

200.2016.933.AI
N° AVS A. _____
BOA/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 8 février 2018

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A.-F. Boillat, greffière



A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 29 août 2016

En fait:

A.

A. _____, née en 1959, mariée, mère de deux enfants adultes, est détentrice d'un CFC d'aide en pharmacie (1978). Elle a travaillé plusieurs années dans son domaine de formation (jusqu'en 1986) puis a exercé divers emplois à plein temps jusqu'en 1999, puis de manière irrégulière jusqu'en 2001, date à laquelle elle a cessé sa dernière activité professionnelle dans l'industrie horlogère. Entre mars 2008 et février 2009, elle a travaillé à son domicile pour une entreprise industrielle. Depuis lors, elle n'a plus exercé d'activité lucrative.

Indiquant souffrir de dépression depuis septembre 2008, elle a sollicité, en mai 2015, des prestations de l'assurance-invalidité (AI).

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée (généraliste et psychiatres traitantes). Par communication du 17 juin 2015, l'Office AI a informé l'assurée qu'elle n'avait actuellement pas droit à des mesures professionnelles, en précisant que son droit à d'autres prestations AI allait être examiné. En se fondant sur l'avis d'un médecin psychiatre du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) du 20 octobre 2015, l'Office AI a requis l'établissement d'une expertise sur le plan psychiatrique, dont les conclusions ont été rendues le 1^{er} avril 2016. Sur cette base, dans un préavis du 19 avril 2016, l'Office AI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser l'octroi de prestations AI. En dépit des objections formulées contre ce préavis par l'assurée, représentée par un avocat, et après avoir consulté à nouveau son SMR (rapport du 1^{er} juillet 2016), l'Office AI en a confirmé la teneur par décision (datée) du 29 août 2016.

C.

Par acte daté du 30 septembre 2016, l'assurée, par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais et dépens, elle a conclu, principalement, à l'annulation de la décision rendue par l'Office AI, le 29 août 2016, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2016, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé en vue d'une instruction médicale complémentaire et nouvelle décision. Elle a aussi demandé (recours p. 9 et 14) à être entendue personnellement par le TA et à ce que ce dernier enjoigne l'Office AI à produire certaines données statistiques.

Dans son mémoire de réponse du 18 novembre 2016, l'Office AI a conclu au rejet du recours. La recourante a répliqué le 12 décembre 2016, maintenant, en substance, ses précédentes conclusions. Elle a précisé (sur requête de la Juge instructrice) qu'elle souhaitait non seulement plaider oralement et publiquement sa cause lors d'une audience publique au sens voulu par l'art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH, RS 0.101), mais aussi être vue et entendue, à la même occasion, dans une audience d'instruction à laquelle assisterait la Cour du TA, dans sa composition de jugement (pas uniquement en présence de la juge chargée de l'instruction). Dans sa duplique du 4 janvier 2017, l'intimé a maintenu ses précédentes conclusions (rejet du recours) et renvoyé, pour le surplus, à sa réponse du 18 novembre 2016. Dans un courrier daté du 11 janvier 2017 adressé au TA, la recourante a réitéré sa réquisition de preuves visant à ce que soient produites, par l'intimé, certaines données statistiques, réquisition que la Juge instructrice a rejetée par décision incidente du 18 janvier 2017.

Par ordonnance du 1^{er} décembre 2017, la Juge instructrice a, d'une part, rejeté la requête de la recourante visant à être entendue lors d'une audience d'instruction. Elle a, d'autre part, donné suite à la requête de l'assurée au sens où une audience publique des plaidoiries (selon l'art. 6 CEDH) s'est tenue le 18 janvier 2018 devant le TA, à laquelle l'Office AI a renoncé à comparaître. A cette occasion, la recourante a maintenu

l'intégralité de ses précédentes conclusions. A l'issue de sa plaidoirie, le mandataire de l'assurée a déposé sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 29 août 2016 de l'Office AI représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à des prestations AI. L'objet du litige porte principalement sur l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente AI, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Est particulièrement critiquée par la recourante, la valeur probante (tant formelle que matérielle) de l'expertise psychiatrique sur laquelle s'est fondé l'intimé pour lui nier son droit à des prestations AI.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente (aussi à raison du lieu, malgré le domicile hors du canton de Berne de la recourante), par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGGA).

