

FR_GERICHTE 605 2020 70 vom 3. Dezember 2020

FR Kantonsgericht, 2020-12-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_70

FR: FR_GERICHTE 605 2020 70 du 3 décembre 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2020 70 del 3 dicembre 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 26

février 2019, le second a considéré qu'aucune activité n'était exigible mais qu'il serait possible d'envisager, en cas de traitement adéquat, un début de réhabilitation professionnelle à 50% à partir du 1er avril 2019. S'étant fait produire ces deux rapports d'expertise, le médecin du Service médical régional (ci-après: SMR) n'a pas été convaincu par les conclusions de l'expert-psychiatre. L'OAI a dès lors mandaté G. _____ pour un nouvel examen bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie). Dans leur rapport du 30 octobre 2019, les deux experts considèrent que la capacité de travail de l'assurée est de 100% dans toute activité. Par décision du 20 février 2020, reprenant un projet du 17 décembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel, en l'absence d'éléments permettant de justifier une incapacité de travail durable. C. Contre cette décision, l'assurée interjette recours devant le Tribunal cantonal le 20 avril 2020 concluant, avec suite de frais et dépens, à la mise sur pied d'une nouvelle expertise et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. A l'appui de ses conclusions, elle estime que les conclusions de son psychiatre-traitant et du Dr F. _____ créent un doute quant à celles de G. _____, ce qui justifie selon elle de réaliser une nouvelle expertise. Le 25 mai 2020, l'assurée s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 8 mai 2020, l'OAI propose le rejet du recours sous réserve de sa recevabilité, renvoyant aux considérants de sa décision et aux pièces de son dossier. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 en droit 1. Recevabilité Interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension des délais légaux entre le 21 mars et le 19 avril 2020 selon l'ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (RS 173.110.4) – 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 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. Principes généraux 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. 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). 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 2ème 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 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. Dispositions relatives à l'appréciation des preuves Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. 3.1. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 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). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 3.3. Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 4. Evaluation des pièces médicales et de la capacité de travail Est en l'occurrence litigieux le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité ce qui implique, dans un premier temps, d'évaluer l'impact de son état de santé sur sa capacité de travail. 4.1. Pour rejeter la demande de prestations, l'OAI s'est fondée sur les conclusions des experts de G. _____, à savoir le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et le Dr

