

FR_GERICHTE 605 2014 191 vom 11. Mai 2016

FR Kantonsgericht, 2016-05-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_191

FR: FR_GERICHTE 605 2014 191 du 11 mai 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2014 191 del 11 maggio 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière. b) L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, 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). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 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 donc 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. 3

a) On applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 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. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêt TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.1). b) Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, ce dernier peut être tenu de quitter son poste de travail, voire de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité plus lucrative, ou encore d'accepter un emploi le contraignant à changer de domicile, en vertu de son obligation de réduire le dommage résultant de l'invalidité. L'effort à consentir par l'assuré est d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle, l'ensemble des circonstances devant être prises en considération, conformément au principe de proportionnalité, applicable de manière générale en droit des assurances sociales (arrêt TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 3).

E. 4

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1). 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (arrêt TF 9C_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 3). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157; RAMA 1996 n°256 p. 217 et les références). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

E. 5

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité. Cette dernière s'estime incapable de travailler à un taux supérieur à 50% dans son activité actuelle ou dans une quelconque autre activité et sollicite de la part de l'OAI l'octroi d'une demi-rente d'invalidité ou du moins la mise en œuvre d'une nouvelle expertise afin d'évaluer son état de santé et sa capacité résiduelle de travail. L'OAI considère pour sa part que son assurée n'a pas de droit à une rente et que l'instruction relative à son état de santé et sa capacité de travail est suffisante et complète. Il convient dès lors d'examiner la capacité de travail de cette dernière, laquelle relève principalement d'une appréciation médicale de sa situation. a) Situation socioprofessionnelle et médicale Née à H. _____ en 1980, la recourante a seulement effectué six années d'école primaire et n'est au bénéfice d'aucune formation professionnelle. A son arrivée en Suisse en 1997, elle a d'abord travaillé comme

agricultrice pendant deux ans, puis en tant qu'aide-jardinière de 1999 à 2006, date à laquelle elle a été licenciée à la suite d'une incapacité de travail. Elle a finalement été engagée en qualité d'employée s'occupant de la préparation des légumes dans une petite société dénommée D. _____, société pour laquelle elle travaille toujours à un taux de 50%. Elle signale depuis 2009, sans facteur traumatique déclenchant, l'apparition de douleurs lombaires basses ainsi que des cervicalgies et des occipitalgies. Il est toutefois précisé que l'IRM cervicale effectué le 14 octobre 2009 met en évidence une protrusion discale C4-C5 et C5-C6, sans compression radiculaire. De même, le 14 décembre 2009, le Dr I. _____, spécialiste en radiologie, décrit sur l'IRM de la colonne totale, une cyphose de la colonne cervicale, de discrètes protrusions cervicales C4-C5 et C5-C6, sans compression radiculaire. Dans un rapport du 6 janvier 2011, le Dr E. _____, médecin généraliste FMH, indique la persistance de douleurs lombaires avec un syndrome douloureux généralisé dans un contexte