2.2 L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

2.3 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 LPGGA en relation avec l'art. 7 LPGGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2016 IV n° 2 c. 4.2, 2014 IV n° 2 c. 3.1). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

2.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et 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 fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4). L'expert évalue les

capacités fonctionnelles de la personne concernée en fonction des indicateurs pertinents. Les organes d'application du droit vérifient ensuite librement les indications fournies, en particulier le point de savoir si les médecins ont respecté le cadre normatif déterminant, c'est-à-dire s'ils ont exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2 phr. 1 LPGA) et si leur appréciation de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA; ATF 141 V 281 c. 5.2.2).

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Se fondant sur les conclusions de l'expertise du 1^{er} avril 2016, l'intimé, dans sa décision du 29 août 2016, a estimé que la recourante, qui a présenté, au plus, une incapacité de travail de (seulement) 30%, et par intermittence depuis 2010 (durant l'année 2010 et de février 2015 à février 2016), ne remplissait pas les conditions légales à l'obtention de prestations de l'AI.

3.2 La recourante, quant à elle, conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 1^{er} avril 2016, en invoquant des vices tant formels (absence d'indépendance de l'expert qui effectuerait de nombreux mandats pour l'AI, durée insuffisante de l'examen, grief quant à la langue [allemande] de l'expert, attitude désobligeante de ce dernier) que matériels (conclusions de l'expert en contradiction avec l'avis de la psychiatre traitante).

4.

Sur le plan médical, l'état de santé de la recourante se présente comme suit:

4.1 La prise en charge de l'assurée, en septembre 2008, par la psychiatre exerçant dans une clinique privée spécialisée dans le traitement des troubles psychiques, a mis en exergue un trouble de l'adaptation chez l'assurée, à connotation dépressive, en présence d'une patiente déclarant souffrir de dépressions depuis plusieurs années. Le soupçon d'un trouble bipolaire a également été mentionné. Dans ses observations cliniques, la spécialiste en psychiatrie a fait état d'une patiente orientée dans tous les modes, au contact facile, mais empreinte d'un sentiment dépressif fortement marqué, avec une labilité affective, par moment plaintive. Sont relevées également une concentration et attention parfois légèrement altérées, que cette clinicienne met en relation avec les fortes émotions dont l'assurée est en proie (conflits de voisinage).

4.2 Dans son avis médical du 9 juin 2015, la (nouvelle) psychiatre traitante, qui a soigné l'assurée de fin 2009 à fin 2010, puis dès mars 2015, a retenu, comme diagnostics ayant des effets sur la capacité de travail, un trouble schizo-affectif mixte existant depuis plus de quinze ans (F25.2 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé [OMS]), une personnalité paranoïde (F60.0 CIM-10) ou, en tant que diagnostic différentiel, une schizophrénie paranoïde et (notamment) des difficultés liées à l'entourage immédiat (Z63 CIM-10) et au mode de vie (Z72 CIM-10). Cette spécialiste a décrit une patiente fatiguée, usée

psychologiquement, marquée par la situation de mobbing qu'elle aurait vécue (autrefois) sur son lieu de travail (jusqu'en 2001), et par les conflits de voisinage. Elle a décrit l'assurée comme ayant une légère agitation psychomotrice, une irritabilité et une certaine nervosité en présence d'une attention et concentration diminuées, et a qualifié également l'humeur de la recourante comme étant triste et empreinte d'anxiété. Elle a également fait mention d'hallucinations auditives et corporelles. Quant au pronostic, la psychiatre traitante considère qu'il est réservé, dès lors que la maladie est, selon elle, chronifiée depuis plusieurs années. Dans l'évaluation de la capacité de travail, la psychiatre traitante estime que sa patiente est dans l'incapacité totale de travailler depuis 2009, et pour des raisons psychiatriques.