I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le travail des deux experts se fonde sur l'examen des pièces du dossier de l'assurance-invalidité, complétées de divers documents supplémentaires produits en cours d'expertise, ainsi que sur des entretiens avec l'assurée de 1.50 heures et 2.10 heures. A ces occasions, cette dernière a été en mesure de décrire les atteintes à sa santé ainsi que leur impact sur sa vie quotidienne. Elle a pu également détailler les maltraitances subies durant son enfance. Pour leur part, les deux experts ont pu procéder à un examen complet de l'assurée et ont, suite à leurs examens respectifs, réalisé une discussion consensuelle, proposant des conclusions communes. Ils ont, par ailleurs, procédé à un examen des taux sériques, lesquels attestent d'une mauvaise compliance et devraient justifier un monitoring en vue de réduire le préjudice à la santé.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 Dans leur rapport du 30 octobre 2019, les deux experts diagnostiquent notamment un "syndrome douloureux persistant localisé au pli inguinal G d'origine indéterminée" (M79.6), un "syndrome douloureux chronique ubiquitaire dans le cadre d'une fibromyalgie" (M79.7), un "trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen" (F33.1) et un "trouble mixte de la personnalité" (F61.0). Ils expliquent ce qui les conduit à retenir ces différents troubles de manière détaillée, tant dans leur rapport consensuel que dans leurs parties respectives. Sur le plan psychiatrique, ils décrivent, notamment, les motifs les conduisant à écarter le diagnostic de trouble schizo-affectif – en l'absence de symptômes schizophréniques francs – pour considérer que seuls perdurent des traits pathologiques de la personnalité regroupés sous le vocable trouble mixte de la personnalité. Ils retiennent l'existence d'un trouble dépressif récurrent de par la présence dans le passé d'au moins un épisode dépressif. Sur le plan rhumatologique, ils constatent l'existence de deux problèmes différents, l'un en lien avec un syndrome douloureux persistant localisé au pli inguinal gauche dont l'origine est possiblement en relation avec une endométriiose en présence de varices peri-utérines, l'autre en lien avec un syndrome douloureux chronique ubiquitaire dans le cadre d'une fibromyalgie, se référant à différents critères en la matière. S'agissant de la capacité de travail, les deux experts concluent à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, étant précisé que l'ancienne activité de serveuse est considérée comme telle. Ils estiment qu'une telle activité ne doit pas nécessiter le port de charges fréquent de plus que 5 kg, doit permettre le changement des positions du corps et ne pas surcharger les articulations. Sur ce plan également, les deux experts procèdent à une démarche argumentée et conforme, notamment, à la jurisprudence en vigueur quant à l'évaluation des troubles psychiques. Ils constatent ainsi que l'assurée possède des ressources, réduites en raison des troubles somatiques mais nombreuses sur le plan psychiatrique. Ils constatent des difficultés liées aux ennuis de santé de ses enfants, à ses ennuis financiers ainsi qu'à ses traits pathologiques de personnalité d'un registre impulsif et dépendant. Néanmoins, ils relèvent l'existence d'incohérences en l'absence de diminution uniforme des activités dans tous les domaines de l'existence. Dans le cadre de son recours, l'assurée conteste les faits retenus par les experts. A titre d'unique exemple, elle indique ce qui suit: "[Ce rapport] atteste de faits inexacts, tels qu'en page 27, point 5.2.3 « Mme est bronzée elle nous dit avoir été à la piscine avec les enfants ». [Elle] n'est pas allée à la piscine, mais à la rivière qui se trouve juste à côté de chez elle, pour les enfants. Pas pour elle-même et pas par plaisir". Cependant, l'on peine à comprendre en quoi la nuance – ici, une activité à la rivière au lieu de la piscine – aurait un impact sur les conclusions des deux experts, étant précisé que le fait que l'assurée ait emmené ses enfants en baignade ne semble pas avoir eu une quelconque influence dans le raisonnement de l'expert-rhumatologue, le seul mentionnant ce fait. Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'expertise