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 d'une surcharge psychosociale. Il précise néanmoins dans ce rapport qu'il n'a pas trouvé l'origine de la symptomatologie douloureuse, mais qu'il y a une tendance à l'hypermobilité qui pourrait jouer un rôle. Le 9 juillet 2011, le Dr J. _____, spécialiste en anesthésie au Centre de la douleur de l'Inselspital décrit dans son rapport médical un syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral chronique avec tendomyose généralisée. Dans son rapport du 15 décembre 2011, il décrit un syndrome lombo-vertébral chronique depuis 2003, suite à l'accouchement. Il met en évidence une dysbalance musculaire avec hyperlordose, hypermobilité et déficience de la sangle abdominale et dorsale. Il a proposé un reconditionnement intensif avec pratique d'exercices réguliers. Depuis la naissance de son enfant en 2003, la recourante souffre de douleurs rachidiennes, tant cervicales que lombaires qui fluctuent et se sont exacerbées depuis janvier 2012. Dans son rapport médical du 8 février 2012, le Dr E. _____, a diagnostiqué à l'assurée des « chronisches Lumbovertebralsyndrom, chronisches Cervico-cephales Schmerzsyndrom, Beruflich körperliche Ueberlastung ». En raison de ses lombalgies, elle a été mise au bénéfice d'une incapacité de travail à 50% dès le 16 juin 2012. Le Dr E. _____ indique dans son rapport médical du 4 juillet 2012 adressé à l'assurance perte de gain AXA Winterthur, la persistance de douleurs lombaires basses et cervicales persistantes. Dans son expertise du 8 novembre 2012, requise par l'assurance perte de gain, le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne, décrit un syndrome lombo-vertébral et cervico-brachial chronique dans un contexte d'une protrusion discale C4-C5 et C5-C6. Il estime toutefois la capacité de travail de la recourante à 100% dans une activité adaptée limitant le port de charges à 15 kg. Pour sa part, le Dr E. _____ dans son rapport médical du 9 octobre 2012 estime toujours que la capacité de travail de sa patiente ne peut excéder 50%. Il a également précisé le diagnostic de cette dernière en mentionnant qu'elle souffrait également de « chronischer Spannungskopfschmerz ». A la demande de l'OAI, le SMR a établi un rapport médical en date du 23 janvier 2013 qui conclut que son emploi actuel n'est plus approprié et que selon les informations contenues dans les différents rapports médicaux, une activité professionnelle adaptée consisterait en « une activité légère, avec port de charges de 10 à 15 kg, permettant de travailler sans mouvements répétitifs de flexion ou d'inclinaison du corps et l'évitement du contact régulier avec l'eau froide ». Il considère ainsi que dans une activité adaptée d'un point de vue médico-théorique la recourante pourrait travailler à 100% sans diminution de rendement après un reconditionnement musculaire adéquat. Dans un rapport médical du 23 avril 2013, le Dr E. _____ relève que la place de travail de sa patiente est déjà adaptée et insiste sur le fait

qu'elle ne peut pas travailler à plus de 50%. Par ailleurs, il prétend qu'une autre activité n'est pas non plus exigible, étant donné que son employeur actuel a été extrêmement compréhensif et a adapté son poste à sa capacité de travail réduite. Suite au projet de décision de l'OAI du 18 juin 2013, le Dr E. _____ lui a adressé un nouveau rapport médical le 3 juillet 2013, indiquant que le syndrome lombo-vertébral et cervico-brachial était chronique et que grâce aux efforts thérapeutiques et la compréhension de son employeur, sa patiente avait pu être maintenue à son poste, toutefois cette dernière ne pouvait pas travailler à un taux supérieur à 50%.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 En date du 11 février 2014, l'OAI suite aux recommandations du SMR mandate deux experts pour réaliser une expertise bidisciplinaire afin de préciser le diagnostic, ses limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur sa capacité de travail. Dans son expertise du 9 avril 2014, le Dr F. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a constaté lors de l'examen de la recourante « la présence d'un syndrome cervico-brachial et lombo- vertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. L'examen des différentes articulations ne met pas en évidence de signe inflammatoire ou systémique. Au niveau des épaules, il n'y a pas de signe de conflit ou de tendinopathie. L'examen frappe cependant par la présence de douleurs péri- articulaires multiples, probablement imputable à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec diminution du seuil de déclenchement à la douleur ». Par ailleurs, d'un point de vue paraclinique, il relève que « le bilan radiographique effectué jusqu'à ce jour est rassurant, il n'y a pas de discopathie, il n'y a pas de troubles dégénératifs rachidiens, tant facettaires que postérieurs, la RX des mains est également dans les normes, il n'y a pas de troubles dégénératifs ou érosifs. L'ultrasonographie des épaules est dans les normes ». Il conclut ainsi que « d'un point de vue rhumatologique, dans son activité actuelle de conditionnement de légumes, cette activité nécessitant des positions debout prolongées, sa capacité de travail peut être estimée à 90%. Cette activité est partiellement adaptée, vu qu'elle n'est pas obligée de porter des charges de plus de 3 kg. Dans une activité adaptée, en alternant les positions et en évitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg, sa capacité de travail est totale ». Il explique enfin pourquoi il se distingue de l'avis du médecin de famille : « Cette appréciation se différencie de celle du Dr L. _____, qui estime une incapacité de travail à 50%. Il n'y a pas d'argument radiologique ni de socle somatique pouvant expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Il n'y a pas d'amyotrophie, il n'y a pas de trouble sensitivo-moteur, les réflexes sont vifs. L'assurée s'habille, se déshabille et se meut de manière fluide, elle est capable de descendre et de monter deux étages d'escaliers et de rester assise pendant tout l'entretien sans opter de position antalgique. Dès lors, on note une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée, l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de vie quotidienne et professionnelle, et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour. » Dans son rapport d'expertise du 31 juillet 2014, le Dr G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, constate pour sa part que « l'assurée ne présente aucune pathologie psychique incapacitante, ni trouble de la personnalité. Elle dispose d'un environnement familial et social tout à fait adéquat. En d'autres termes, sa capacité de travail médico-théorique d'un point de vue psychiatrique a toujours été entière sans baisse de rendement, dans toute activité adaptée à ses éventuelles limitations somatiques. L'assurée est très revendicatrice de son identité de malade, et ne paraît pas pouvoir se projeter dans la reprise d'une activité professionnelle à un taux supérieur à 50%. Une réadaptation ou un reclassement professionnels sont voués à l'échec et ne sont d'ailleurs pas