4.3 L'avis médical du 19 juin 2015 du généraliste traitant de l'assurée a mis en exergue, chez l'assurée et depuis février 2015, une décompensation d'un état anxio-dépressif, en présence d'une fragilité sous-jacente, pathologie considérée comme ayant des effets sur la capacité de travail de l'assurée. Sans effets sur celle-ci, une gonarthrose débutante, une hypertension (traitée) et une dyslipidémie ont été mentionnées. Sans chiffrer la capacité de travail de la recourante, ce praticien considère que les restrictions encourues sont d'ordre psychiatrique uniquement.

4.4 Suivant l'avis de la psychiatre du SMR, l'Office AI a requis, par mandat du 1^{er} février 2016, l'établissement d'une expertise sur le plan psychiatrique, sur laquelle il s'est fondé pour rendre la décision contestée, et dont les conclusions ont été consignées dans un rapport du 1^{er} avril 2016.

L'expert en psychiatrie, qui a examiné la recourante le 22 mars 2016, a retenu comme pathologie ayant des répercussions sur la capacité de travail, un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 CIM-10). Sans incidences sur la capacité de travail, il a mentionné des difficultés liées à l'orientation du mode de vie, matérialisées par des accentuations de certains traits de la personnalité (Z73.1 CIM-10) et des difficultés également liées à une situation psychosociale astreignante en raison des conflits que l'assurée a connus avec son voisinage (Z65 CIM-10). Sous l'angle psychiatrique, l'expert a estimé que la capacité de travail de

l'assurée était restreinte à hauteur de 30% durant l'année 2010 et de février 2015 à février 2016, alors que dès mars 2016, selon lui, l'assurée n'éprouverait plus de restrictions déterminantes d'un point de vue de l'AI (dossier [dos.] AI 22.1/14).

5.

5.1 La recourante conteste le caractère probant de l'expertise qui sert de fondement principal à la décision de l'intimé en avançant d'abord des critiques formelles.

5.1.1 A titre liminaire, il convient de préciser que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 9C_207/2012 du 3 juillet 2013), les exigences formelles de droit de participation des assurés définies par l'ATF 137 V 210 pour les expertises pluridisciplinaires doivent être étendues à l'organisation des expertises mono et bidisciplinaires. En l'espèce, il apparaît tout d'abord que le choix de l'expert (et des questions à lui poser) a fait l'objet d'un processus consensuel ou du moins impliquant la consultation/participation de la personne assurée (dos. AI 19). Il faut cependant relever qu'à réception de la convocation, la recourante n'a nullement réagi, ni à la lecture de l'identité de l'expert, ni quant à son lieu de travail (qui laissait supposer un environnement alémanique, quand bien même la convocation officielle par l'expert avait-elle été rédigée en langue française, dos. AI 21) et qu'elle ne s'est pas non plus exprimée immédiatement après l'examen auquel elle a été soumise par l'expert. Or, les règles de la bonne foi impliquent que la personne assurée doit faire valoir ses objections le plus tôt possible, après avoir pris connaissance des points déterminants de l'expertise envisagée (ATF 138 V 271 c. 1.1). En l'occurrence, s'il est vrai, à la connaissance de la Cour, que l'expert présentement consulté, spécialiste établi à son compte, se soit vu attribuer, régulièrement, ces dernières années, des mandats de la part de l'intimé, notamment pour des assurés de langue française (voir la liste des experts publiée sur site de l'intimé: [http://www.aibe.ch/fr/rubriques "Médecins", "Experts externes"](http://www.aibe.ch/fr/rubriques/M%C3%A9decins)), ce seul fait ne suffit pas, à lui seul, pour préjuger de la partialité de son rapport d'expertise (SVR 2009 UV n° 32 c. 6.2, 2008 IV n° 22 c. 2.4;

TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4, I 371/06 du 1^{er} septembre 2006 c. 5.3.2; RAMA 1999 p. 193 c. 3a/bb). Il ne faut en effet pas perdre de vue que la réalisation d'un tel mandat n'entre pas dans la sphère de compétence de n'importe quel médecin. Bien au contraire, la mise sur pied, le déroulement et la rédaction d'un rapport d'expertise sont soumis à des règles strictes, qui imposent aux médecins sollicités de disposer de connaissances particulières et, partant, d'acquérir une certaine spécialisation dans ce domaine médical également. Une administration de preuve visant à connaître le nombre et la proportion des mandats confiés à l'expert concerné par l'intimé ne fournirait aucun résultat susceptible d'influer sur le sort de la présente procédure.

5.1.2 De même, c'est à tort que la recourante critique le fait que le rapport d'expertise a été établi sur la base d'une seule entrevue de 90 minutes, insuffisante à ses yeux, de surcroît au vu de l'attitude (aux dires de l'assurée) peu respectueuse de l'expert. Bien que le temps consacré aux questions et à l'évaluation de la psychopathologie nécessaires à toute expertise psychiatrique doive être adéquat, rien n'indique - et la recourante n'avance du reste aucun argument concret à ce sujet - que des éléments déterminants auraient échappé à l'expert (TF 9C_747/2011 du 10 février 2012 c. 2.2.2, 8C_942/2009 du 29 mars 2010 c. 5.2). La durée de l'examen personnel ne représente qu'un des aspects du travail de l'expert; son but est essentiellement de confronter l'opinion que l'expert a pu se forger en étudiant les pièces médicales figurant au dossier avec ses propres observations au moment de l'expertise. A ce stade, l'expert n'évalue pas l'ensemble de la situation sans connaissances préalables et n'a pas à consacrer du temps à l'élaboration d'un traitement. De plus, force est de constater que le dossier médical mis à disposition de l'expert reflétait l'ensemble de la situation de la recourante au moment de l'expertise. Il comprenait non seulement les avis médicaux du généraliste traitant, mais également ceux des psychiatres traitantes de l'assurée. Quant au grief soulevé par l'assurée, qui invoque les propos désobligeants tenus par l'expert à son égard (recours p. 11), il ne saurait être approuvé. Comme l'ont relevé successivement les psychiatres traitantes, l'assurée est soumise à de fortes émotions (dos. AI 14) et le contenu de sa pensée est parsemé d'idées de persécution et d'injustices (dos. AI 8/3). A l'instar de

ses confrères, l'expert a lui-même dépeint la recourante comme étant une personne hypersensible (dos. AI 22.1/7), dont il a dépeint (et contrairement à l'avis de la recourante) la personnalité de manière respectueuse, utilisant les locutions de: personne vive, dotée d'un sens de l'humour, capable de rire d'elle-même et de sa relation compliquée avec ses voisins (dos. AI 22.1/5 et 6). Enfin, contrairement à ce que laisse entendre la recourante, le fait que l'expert a posé des questions au sujet des trois déménagements intervenus (scellés par deux ventes immobilières) dans le parcours de l'assurée (un ultime déménagement ayant eu lieu en mai 2016), ne relève pas d'une curiosité déplacée, mais bien plutôt d'un souci de (pouvoir) comprendre les agissements de l'assurée (épuisée par ses rapports de voisinage) dans le contexte d'une sensibilité et d'une émotivité exacerbées, et d'être à même de proposer une évaluation de l'invalidité renseignant sur les indicateurs définis par le TF. Au vu des pièces versées au dossier, il n'y a pas lieu de mettre en doute le fait que la recourante, eu égard à sa sensibilité, ait pu mal interpréter l'examen mené par l'expert et éprouver un sentiment de malaise. Une audition de la recourante à ce sujet, qui n'aurait pu que confirmer son impression subjective de manque de respect envers sa personne et son état de santé, n'apporterait pas non plus d'élément remettant en cause la fiabilité des constats consignés dans l'expertise.

5.1.3 Quant au fait que l'expert psychiatre est de langue maternelle allemande et, partant, a rédigé son rapport en allemand, cela ne suffit pas à inférer qu'il n'a pas compris l'assurée (recours p. 11) et qu'il ne maîtrise pas suffisamment la langue française pour mener une consultation psychiatrique dans cette langue. En l'occurrence, et concernant tout d'abord la langue parlée lors du déroulement de l'expertise, il apparaît qu'aucun élément ne permet de supposer que le rapport de l'expert contient des imprécisions dues à des difficultés de compréhension linguistique. Les connaissances de français de l'expert en psychiatrie n'ont d'ailleurs fait l'objet d'aucune contestation de la part de la recourante, que ce soit au moment de la communication régulière du mandat d'expertise confié à un médecin psychiatre exerçant en Suisse alémanique, durant le déroulement de l'expertise, ou encore immédiatement après que celle-ci eut été effectuée et avant d'en connaître son résultat (les griefs linguistiques ne sont intervenus qu'au stade de la procédure d'opposition).

Il apparaît du reste que l'expert comprend parfaitement le français, comme l'atteste son rapport d'anamnèse très détaillé et les événements qu'il a retranscrits sur la base des indications subjectives de la recourante et dont il n'a nullement pu prendre connaissance à la lecture du dossier AI de l'assurée (comme le fait que l'assurée a vécu un surmenage professionnel, notamment en raison d'une place de travail sur une chaîne de production plus exigeante alors qu'on lui aurait promis une place de travail dans un bureau, ou encore que le fils de cette dernière aurait enduré des réactions négatives injustifiées suite à un vol commis par l'un de ses camarades). Le TA relève également que les rapports médicaux du généraliste et de la psychiatre traitante, rédigés (en langue source) en français, ont été discutés avec un soin particulier, ces éléments ne faisant que renforcer le fait que l'expert domine parfaitement cette langue. Il s'ensuit que l'intéressée ne peut faire grief à l'intimé du contexte linguistique dans lequel s'est déroulée l'expertise psychiatrique, et ce, même si elle n'était alors pas encore représentée par un mandataire. Quant au fait que le rapport d'expertise ait été rédigé en allemand, il est patent, au vu de la formulation de l'opposition, puis, du recours, et de l'argumentation juridique avancée, que le mandataire de l'assurée a très bien compris le contenu de la décision et des documents figurant au dossier AI. De plus, à la réception du rapport d'expertise rédigé en allemand, la recourante n'en avait par ailleurs pas requis sa traduction en langue française. En conclusion, par son propre comportement, l'assurée a laissé entendre qu'elle s'était accommodée des conditions du déroulement de l'expertise et son grief relatif au choix de l'expert ou à la langue de l'expertise, invoqué pour la première fois au stade du préavis, après qu'elle a eu connaissance du résultat d'expertise, apparaît de toute évidence tardif (TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 c. 4.1.1 et 4.1.2).

5.1.4 Au surplus, force est de constater que l'expert en psychiatrie désigné par l'intimé a rendu ses conclusions en tenant compte des plaintes subjectives de la recourante, de son anamnèse détaillée (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) et des documents au dossier de la cause. Ces résultats ont été arrêtés en pleine connaissance du dossier. La description du contexte médical y est claire et les conclusions sont bien motivées. D'un point de vue formel, à tout le moins, l'expertise

psychiatrique répond aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (c. 2.5 supra). Le caractère probant de l'évaluation psychiatrique doit donc être apprécié en fonction de ses qualités matérielles.

5.2 L'assurée soulève par ailleurs des griefs matériels à l'encontre de l'expertise. S'il y a lieu de constater qu'aucun indice ne parle en faveur d'une atteinte somatique influençant la capacité de travail (fait demeuré incontesté par la recourante), l'assurée estime que l'expert a sous-évalué la gravité de ses atteintes psychiques.

5.2.1 Alors que la psychiatre traitante a retenu des troubles de nature psychotique (F25.2 CIM-10: trouble schizo affectif mixte; F20.0 CIM-10: schizophrénie paranoïde) ou à titre de diagnostic différentiel, un trouble de la personnalité (F60.0: personnalité paranoïde), l'expert en psychiatrie, quant à lui, a conclu, avec effets sur la capacité de travail, à l'existence d'une pathologie (moins sévère) appartenant à la famille des troubles anxieux (F41.2: trouble anxieux et dépressif mixte).

5.2.2 Il appert que, pour arriver à ses conclusions médicales, l'expert a tout d'abord soigneusement dressé l'anamnèse de l'assurée. Il a ensuite consigné le résultat de ses constatations objectives: il a ainsi décrit la recourante comme étant soignée et habillée simplement. Il a qualifié son attitude de vive avec une gestuelle rapide et l'a décrite comme étant orientée (quant aux personnes, lieu, temps et situation). Il a relevé également une capacité de concentration intacte, un mode de pensée cohérent, un très bon niveau de langage (français fluide) et l'absence d'hallucinations tactiles ou auditives (tant selon ses propres constatations que selon les propos tenus par l'assurée). Il a nié également la présence d'un sentiment permanent d'oppression, n'omettant toutefois pas de prendre en considération une légère appréhension latente chez la recourante lorsqu'elle doit faire face à d'éventuelles réactions négatives de tierces personnes. Si l'expert a certes relevé que l'assurée était capable de rire, également avec humour, sur sa situation personnelle, il a également fait état d'un affect par moment déprimé (sans idées suicidaires), qu'il met en relation avec l'hypersensibilité de la recourante sur certains sujets délicats (comme ses rapports de voisinage) et dont il en a logiquement

déduit des accentuations de certains traits de sa personnalité dans des situations bien précises de la vie pouvant se présenter. Puis, selon une analyse scientifique logique, il a cherché, dans un premier temps, à expliquer l'origine de la fragilité psychique de l'assurée, pour la relier avec pertinence (partageant en cela l'avis de ses confrères) à une période stressante et peu heureuse dans la vie professionnelle (durant les années 2000/2001) de la recourante (soumise à des impératifs de production en sus d'un environnement collégial peu aimable) et à des relations de voisinage extrêmement tendues. Tenant compte de cette fragilité psychique latente, qu'il décrit comme un sentiment d'angoisse mêlé à une humeur altérée, l'expert a expliqué de manière convaincante pourquoi il excluait toute atteinte (plus sévère) de nature psychotique (contrairement à la psychiatre traitante qui considère, quant à elle, qu'une telle pathologie existe depuis plus de quinze ans). En effet, sur la base des éléments figurant au dossier AI, et que l'expert a mis en exergue dans son argumentation, il apparaît, tout d'abord, que la symptomatologie psychique de l'assurée a connu une phase de bonne évolution, durant plusieurs années, sa fragilité psychique n'ayant plus nécessité de suivi psychiatrique (depuis fin 2010 jusqu'en mars 2015, dos. AI 22.1/5), ni imposé une médication incisive (celle-ci étant même inexistante, l'assurée ne s'astreignant pas régulièrement à la prise de ses médicaments), raison pour laquelle l'expert a exclu, de manière convaincante, toute pathologie de type schizotypique. L'expert psychiatre a également relevé avec pertinence que les éléments caractérisant les troubles schizophréniques, à savoir des idées délirantes relativement stables avec des sentiments de persécution accompagnés d'hallucinations, n'étaient pas objectivables chez la recourante. Il apparaît en effet, selon les déclarations (énergiques) de la recourante à l'expert (dos. AI 22.1/8), propos réitérés dans son recours (p. 11), que c'est à tort que la psychiatre traitante avait retenu que sa patiente était en proie à des hallucinations auditives ou tactiles, et qu'elle avait, ainsi, fondé son raisonnement médical sur un état de fait totalement erroné. Au vu de ce qui précède, il n'y a donc pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert, qui a exclu la présence, chez la recourante, d'un trouble de nature schizophrénique, que ce soit sous la forme d'une schizophrénie paranoïde (F20 CIM-10) ou un trouble schizo affectif (dans

ce dernier cas de figure s'ajoutent encore des symptômes dépressifs; F25.2 CIM-10).

En relation avec un éventuel trouble de la personnalité (personnalité paranoïde selon la psychiatre traitante), l'expert a également démontré avec conviction que la faible intensité de l'altération de la personnalité de l'assurée ne suffisait pas à poser un diagnostic appartenant à la famille des troubles du comportement. En effet, dans un tel cas figure, il apparaît, au vu des explications médicales exposées sous la rubrique F60 CIM-10, que les troubles du comportement s'accompagnent généralement d'un bouleversement personnel et social considérable et persistant, ce qui n'est nullement le cas en l'espèce. En effet, comme l'a relevé l'expert, l'assurée n'est pas isolée socialement, elle est entourée de son mari et de ses enfants et se réjouit de la vente aboutie de leur maison familiale assortie du prochain déménagement de la famille dans une commune (plus grande) d'un autre canton, pleine d'espoirs d'une tranquillité et stabilité recouvrées. Prenant néanmoins en considération la présence d'une hypersensibilité chez l'assurée, l'expert a retenu une possible accentuation des traits de la personnalité de cette dernière (Z73.1 CIM-10), qui se manifeste dans certains domaines bien précis de la vie (en l'occurrence les rapports de la recourante aux autres, en particulier ses voisins). Si les catégories Z00-99 de la CIM-10 recensent des facteurs influant sur l'état de santé, ils ne représentent pas, au sens de la jurisprudence du TF, des atteintes à la santé invalidantes au sens de l'AI (TF 9C_14/2014 du 30 avril 2014, SVR 2008 IV n° 15 c. 2.2.2.2). Partant, au vu de ce qui précède, le TA se rallie aux conclusions de l'expert (concordant par ailleurs avec celles du généraliste traitant qui suit l'assurée depuis plusieurs années, dos. AI 16), fondées sur un raisonnement abouti, et retient qu'il existe, chez l'assurée, une fragilité psychique peu marquée où interagissent des tendances anxieuses et dépressives, sans prédominance de l'une ou de l'autre et sans pour autant que l'intensité ne soit telle qu'elle justifie qu'il faille en déduire un diagnostic autonome.

5.2.3 Au vu des considérations qui précèdent, il s'ensuit que, matériellement, le volet psychique de l'expertise revêt un caractère probant. Le TA n'a aucune raison de s'écarter des conclusions relatives à la

capacité de travail auxquelles elle aboutit, à savoir que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dès janvier 2011 et jusqu'en janvier 2015, puis, qu'elle se trouvait dans l'incapacité de travailler à hauteur de 30%, de février 2015 (correspondant à la reprise de son suivi psychiatrique chez sa psychiatre traitante) jusqu'en février 2016, alors que, depuis mars 2016 (moment où s'est déroulée l'expertise) et jusqu'au moment de la décision querellée, l'assurée était à même d'assumer un travail à plein temps, sans perte de rendement, que ce soit dans sa dernière activité ou dans toute autre activité lucrative adaptée.

5.3 Le 30 novembre 2017, le TF s'est prononcé dans deux arrêts de principe concernant l'évaluation des (possibles) effets invalidants des souffrances psychiques. Il s'est ainsi distancié du bref épisode de la jurisprudence relative aux dépressions, et a étendu désormais le contrôle des indicateurs de la jurisprudence des troubles somatoformes douloureux ("jurisprudence des douleurs", ATF 141 V 281) à l'ensemble des souffrances psychiques. Le TF a également précisé certains indicateurs. En l'occurrence, dans l'évaluation du trouble anxieux et dépressif dont la recourante est atteinte (cf. c. 5.2.2), il appert que l'expert psychiatre a (déjà) fondé son raisonnement en procédant à une analyse selon la grille d'évaluation structurée prévue dans l'ATF 141 V 281, et en tenant compte du catalogue d'indicateurs (tant des facteurs de contrainte que du potentiel de compensation). Au vu de ces éléments également, le TA n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expert.

5.4 Il découle de ce qui précède que la cause est suffisamment instruite et que le rejet des réquisitions de preuve de la recourante ne peut être que confirmé.

6.

6.1 L'assurée a déposé sa demande de prestations AI en mai 2015, de sorte qu'un droit à une rente pourrait prendre naissance six mois plus tard, soit à partir de novembre 2015 (art. 29 al. 1 LAI). Or, il appert qu'à cette dernière date et jusqu'au moment de la décision contestée, au vu des conclusions de l'expertise (dont la force probante est admise), la

recourante n'a jamais présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b et c LAI), cette moyenne atteignant chez elle tout au plus le taux de 30% début février 2016. Un refus de rente est donc tout à fait justifié.

6.2 Au vu de l'incapacité de travail de 30% admise par l'expert de février 2015 jusqu'en février 2016, l'intitulé "Refus de prestations AI" de la décision contestée pourrait prêter à discussion et doit être précisé. En effet, la question de l'(éventuel) octroi d'autres prestations (qu'une rente) pourrait se poser. Il apparaît à l'évidence que les conditions d'un droit de la recourante à d'autres prestations durables que la rente (allocation pour impotent, voire contribution d'assistance) ne sont manifestement pas non plus remplies. Ne se pose donc que la question d'éventuelles mesures d'intervention précoce au sens de l'art. 7d LAI (pour lesquelles il n'existe pas de droit opposable et qui ne correspondent pas au contexte de la présente cause) ou de réadaptation (art. 8 à 27^{bis} LAI). Parmi ces dernières (et si l'on prend en considération les mesures réservées aux adultes), même s'il est vrai que pour avoir droit à de telles prestations, il n'est pas nécessaire que l'invalidité ait atteint le degré minimum ouvrant le droit à la rente (cf. c. 6.1), il n'en demeure pas moins que l'assurée doit être invalide ou menacée d'invalidité (art. 8 LAI). Or, en l'espèce, il appert qu'au terme de la période soumise à l'examen du TA (août 2016), la recourante disposait d'une pleine capacité de travail depuis plusieurs mois (depuis mars 2016) et que même une menace d'invalidité doit être exclue. Comme, de par leur caractère, les mesures de réadaptation ne peuvent être octroyées rétroactivement, la recourante ne pourrait plus non plus en bénéficier pour la période pendant laquelle une incapacité de travail lui a été reconnue. Du reste, elle n'a pas non plus protesté contre la communication du 17 juin 2015 lui niant, en l'état, tout droit à des mesures professionnelles.

Au vu de ce qui précède, le refus de l'intimé (formulé de manière générale) d'octroyer des prestations AI à l'assurée apparaît comme justifié.

7.

7.1 Il résulte de l'ensemble de ce qui précède que le recours doit être rejeté, la recourante ne remplissant pas les conditions légales pour bénéficier de prestations de l'AI pour la période couverte par la décision contestée.

7.2 La recourante n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

7.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

4. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire de la recourante (avec un exemplaire du procès-verbal de l'audience CEDH du 18 janvier 2018),
- à l'intimé (avec un exemplaire du procès-verbal de l'audience CEDH du 18 janvier 2018),
- à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:
e.r.: J. Desy, greffier

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).