



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2020 44

Arrêt du 3 décembre 2020

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marianne Jungo, Dominique Gross
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Me Natasa Djurdjevac
Heinzer, avocate

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité; rente limitée dans le temps

Recours du 11 mars 2020 contre la décision du 12 février 2020

considérant en fait

A. A._____, née en 1967, domiciliée à B._____, mariée, titulaire d'une licence en psychologie, travaillait en tant que conseillère en évolution professionnelle auprès de C._____.

Elle est en incapacité de travail médicalement attestée depuis le 11 juin 2015.

B. Le 16 février 2016, elle a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison de "*troubles mentaux [...] épisode actuel juin 2015*". Elle précisera ensuite que sa dépression est en lien avec des actes de mobbing sur son lieu de travail.

Le 14 avril 2017, l'assurée a repris l'exercice d'une activité lucrative à un taux de 80% auprès d'un autre employeur, taux diminué à 70% à partir du 1^{er} octobre 2017.

Par courrier du 26 juin 2017, l'OAI a informé son assurée qu'il estimait nécessaire de diligenter une expertise auprès du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le 5 juillet 2017, cette dernière s'est opposée au choix de l'expert qu'elle n'estimait ni neutre, ni impartial. Par décision incidente du 7 mars 2018, l'OAI a maintenu l'expertise auprès dudit médecin, estimant que les motifs invoqués n'étaient pas pertinents. Cette décision a été confirmée par le Tribunal cantonal statuant sur recours (605 2018 98) le 20 août 2018.

Entretemps, dans son rapport du 11 août 2018, le Dr D._____ a retenu une incapacité complète de travail jusqu'au 30 septembre 2017 et une capacité de travail de 70% par la suite, n'estimant pas l'assurée capable d'exercer une activité adaptée à un taux supérieur. Il a par ailleurs fait part de ses doutes concernant le pronostic à moyen terme.

Par décision du 12 février 2020, reprenant un projet du 12 novembre 2018, l'OAI a reconnu à son assurée le droit à une rente entière du 1^{er} août 2016 au 30 septembre 2017, celle-ci étant supprimée par la suite.

C. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Natasa Djurdjevac Heinzer, avocate, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 11 mars 2020, concluant à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2017.

A l'appui de son recours, elle soutient que l'OAI n'a pas examiné quelle activité était effectivement exigible compte tenu de son état de santé, en se fondant uniquement sur son ancien salaire de cadre réduit de 30%. Selon elle, elle ne possède plus les ressources pour effectuer une activité à responsabilités, ce que confirmeraient également les pièces médicales. Elle estime dès lors que la comparaison des revenus doit être réalisée entre son ancienne activité de cadre exercée à 100% et sa nouvelle activité de conseillère en orientation exercée à 70%.

Le 2 avril 2020, l'assurée s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

Dans ses observations du 9 avril 2020, l'OAI propose le rejet du recours, renvoyant à la motivation de sa décision et aux pièces de son dossier.

Invitée à se prononcer sur le fond du litige en sa qualité de fonds de prévoyance LPP intéressé, E._____ n'a pas donné suite au courrier d'appel en cause.

Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1. *Recevabilité*

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, la recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2. *Règles relatives à l'invalidité*

2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors 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 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.

3. Règles relatives à l'instruction médicale

3.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

3.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

3.3. Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa).

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 permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

4. *Discussion relative à l'instruction médicale*

4.1. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr D._____.

Dans son rapport du 11 août 2018, l'expert-psychiatre retient le diagnostic invalidant de *"personnalité état-limite avec des éléments sensitifs relativement marqués"* et le diagnostic non invalidant de *"trouble dépressif majeur, récurrent, de gravité légère éventuellement moyenne"*. Il estime que l'assurée était en incapacité complète de travail jusqu'au 30 septembre 2017. Par la suite, il fixe la capacité de travail à un maximum de 70% dans son activité actuelle, indiquant que le fonctionnement de l'assurée pourrait conduire à des problèmes dans le monde du travail. Il précise que l'état de santé implique des *"capacités adaptatives réduites"* et *"l'absence de possibilité d'apprentissage par l'expérience"*. Il s'estime par ailleurs dubitatif concernant le pronostic à moyen terme, *"car maintenant le moindre conflit, les moindres difficultés, sont susceptibles d'entraîner la mise en œuvre de mécanismes projectifs comme cela a été le cas à de multiples reprises dans le passé"* (dossier OAI, p. 216). Dans un complément du 11 juin 2019, l'expert précise ce qui suit: *"si tant est que [l'assurée] ne supporterait pas le stress et soit incapable d'apprentissage, elle dispose de nombreuses compétences professionnelles qui sont susceptibles de lui permettre une activité dans une petite structure adaptée à son profil et à ses compétences"* (dossier OAI, p. 300).