indiqués. L'assurée pourrait retrouver même une petite activité simple, peut-être moins lourde physiquement, si tant est que son activité actuelle n'est pas adaptée, ce qui ne semble pas être le cas selon l'expertise du Dr F._____. » En se basant sur l'expertise médicale bidisciplinaire ainsi que son dossier, l'autorité intimée a, dans la décision entreprise, finalement retenu que l'assurée était apte à exercer une activité adaptée à 100%.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 En date du 24 septembre 2014, le Dr L._____ a adressé un dernier rapport médical à l'autorité intimée, suite à sa décision de refus de prestations, indiquant qu'une augmentation du taux de travail n'était guère possible, sa patiente ayant déjà tenté à plusieurs reprises, mais sans succès. b) Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans relève que le médecin traitant et les divers experts consultés ne s'accordent pas sur la capacité résiduelle de travail de la recourante. En l'espèce, les différents médecins sollicités sont unanimes sur le diagnostic, la recourante souffre d'un syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral chronique, sans compression radiculaire. Les douleurs ressenties par l'assurée n'ont toutefois pour l'heure pas pu être objectivement expliquées et aucun des traitements entrepris (physiothérapie, traitement par Lyrica, traitement par antidépresseurs, la pratique d'électrothérapie transcutanée, un reconditionnement musculaire et l'ostéopathie) n'a eu d'effet positif durable. Pour retenir que l'assurée était apte à exercer à plein temps une activité adaptée, l'autorité intimée s'est essentiellement basée sur le dossier médical de la recourante et en particulier sur les expertises du Dr F._____, spécialiste en rhumatologie et Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. La Cour constate que ces expertises sont probantes. Elles se fondent sur des examens complets et ont été établis en pleine connaissance du dossier, après que le médecin ait personnellement reçu la recourante, de sorte qu'elle a pu s'exprimer. Enfin, les conclusions sont dûment motivées. Elles ont de plus été établies en pleine connaissance de l'anamnèse et prennent en considération les plaintes exprimées par l'assurée et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude approfondie. L'appréciation et les conclusions médicales des deux experts sont au demeurant partagées par le Dr K._____, spécialiste en médecine interne, ainsi que cela ressort de son expertise médicale du 8 novembre 2012. Seul le Dr L._____, médecin de famille a en définitive retenu que sa patiente était incapable de travailler à un taux supérieur à 50% dans toute activité. Ses rapports médicaux ne remplissent toutefois pas les critères jurisprudentiels au niveau du contenu pour avoir une valeur probante. Ils ne sont en effet guère convaincants ni dûment motivés, dans la mesure où son auteur n'expose pas en quoi la situation clinique de la recourante l'empêcherait d'exercer une activité légère et adaptée à temps plein. Enfin, on doit également partir du principe qu'au vu de sa relation de confiance avec sa patiente, le médecin traitant s'exprime plutôt dans un sens favorable à cette dernière. Le Dr F._____ précise notamment que son appréciation se différencie de celle du Dr L._____, qui est catégorique et indique une incapacité de travail à 50%. Il explique clairement qu'il n'existe aucun argument radiologique ni de socle somatique pouvant expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Il précise encore qu'il n'y a pas d'amyotrophie, ni de trouble sensitivo-moteur et que les réflexes sont vifs. Il fait dès lors état d'une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée, l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de vie quotidienne et professionnelle et les examens cliniques et paracliniques effectués. A cet égard, le Dr L._____ a également admis dans son rapport médical du 6 janvier 2011 qu'il n'avait pas trouvé d'origine à la symptomatologie douloureuse, mais qu'il y avait une tendance à l'hypermobilité qui pouvait jouer un rôle. Par ailleurs, le Dr G._____ relève également que l'assurée ne

présente aucune pathologie psychique incapacitante, ni trouble de la personnalité. Il souligne même qu'il faut éviter la multiplication d'investigations médicales à visée exploratoire ou

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 chirurgicale face à toute nouvelle plainte, afin de ne pas fixer l'assurée dans son identité de malade. Les trois experts ont ainsi retenu de manière claire et univoque que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail avec un rendement conservé dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Aussi leurs expertises satisfont entièrement aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. c) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans retient que dans son activité actuelle consistant à conditionner des légumes, la capacité de travail de la recourante peut-être estimée à 90%, mais qu'elle est capable d'exercer à plein temps une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir, en alternant les positions et en évitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg. d) La recourante conteste en outre le fait de pouvoir exercer une autre activité adaptée au vu de son état de santé et des exigences du poste recommandé par les experts qui rendent vaine toute recherche d'emploi. Il convient d'examiner si le changement d'activité est ou non exigible, étant rappelé que la Cour de céans a retenu que la recourante avait une capacité de travail totale dans une activité adaptée. L'assurée allègue que les possibilités de réadaptation par l'employeur ont toutes été explorées et qu'elle-même a fait tout ce qui était possible pour réduire le dommage. Toutefois, changer d'emploi pour exercer une activité adaptée aux troubles fait également partie des mesures que l'assurée doit prendre pour réduire le dommage. Ainsi, la recourante est tenue de le faire, d'autant plus que dans le cas présent, une activité adaptée, notamment dans la production industrielle légère, lui permettrait non seulement de réduire un éventuel dommage, mais également d'obtenir un revenu égal voire supérieur à celui qu'elle touche en exerçant son activité de conditionnement de légumes à plein temps. Par ailleurs, son âge et son niveau de formation ne sont pas de nature à l'empêcher de trouver un travail adapté. En effet, la recourante était âgée de 34 ans au moment où la décision attaquée a été rendue. A cet âge, on peut raisonnablement admettre qu'il existe des possibilités réalistes de retrouver un emploi. Son manque de formation n'est pas non plus déterminant. S'il est vrai que les restrictions induites par ce manque peuvent limiter dans une certaine mesure les possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait toutefois considérer qu'elles rendent cette perspective illusoire. Il n'est à tout le moins pas arbitraire ni contraire au droit fédéral d'affirmer que le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre important sont adaptées aux limitations de la recourante, lesquelles sont en l'espèce: activité légère avec port de charges de 10 à 15 kg maximum non répétitif, pas de mouvements répétitifs de flexion ou d'inclinaison du corps, évitement de contact régulier avec l'eau froide et accessibles sans formation particulière si ce n'est une mise au courant initiale (arrêt TF 9C_67/2015 du 23 juin 2015). L'allégation de la recourante selon laquelle les exigences des postes recommandés rendraient illusoire et vaine toute recherche d'emploi doit dès lors être rejetée. De plus, on doit nier que les limitations sont à ce point importantes qu'elle ne pourrait pas trouver une place de travail dans un tel marché. Enfin, la décision attaquée n'empêche néanmoins pas la recourante de poursuivre son activité actuelle. En effet, le Dr F. _____ estime sa capacité de travail à 90% dans son emploi actuel. L'OAI lui a accordé une aide au placement le 18 juin 2013. Il appartient dès lors à cette dernière de prendre contact avec l'autorité intimée afin de la mettre en place si elle le souhaite.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 Ainsi, il pourrait être exigé de la recourante qu'elle change d'activité professionnelle, puisque dans une activité adaptée elle aurait une capacité totale de travail. Par ailleurs, elle pourrait réaliser un revenu supérieur à celui de son activité actuelle, ce qui exclut le droit à une rente. Néanmoins, ce n'est pas une nécessité, puisque sa capacité médico-théorique a de toute façon été considérée comme presque entière dans son activité actuelle et qu'un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Dès lors, même si la recourante poursuit son activité actuelle au vu de sa capacité de travail à 90%, elle n'aurait pas non plus de droit à des prestations de l'assurance invalidité.

E. 6

Partant, au vu des considérants qui précèdent, le recours du 17 septembre 2014, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 27 août 2014 confirmée. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, ici fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est alloué aucune indemnité de partie. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 11 mai 2016/smt Président Greffière

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