pluridisciplinaire doit se voir reconnaître une entière valeur probante, en présence de conclusions convaincantes et motivées. 4.2. La Cour constate que les conclusions des experts de G._____ quant à l'absence d'impact des atteintes somatiques sur la capacité de travail ne sont pas mises en cause par les autres avis médicaux au dossier. 4.2.1. Ainsi, l'assurance perte de gain maladie avait auparavant mandaté le Dr E._____ pour qu'il réalise également une expertise de l'assuré.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 Dans son rapport du 5 octobre 2018, celui-ci retenait notamment les diagnostics de "syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique", de "syndrome cervicobrachial et lombopyalgies [gauches] récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire" et d'"omalgies [gauches] sans signe de conflit ou de tendinopathie". Selon lui, ces diagnostics influençaient la capacité de travail en raison des douleurs et d'une fatigue récurrente. Pour ces raisons, il estimait à 60% la capacité de travail dans l'activité de serveuse et à 80% dans une activité adaptée. Il ne détaillait néanmoins pas les contours de cette activité dès lors que, à ses yeux, les limitations fonctionnelles étaient "essentiellement imputables au vécu douloureux devenu chronique avec cristallisation de la symptomatologie douloureuse". Néanmoins, dans les deux cas, il précisait qu'il était possible d'améliorer la capacité de travail pour atteindre un 100% dans un délai de deux mois avec la prise en charge thérapeutique adéquate. Celle-ci devait consister en une physiothérapie, en une amplification de la médication et dans l'éventuelle utilisation d'une ceinture lombaire (dossier OAI, p. 73). S'il existe une différence entre les conclusions Dr E._____ et celles de G._____, force est de constater qu'elles sont surtout diagnostiques. En revanche, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travailler, les différents experts s'accordent quant à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En cela, l'expert mandaté par l'assurance perte de gain confirme les conclusions de ceux mandatés par l'assurance-invalidité. 4.2.2. Pour sa part, dans ses rapports du 19 juin et du 13 novembre 2018, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, évoque en dernier lieu les diagnostics de "syndrome cervico-brachial et lombopyalgies gauches récurrentes sur signe radiculaire irritatif ou déficitaire" qu'en raison d'une fibromyalgie et d'un "syndrome dépressif". En lien avec les troubles somatiques, il mentionne des limitations dans les efforts physiques, le port de charges, la marche prolongée et la position stationnaire prolongée. Néanmoins, il affirme que sa patiente n'est plus en mesure de travailler, que ce soit dans l'activité habituelle d'employée de restauration ou dans une activité mieux adaptée (dossier OAI, p. 32 et 60). Le généraliste retient donc des diagnostics et des limitations fonctionnelles semblables aux experts de G._____ mais diverge avec ces derniers lorsqu'il s'agit de quantifier la capacité de travail, qu'il estime nulle. Pourtant, sur ce point essentiel, le médecin-traitant ne donne aucune explication convaincante, susceptible de mettre en cause les conclusions des experts, qui considèrent que la capacité de travail de la recourante est entière. Par ailleurs, les deux rapports très sommaires – quatre pages en tout – du médecin traitant n'apportent aucun élément qui justifierait de se distancier des conclusions largement motivées – 67 pages d'une écriture dense et détaillée – des experts de G._____, par ailleurs confirmées par le Dr E._____. En outre, l'on ne doit pas perdre de vue que le généraliste n'émet des certificats d'incapacité de travail totale qu'entre le 18 avril 2018 et le 12 février 2019, ceux-ci étant par la suite signés par le psychiatre traitant (cf. bordereau recours, pièces 4 à 49). Il est ainsi vraisemblable qu'à ses yeux ce ne sont pas les troubles somatiques qui justifient une incapacité de travail, mais bien les troubles psychiques. Au demeurant, de jurisprudence constante, il convient de rappeler que la relation de confiance qui unit le

médecin traitant à son patient justifie de privilégier l'opinion motivée d'un expert (cf consid. 3.2 ci-avant).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Dans ce contexte, les conclusions du Dr J. _____ ne permettent pas de mettre en cause le volet rhumatologique de l'expertise de G. _____.

4.2.3. Les autres médecins somaticiens ne tranchent pas la question de l'impact des troubles somatiques sur la capacité de travail de l'assurée. La Dre K. _____, généraliste, médecin adjoint à la clinique de médecine de L. _____, indique ainsi ne pas pouvoir répondre aux questions de l'OAI (dossier OAI, p. 85). Le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indique uniquement qu'il "faut considérer que l'origine neurologique et orthopédique [des atteintes] est peu probable" sans trancher la question de l'impact de ces dernières sur la capacité de travail (dossier OAI, p. 39). Enfin, le Dr N. _____, spécialiste en neurologie, n'a été consulté qu'à titre diagnostic et relève que les résultats de l'EMG sont normaux (dossier OAI, p. 38).

4.3. Le Dr F. _____ n'est pas parvenu aux mêmes conclusions que son confrère, le Dr I. _____, de G. _____. Dans son rapport du 26 février 2019, il retient pour sa part les diagnostics de "trouble dépressif caractérisé, récurrent, avec caractéristiques psychotiques" (F33.3), de "trouble à symptomatologie somatique avec douleurs dominantes chroniques" (F45.12) et de "personnalité borderline, de type abandonnique, décompensée" (F60.3). Selon lui, l'on ne peut pas exiger de l'assurée qu'elle travaille dans une quelconque activité. Cependant, proposant d'intensifier le nombre de consultations et d'augmenter le dosage des psychotropes, il pense qu'il serait possible d'envisager un début de réhabilitation professionnelle à 50% à partir du 1er avril 2019 (dossier OAI, p. 102). L'on précise, à ce stade, que le Dr O. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, renvoie à l'appréciation de cet expert-psychiatre dans un rapport peu détaillé du 1er juillet 2019 (dossier OAI, p. 94). Les conclusions du Dr F. _____ n'ont, cependant, pas convaincu le Dr P. _____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR. Dans un rapport du 15 juillet 2019, celui-ci indique en particulier ce qui suit: "Sur le plan psychiatrique, les diagnostics retenus par l'expert sont peu convaincants. Interpréter une « impression occasionnelle d'une ombre noire qui passe derrière elle » comme une hallucination visuelle ayant valeur de symptôme psychotique, ce qui permet de qualifier l'épisode dépressif de sévère, ne remplit pas les critères de la CIM-10 pour ce diagnostic. De même, le diagnostic de « personnalité borderline, de type abandonnique, décompensée » repose plus sur des hypothèses psychodynamiques liées à l'enfance de l'assurée qu'à des éléments objectifs remplissant les critères d'un trouble de la personnalité au sens de la CIM-10. Conséquemment, l'incapacité de travail qui découle de diagnostics ne remplissant pas les critères d'une classification internationale reconnue ne peut pas être validée sous l'angle de la médecine d'assurance. En outre, le rapport d'expertise psychiatrique ne remplit pas formellement les exigences d'une expertise AI en raison de l'absence d'analyse des « indicateurs standards » définis par la jurisprudence, notamment concernant la cohérence et les ressources de l'expertisée" (dossier OAI, p. 133). Force est de constater que les critiques émises par le médecin du SMR – que l'on peut reprendre dans le cadre du présent jugement – sont fondées. L'on constate, par ailleurs, que le Dr F. _____ n'a eu à sa disposition qu'un dossier très réduit – ne mentionnant que trois rapports médicaux dont deux très sommaires – de sorte que l'on peut légitimement se demander s'il était en mesure d'avoir une claire image de la situation de l'assurée, notamment du contexte médical.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Cette méconnaissance peut expliquer la présence – relevée par le médecin du SMR – de nombreuses hypothèses dans les réflexions de l'expert-psychiatre. C'est dès lors à juste titre que l'OAI s'est écarté des conclusions du Dr F. _____ – et, par extension, de celles du Dr O. _____ qui y renvoient – et a mandaté G. _____ pour une nouvelle expertise, dont les conclusions, comme il a été dit plus tôt, apparaissent fondées et convaincantes. L'avis du Dr I. _____ peut dès lors être suivi. 4.4. Partant, la Cour se rattache aux conclusions des experts de G. _____ et retient que l'assurée est en mesure de travailler à temps plein, sans perte de rendement dans une activité adaptée. Une telle activité ne doit pas nécessiter le port de charges fréquent de plus que 5 kg, doit permettre le changement des positions du corps et ne pas surcharger les articulations. Si l'on considère, suivant en cela l'avis des deux experts de G. _____, que l'activité de serveuse précédemment réalisée par l'assurée est conforme à ces limitations, il ressort donc de l'ensemble de ce qui précède que l'assurée n'est pas limitée dans l'exercice de celle-ci. Dans cette hypothèse, c'est dès lors à juste titre que l'OAI lui a nié le droit à une rente. 5. Comparaison des revenus Cela étant, le droit à une rente serait quand même nié à l'assurée si l'on estimait, par hypothèse, que l'activité de serveuse ne serait plus exigible de sa part. En effet, dans ce cas, le degré d'invalidité se calculerait selon la méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI), laquelle s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, 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). Dans cette hypothèse, le montant retenu au titre de revenu de valide serait fixé à CHF 46'800.- pour l'année 2018, conformément aux indications de l'ancien employeur (dossier OAI, p. 141). Pour sa part, le revenu d'invalidé serait fondé sur les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016, tableau TA1. Dès lors que le TA1, niveau de compétence 1, de l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes de la recourante sur le marché du travail équilibré (cf. arrêts TF 9C_830/2017 du 16 mars 2018 consid. 5; 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2; 9C_833/2017 du 20 avril 2018 consid. 5.1). La référence au niveau de compétence 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que la recourante ne possède aucune autre formation ou expérience dans ce domaine, absence influençant manifestement le revenu auquel elle pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires). Partant, le revenu de valide correspondrait à un montant mensuel de CHF 4'363.-, soit CHF 52'356.- annuellement (ESS 2016, TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, femmes). Ce montant devrait être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 52'800.50, indices de 2709 pour 2016 et 2732 pour 2018, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 prix à la consommation et des salaires réels, femmes) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2018 (CHF 55'044.50, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, tous les secteurs). Au vu de la capacité de travail de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidé serait donc fixé à CHF 55'044.50. Il ressortirait de la comparaison des revenus de valide (CHF 46'800.-) et d'invalidé (CHF 55'044.50) l'absence de toute perte de gain, ce qui confirme, dans cette hypothèse également, que c'est à juste titre que l'OAI a refusé de prester. 6. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être

rejeté et la décision du 20 février 2020 confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé d'indemnité de partie. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 3 décembre 2020/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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