L'expert a pu avoir une pleine connaissance du cas en se fondant sur le dossier mis à sa disposition par l'OAI, sur un entretien avec l'assurée, des tests psychométriques et un rapport complémentaire du psychiatre traitant. Il procède également à une étude approfondie des problématiques médicales et professionnelles, expliquant de manière détaillée les motifs le

conduisant à retenir l'existence d'un trouble de la personnalité et son impact sur la capacité de travail.

L'on constate néanmoins que l'expert-psychiatre retient l'existence d'une incapacité complète de travail jusqu'au 30 septembre 2017, alors même que l'assurée a repris l'exercice d'une activité lucrative le 15 avril 2017, d'abord à 80% jusqu'au 30 septembre 2017, puis à 70% depuis lors et jusqu'à ce jour. Il s'agit manifestement d'une coquille, ce qui justifie une correction des conclusions du médecin. Celles-ci doivent être modifiées dans le sens où une incapacité complète de travail doit être reconnue jusqu'au 14 avril 2017 et non jusqu'au 30 septembre 2017.

Pour le surplus, l'expertise du Dr D. _____ remplit les conditions formelles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Le Dr F. _____, spécialiste en anesthésiologie, du Service médical régional (SMR), confirme par ailleurs que ce rapport *"remplit les critères de qualité requis d'une expertise médicale"* et admet que *"ses conclusions peuvent être validées sous l'angle de la médecine d'assurance"* (dossier OAI, p. 255).

4.2. L'avis du Dr D. _____ est au demeurant concordant avec les conclusions du psychiatre traitant de l'assurée, le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 29 septembre 2017, celui-ci retient en effet également que sa patiente souffre d'une dépression récurrente – alors en rémission – et d'une modification de la personnalité. Il relève des limitations dans la capacité de concentration (*"sentiment de ne plus pouvoir se concentrer dans des situations de stress"*), dans la capacité d'adaptation (*"sensibilité au stress et aux changements"*) et dans la résistance (*"fatigabilité"*) (dossier OAI, p. 141). Cela le conduit à fixer la capacité de travail à 70% (dossier OAI, p. 139; cf. ég. p. 248).

Cet avis est également confirmé par la lecture de l'état de fait puisque l'assurée est en mesure de travailler à un taux de 70%, soit le taux retenu par l'expert-psychiatre, auprès de son employeur actuel.

4.3. Partant, l'on retient que l'assurée était en incapacité complète de travail jusqu'au 14 avril 2017.

Par la suite, elle doit se voir reconnaître une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, tenant compte de ses capacités adaptatives réduites et de l'absence de possibilité d'apprentissage par l'expérience.

5. Règles relatives au calcul du degré d'invalidité

5.1. La *méthode ordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

5.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la

plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées).

5.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références).

6. Discussion relative au droit à la rente

6.1. Dans sa décision du 12 février 2020, l'OAI a d'abord considéré que la recourante devait se voir reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} août 2016 au 30 septembre 2017, son état de santé s'étant amélioré début octobre 2017.

L'on constate d'emblée que la date du 30 septembre 2017 ne prend pas en compte les trois mois figurant à l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201; cf. arrêt TF 9C_687/2018 du 16 mai 2019 consid. 2). En effet, selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1).

Cependant, comme indiqué ci-avant, il convient de tenir compte d'une amélioration de la capacité de travail au 14 avril 2017, ce qui a pour effet que le droit à la rente entière devrait cesser au 30 juin 2017 au lieu du 30 septembre 2017.

En l'occurrence, il est renoncé à corriger la décision contestée sur ce point dans la mesure où cette correction apparaît d'une importance très relative (arrêt TF H 161/06 du 6 août 2007 consid. 5.6 *in* SVR 2008 AHV n° 8) et compte tenu du fait que, si la loi permet à l'autorité de recours de procéder à une *reformatio in pejus*, il s'agit là d'une simple faculté (cf. ATF 119 V 241 consid. 5).

Partant, le droit à une rente entière du 1^{er} août 2016 au 30 septembre 2017 est confirmé.

6.2. Pour la période ultérieure, l'autorité intimée a procédé à la comparaison des revenus de valide et d'invalidé. S'agissant d'abord du revenu de valide, elle a retenu un montant de CHF 143'072.50.

Ce montant correspond au montant que l'assurée percevait en 2016 auprès de son ancien employeur pour une activité à un taux de 100% (cf. dossier OAI, p. 44 et 154). Compte tenu des circonstances du cas d'espèce, il peut être confirmé dans son principe.

Il convient néanmoins d'adapter ce montant à l'évolution des salaires nominaux (indices de 103.231 pour 2016 et 103.3703 pour 2017, cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux par branches 2011-2017, 84 Administration publique). Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 143'265.55.

6.3. S'agissant ensuite du revenu d'invalidé, l'OAI a retenu un montant de CHF 100'150.75. A lire la décision, il apparaît que ce montant correspond à l'ancien salaire de l'assurée, réduit à la capacité de travail médicalement attestée (70% de CHF 143'072.50).

