sa survenance, elle n'aurait plus pu assumer un taux de 100%; la concentration, la mémoire et la rapidité sont notamment touchées; elle subit en plus des céphalées régulières, parfois très invalidantes, et doit pour cela prendre un traitement quotidien. Elle a fait valoir cela la première fois avec ses objections au projet de décision l'OAI. Actuellement, même le taux

d'activité de 60-70% serait trop élevé.

E. 4.2.2

Les rapports du médecin traitant, le Dr E. _____, neurologie, du 7 janvier 2020 au

E. 4.2.3

Il est retenu dès lors qu'aucun élément ne fournit un doute, même minime, quant à l'expertise ni ne remet en question l'appréciation de la capacité de travail retenue par l'OAI, confirmée ici.

E. 5

La recourante remet en cause le recours à la méthode mixte en affirmant que, sans l'atteinte à la santé représentée par la thrombose de 2014 et ses conséquences, elle aurait continué de travailler à 100%. Implicitement, elle requiert donc l'application de la méthode ordinaire.

E. 5.1

Pour déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable dans un cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient par conséquent de procéder à une évaluation hypothétique incluant la prise en compte des choix également hypothétiques que l'assuré aurait faits. Pour concrétiser une telle évaluation, il y a lieu de prendre en considération des éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation, ses affinités et ses talents personnels (cf. arrêt TF 9C_612/2023 du 3 avril 2024 consid. 8 et les réf.). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 144 I 28 consid. 2.3 et 2.4; 137 V 334 consid. 3.2 et les réf.; arrêts TF 9C_612/2023 du 3 avril 2024 consid. 8; 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.1; 9C_337/2020 du 25 novembre 2020 consid. 2.2). La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité s'applique à l'assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps sans être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La méthode dite mixte s'applique lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité (cf. art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI).

E. 5.2

Les éléments suivants ressortent du dossier (cf. not. dos. OAI 117, 202, 210 et 246): selon son CV (cf. dos. OAI p. 202; également, extrait du compte individuel, dos. OAI 67), suite à un déménagement et à la naissance de son premier enfant, l'assurée cesse pendant quelque temps toute activité pour s'occuper de ce dernier; entre 2007 et 2009, elle travaille à 60%; début 2011, elle commence auprès de son dernier employeur, à 100%, taux qu'elle baisse à 80% le 1er janvier 2016; à l'expert, elle invoque à cet égard uniquement la naissance de son second enfant. Ainsi que vu plus haut, à aucun moment elle ne lui dit que la baisse de ce taux serait due à la thrombose de 2014 et à ses conséquences. De fait, avant de suggérer cela pour la première fois dans ses objections, l'assurée a constamment et clairement fait référence au taux "habituel", "usuel" et recherché de 80% (cf. demande de prestations,

entretiens avec l'APG et avec l'OAI, dans lequel à la question "Pour les personnes assurées ne travaillant pas à plein temps, sans atteinte à la santé, à quel taux travailleriez-vous ?", elle répond: "A 80% pour des raisons financières; inscription au chômage"). C'est à ce seul taux également que se réfèrent les médecins.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 En outre, l'assurée a expliqué (cf. expertise, p. 3) que son salaire à 80% joint à celui de son époux à 100% permettait le remboursement "sans problème" du prêt hypothécaire pour leur habitation ainsi que le paiement des charges (caisse-maladie, etc.), et qu'elle n'avait ni dette, ni poursuite. Dès lors, il n'est nullement hautement vraisemblable que la baisse du taux de travail de 100% à 80% le 1er janvier 2016 et son maintien ensuite était due à la thrombose de 2014 et à ses conséquences. Outre qu'une atteinte médicale objective et déterminante fondant cela fait défaut, comme vu plus haut, il apparaît bien plus que cette baisse relève de circonstances et de choix subjectifs dont ne saurait répondre l'AI. Ainsi, par exemple, du souhait de baisser ce taux à la naissance de son second enfant comme elle l'avait fait (et même dans des proportions plus importantes) lorsqu'elle n'en avait qu'un, désir s'inscrivant manifestement dans le cadre de la répartition des tâches, dont celles liées à la prise en charge des enfants, à l'âge toujours jeune actuellement, et du ménage, adoptées par les époux; de l'influence à cet égard de la bonne situation financière même lorsque l'assurée travaillait à temps partiel, à 80%; du fait que l'époux, responsable/chef d'équipe est occupé à 100%; de l'attente de l'assurée de disposer de temps "à côté du travail". En tenant compte aussi du principe dit des "premières déclarations" ou des "déclarations de la première heure", qui veut que, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence soit accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a), il est retenu que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à temps partiel (80%) ainsi que figurant dans la décision attaquée. Le recours à la méthode mixte était donc justifié. La répartition retenue par l'OAI (80% pour l'activité lucrative, 20% pour le ménage) ne doit pas être remise en cause.

E. 5.3

Le calcul de l'OAI relatif au taux d'invalidité ne souffre pas de critique non plus, notamment quant au recours, pour la partie lucrative, à l'enquête suisse sur la structure des salaires 2020 (EES; tableau TA1_tirage_skill_level, secteur 3, div. 77, 79-82, niveau 2, femme). Aucune déduction sur le salaire statistique n'était justifiée. Il n'y avait aucune invalidité pour la partie ménagère, notamment selon l'expert psychiatre. Partant, la Cour confirme le degré d'invalidité de la part professionnelle de 10.25%, celui de 0% dans celle ménagère, et celui total de 8.20%, qui ne donne pas droit à des prestations.

E. 5.4

Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. La procédure n'est pas gratuite. Des frais, par CHF 800.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils seront prélevés sur son avance de frais versée, d'un même montant.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par l'avance de frais du même montant. III. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en

trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 28 octobre 2024/djo La Présidente Le Greffier-rapporteur

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