Cependant, aucun élément au dossier ne rend vraisemblable que la recourante soit aujourd'hui en mesure d'atteindre un tel revenu, ni même qu'elle soit encore apte à pratiquer l'activité afférente à celui-ci. Par ailleurs, ce calcul équivaut à une simple comparaison de pourcentages. Or, de jurisprudence constante, il n'est qu'exceptionnellement admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail (Cf. ATF 114 V 310 consid. 3; 104 V 135 consid. 2b; arrêt TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). De telles circonstances ne sont ici pas remplies.

Il convient plutôt de privilégier un revenu d'invalidé se basant sur la situation professionnelle concrète de l'assurée. A ce stade, la Cour se doit de relever qu'il n'est pas clairement indiqué pour quels motifs l'OAI ne s'est pas, en premier lieu, référé à ce montant au titre de revenu d'invalidé. La décision n'est que peu claire à cet égard, n'examinant manifestement pas cette question pourtant soulevée par la recourante dans ses objections du 15 janvier 2019.

L'assurée est au bénéfice d'un contrat de travail de durée indéterminée depuis octobre 2017 et obtient un revenu annuel de CHF 78'204.- pour un travail à 70%, à savoir le pourcentage évoqué par l'expert-psychiatre. Cela correspond à un revenu annuel de CHF 111'720.- pour un 100% (cf. dossier OAI, p. 150). Ce montant est bien supérieur au salaire médian de CHF 88'728.- pour un emploi nécessitant un niveau de compétence élevé selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2016 (ESS 2016, TA1_tirage_skill_level, total, femmes, niveau de compétence 4). Il est, en revanche, proche du salaire moyen des cadres supérieurs et moyens, à savoir CHF 106'332.- par an pour un 100% (Office fédéral de la statistique, Salaire mensuel brut selon la position professionnelle et le sexe en 2016, position 1+2, femmes).

Cette activité de conseil en orientation pour la formation professionnelle post-obligatoire met par ailleurs pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle exigible. En particulier, l'expert-psychiatre indique que *"ce taux d'activité est probablement le maximum qu'elle puisse réaliser"* et l'assurée *"a une légère baisse de sa capacité de travail en raison de capacités adaptatives limitées dans son activité professionnelle, tout comme sa vie sociale et de loisirs, qui semblent relativement restreintes. L'assurée ne supporte guère de stress, a beaucoup de peine à se relationner avec autrui en raison d'une certaine méfiance, a tendance à mal interpréter, sur un mode projectif, les intentions de son environnement"*.

Partant, il se justifie de retenir le montant de CHF 78'204.- comme revenu d'invalidé.

6.4. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 143'265.55) et d'invalidé (CHF 78'204.-) que la perte de gain se monte à CHF 65'061.55.

Cela correspond à un degré d'invalidité de 45.41%, soit 45% (cf. ATF 130 V 121).

Un degré d'invalidité supérieur à 40% donne droit à un quart de rente.

7.

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que, bien fondé, le recours doit être admis et la décision du 12 février 2020 modifiée dans le sens où l'assurée a droit à un quart de rente à partir du 1^{er} octobre 2017. Elle est confirmée pour le surplus.

Compte tenu de l'admission du recours, l'assurée a droit à une indemnité de partie. Le 10 septembre 2020, sa mandataire a transmis une liste des opérations facturées à la protection juridique pour un total de 35.9 heures. Toutefois, la liste de frais produite prend en compte des opérations bien antérieures à la décision du 12 février 2020 et qui n'ont, dès lors, pas à être prises en charge dans le cadre de la présente procédure.

Dans ces circonstances, la Cour s'écarte des opérations qui y figurent et fixe l'indemnité d'office, selon sa libre appréciation (cf. art. 11 du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative; Tarif JA, RSF 150.12). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif JA), l'indemnité de partie est fixée à un montant total de CHF 2'207.85, à savoir à CHF 2'000.- au titre d'honoraires (8 heures à CHF 250.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 157.85 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

Compte tenu de l'issue du litige, il convient d'astreindre l'autorité intimée qui succombe au paiement des frais de procédure de CHF 800.-. L'avance de frais effectuée par la recourante, à raison de CHF 800.-, lui est restituée.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision du 12 février 2020 est modifiée dans le sens où l'assurée a droit à un quart de rente à partir du 1^{er} octobre 2017. Elle est confirmée pour le surplus.

II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée.

III. L'avance de frais effectuée par la recourante, à raison de CHF 800.-, lui est restituée.

IV. L'indemnité de partie est fixée à CHF 2'207.85, dont CHF 157.85 au titre de la TVA (7.7%). Elle est intégralement prise en charge par l'autorité intimée.

V. 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 3 décembre 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :