

FR_GERICHTE 605 2022 52 vom 2. März 2023

FR Kantonsgericht, 2023-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_52

FR: FR_GERICHTE 605 2022 52 du 2 mars 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2022 52 del 2 marzo 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 19

avril au 9 mai 2022, lesquels font état d'un épisode dépressif sévère (F32.2), d'une anxiété généralisée (F41.1) et d'agoraphobie avec trouble panique (F40.1). Appelé à déposer une éventuelle détermination écrite, l'OAI a communiqué le 22 juin 2022 à la Cour de céans l'analyse du SMR du 20 juin 2022 de la Dre I._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, ainsi que celle de la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie, lesquelles confirment les conclusions relatives à l'exigibilité médico-théorique. F. Dans une correspondance spontanée du 17 novembre 2022, l'assurée informe la Cour de céans qu'elle a recouvré une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée (vendeuse auprès de K._____ à L._____) depuis le 1er octobre 2022. Elle a commencé un emploi sur appel et a travaillé 78 heures au mois d'octobre pour un salaire horaire brut de CHF 18.10, ce qui correspondrait à un taux d'activité de 44% pour ce mois. Selon les discussions qu'elle a eues avec son employeur, elle peut s'attendre à un taux d'activité s'approchant d'un 50%. Elle estime que ces nouveaux éléments devraient entrer en ligne de compte pour le calcul de son taux d'invalidité à partir du mois d'octobre 2022, en lieu et place du salaire statistique selon l'ESS.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 19 G. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles 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. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente, par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.20) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou l'état de faits postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette

modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur depuis le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables dans la mesure où la demande a été déposée en août 2019 concernant une atteinte à la santé survenue dans le courant du mois de février de la même année ; le droit à la rente aurait ainsi pris naissance au plus tôt le 1er février 2020.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 19 3. 3.1. Aux termes de l'art. 8 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputé 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. D'après une jurisprudence constante, 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). 3.2. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à 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. 3.3. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2ème phrase, LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 19 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. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). 3.4. D'après l'art. 16 LPGA, 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. 4. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; arrêt TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1 et la référence citée). 4.1. 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 citée). 4.2. En ce qui concerne le revenu d'invalidité, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (FRESARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 421 par. 286).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 19 Si l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]). Aux fins de déterminer le revenu d'invalidité, les salaires fixés sur la base des données statistiques de l'ESS peuvent à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Une telle déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne (ATF 146 V 16 consid. 4.1; 126 V 75 consid. 5b/aa). Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits 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). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3; 135 V 297 consid. 5.2; 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 précité consid. 5b/bb; arrêt TF 8C_50/2022 du 11 août 2022 consid. 6.1.2 et les références citées). 5. 5.1. 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 (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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). 5.2. 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

Tribunal cantonal TC Page 9 de 19 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). 5.3. 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 saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). 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). 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). 6. En l'espèce, le litige porte sur le taux d'invalidité de la recourante, respectivement sur l'évaluation de sa capacité de travail et la valeur probante des expertises figurant au dossier. La recourante critique les expertises figurant au dossier. Elle relève que le diagnostic posé par la Dre F. _____ dans son expertise psychiatrique repose exclusivement sur les observations faites lors de l'entretien écartant l'essentiel de ses plaintes sans utiliser le moindre outil propre à la science psychiatrique. Elle indique aussi que son syndrome douloureux lombaire persistant plus de 2 ans après la prise en charge psychiatrique, il paraît cohérent que le trouble de l'adaptation ait pu évoluer vers un trouble dépressif, en raison de l'épuisement de ses ressources psychiques. Et à plus de deux ans de l'apparition des symptômes, la question de la présence d'un trouble somatoforme douloureux se pose.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 19 Quant à l'expertise rhumatologique de la Dre E. _____, la recourante estime qu'elle est trop ancienne et ne se prononce pas sur la

capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée deux ans et trois mois plus tard, en l'absence du reconditionnement espéré. Elle considère ainsi qu'il est nécessaire d'ordonner une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) pour compléter l'instruction.

6.1. Période antérieure à octobre 2022 – avant la reprise d'un emploi Le Dr M. _____, spécialiste en radiologie, a réalisé une IRM lombaire le 27 février 2019 et conseillé d'investiguer une potentielle spondylarthropathie axiale qui est manifestement présente à l'imagerie en plus d'atteintes dégénératives usuelles. Dans son rapport médical du 6 octobre 2019, le médecin traitant, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne, pose le diagnostic de syndrome lombovertébral chronique depuis novembre 2018. Dans son rapport médical du 20 mai 2019 puis dans celui du 3 décembre 2019, le Dr O. _____, spécialiste en rhumatologie, indique que cette patiente présente des lombofessalgies avec parfois des cruralgies bilatérales depuis environ deux ans. Il n'y a pas de critères de gravité dans le sens d'une atteinte neurologique. L'IRM lombaire effectuée en février montre des troubles dégénératifs articulaires postérieurs avec une réaction inflammatoire étagée. Au niveau des sacro-iliaques, il y a des modifications qui peuvent faire évoquer une sacro-illite. Les douleurs n'ont pas de caractère inflammatoire (donc pas de rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie). Il y a par contre une surcharge mécanique des articulations postérieurs lombaires dans un contexte de troubles statiques. Ce médecin relève qu'un programme régulier de rééducation intensive visant à améliorer la mobilité et à renforcer la musculature lombo-abdominale dans un centre spécialisé serait probablement bénéfique. A ce stade, il n'y a pas assez de critères pour envisager un traitement antirhumatismal de type anti-TNF. Dans son expertise rhumatologique du 13 décembre 2019, la Dre E. _____ pose les diagnostics suivants ayant une incidence sur la capacité de travail : lombalgies chroniques dans le contexte d'arthrose zygo-apophysaire postérieure débutante, déconditionnement physique avec dysbalances lombo-pelviennes et troubles posturaux importants. S'agissant des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, elle retient une obésité (BMI 32,47 kg/cm²), un diabète non insuline-dépendant, une HTA limite, une hypercholestérolémie et un état dépressif (?) traité. Les douleurs sont surtout lombaires basses, quotidiennes, cédant complètement en position couché, sans incidence nocturne, mais survenant très rapidement dès la mise en charge, de grand matin, dès que l'expertisée s'active. Elles deviennent intenses en position statique debout après 5 minutes, générant un inconfort positionnel dès 15 minutes en position assise, nécessitant de nombreux changements de position. Elles sont clairement augmentées par la montée, limitant la marche à 20 ou 30 minutes, au-delà de quoi les douleurs dans les jambes apparaissent, l'obligeant alors de s'arrêter quelques instants en se penchant en avant ou en s'accroupissant. Elle doit très fréquemment se décharger le poids du corps et chercher des appuis. Lors de certains mouvements du tronc, elle ressent des sensations de décharges électriques dans le dos. Les douleurs sont cotées à 7/10 depuis plusieurs mois, peu modifiées par la prise de médicaments. Il n'y a pas d'autres plaintes ostéo-articulaires si ce n'est des tensions dans les trapèzes ainsi que d'occasionnelles dysesthésies des doigts de la main gauche attribuées à un syndrome du tunnel carpien.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 19 Le caractère mécanique et positionnel des douleurs lombaires dont se plaint l'expertisée depuis 2 ans correspond à l'atteinte structurelle mise en évidence par l'imagerie, de nature arthrosique, et se traduisant à l'examen clinique par des zones de souffrances dorso-lombaires et des limitations et difficultés lors de certaines manœuvres dynamiques. Il n'y a pas de signes d'amplification des douleurs observés durant cette expertise, ni relatée dans les différents rapports médicaux à disposition. S'agissant de

la façon dont les diagnostics posés influencent la capacité de travail, l'expert explique que l'atteinte dégénérative des articulations inter-apophysaires postérieures limitent la tolérance aux mouvements répétés en torsion et/ou flexion-extension du tronc, ainsi que les positions statiques debout, moindre assis. Elle restreint la capacité à porter des charges, y compris de poids modérés de façon répétée. En tant qu'employée dans l'intendance, un grand nombre d'activités physiques nécessitant ce type de mouvements, de positions et de charges est exigé. L'expertisée ne peut plus effectuer ces activités à plein temps, et ne les assume à 50% que difficilement, aux prix de douleurs importantes, cotées à 7/10. Cette situation est telle qu'elle n'a plus aucune activité sociale et personnelle en dehors de son travail. L'expertisée a maintenu une capacité de travail de 50% depuis le 2 mars 2019 moyennant des douleurs et des limitations fonctionnelles malgré la poursuite d'un traitement conservateur maximal. Cette activité n'est pas adaptée aux problèmes rachidiens de l'expertisée et est contre-indiquée sur le long terme, entretenant très certainement une partie des douleurs. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, une pleine capacité de travail est exigible sans baisse de rendement, ceci à partir du moment où les sollicitations rachidiennes déconseillées sont stoppées, et un reconditionnement musculaire adéquat effectué, à savoir environ 2 mois après l'arrêt de l'activité professionnelle actuelle et une rééducation adéquate et intensive effectuée. Comme conseillé par le Dr P. _____ et le Dr O. _____, un reconditionnement musculaire de la sangle abdomino-pelvienne et une perte pondérale associée sont nécessaires, ce à quoi l'expertisée veille depuis peu. Un travail de proprioception et postural ciblé et personnalisé doit être poursuivi et approfondi par la physiothérapie. Dans son rapport médical du 27 avril 2020, le Dr N. _____ indique que sa patiente souffre depuis deux ans de lombalgies sévères qui ont malheureusement persisté malgré une prise en charge globale intensive. Il précise que sa capacité de travail en est fortement altérée avec actuellement aucune possibilité immédiate de reprise. A terme, il imagine qu'une activité adaptée excluant le port de charges, les positions statiques, les mouvements extrêmes du tronc, la marche, l'exposition au froid ou à l'humidité peut être réalisée. Il estime toutefois qu'une reprise ne pourra se faire que très progressivement sans savoir si un plein temps pourra à terme être obtenu. Dans son rapport médical du 11 mai 2020, le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie, atteste d'une incapacité de travail de sa patiente depuis le 3 mars 2020. Il mentionne un diagnostic de trouble de l'adaptation dans un premier temps, réactionnel au syndrome douloureux, puis actuellement de l'éclosion d'un état dépressif d'intensité moyenne, les limitations fonctionnelles étant la fatigabilité et l'anxiété latente. Dans son expertise psychiatrique du 15 juillet 2020, la Dre F. _____ explique qu'étant donné qu'elle ne retient pas d'épisode dépressif caractérisé, elle n'a pas effectué de tests psychologiques complémentaires (comme l'échelle de Hamilton). Elle ne retient aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail. S'agissant des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, elle retient un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 19 Elle explique que l'évaluation objective du jour de l'expertise rencontre une personne coopérante, souriante à certains moments, vigilante, participative à l'entretien, la thymie est neutre, elle ne présente pas de ralentissement psychomoteur ou de trouble du cours de la pensée. L'assurée se plaint d'une humeur basse qui n'a pas pu être objectivée au cours de l'entretien. Elle se plaint d'une perte d'intérêt pour les activités de plaisir, de loisir, d'une anxiété flottante, et d'attaques de panique, d'idées noires, évoluant depuis mars 2020. L'assurée ne présente pas d'anhédonie, pas d'aboulie, pas de troubles des fonctions supérieures, l'attention, la concentration et la

vigilance sont conservées. La psychiatre indique que tous les symptômes l'orientent vers un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (CIM-10 F43.22), apparu depuis l'annonce du licenciement, sous-tendu aussi par une problématique douloureuse qui se chronicise. La psychiatre précise qu'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne peut être envisagé actuellement car les troubles évoluent depuis moins de deux ans, que les troubles dépressifs ne sont pas concomitants à la symptomatologie douloureuse, et les symptômes repérés ce jour sont réactionnels au licenciement. S'agissant du diagnostic d'état dépressif d'intensité moyenne posé par le psychiatre traitant, la Dre F. _____ ne le retient pas car son évaluation objective le jour de l'examen ne relève aucun symptôme de la dépression et a fortiori aucun des critères diagnostics spécifiques de la CIM 10 mais des symptômes résiduels d'un éventuel trouble de l'adaptation. Quant aux limitations fonctionnelles retenues par le psychiatre traitant, elles n'ont pas été constatées par la psychiatre lors de son examen. Dans son rapport médical du 11 novembre 2020, le Dr N. _____ estime qu'elle ne peut plus travailler dans l'activité dans laquelle elle a travaillé jusqu'à aujourd'hui et que, dans une activité qui tienne compte de son atteinte à la santé, elle peut travailler quatre heures par jour. Dans son rapport médical du 25 janvier 2021, le Dr G. _____ explique que sa patiente est en arrêt de travail depuis février 2020 en raison initialement d'une atteinte lombaire et que, postérieurement, un épisode dépressif moyen s'est installé à la suite d'un trouble de l'adaptation. Il précise que, malgré la prise en charge psychiatrique intégrée, l'évolution demeure stationnaire avec au premier plan un ralentissement psychomoteur, une anhédonie, une tendance à l'isolement social, une anticipation anxieuse de l'avenir sur fond de douleurs lombaires incapacitantes et que sa patiente continue à présenter une symptomatologie anxio-dépressive correspondant à un épisode dépressif moyen, ponctué par la présence sporadique d'une idéation suicidaire passive. Il pose le diagnostic d'un état dépressif moyen (F32.1) et considère qu'une pleine capacité à son taux habituel est exigible à la rémission de l'épisode en cours dont l'intensité est corrélée avec la composante somatique lombaire. Pour l'instant, les limitations fonctionnelles d'ordre psychique sont les suivantes : une anxiété latente, une fatigabilité et une sensibilité accrue au stress. Il estime à cet égard que l'avis d'un spécialiste en orthopédie est prépondérant. Appelé par l'OAI à se déterminer et à indiquer s'il peut suivre les conclusions des expertises rendues suite aux demandes de l'assurance perte de gain (expertise de la Dre E. _____ et expertise de la Dre F. _____), le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin SMR, a répondu par l'affirmative le 21 mai 2021. Il a ainsi considéré que l'on peut retenir une capacité de travail nulle dès le 27 février 2019 mais entière dans une activité adaptée sans diminution de rendement depuis cette date également. Dans un rapport médical du 25 juin 2021, le Dr G. _____ précise qu'au début de la prise en charge, sa patiente présentait un état anxio-dépressif exacerbé dans le cadre d'un trouble de l'adaptation puis, qu'à la défaveur des douleurs lombaires persistantes, le diagnostic d'épisode

Tribunal cantonal TC Page 13 de 19 dépressif a été retenu. Il évalue qu'une capacité de travail de 50% est exigible dans une activité épargnant du stress. Dans son rapport médical du 1er juillet 2021, le Dr N. _____ mentionne que les troubles dégénératifs de la colonne lombaire (discopathie L5-S1, protrusion postérieure médiane S1-S2 remaniement arthrosique débutant L5-S1 et S1-S2 sacroilite bilatérale à caractère mixte) sont responsables de lombalgies chroniques aggravées par un excès pondéral et une insuffisance musculaire. Il précise que ces altérations dégénératives n'ont pas de prise en charge chirurgicale et malheureusement l'utilisation des médicaments habituels

(anti-inflammatoires, antalgiques et myorelaxants), les mesures physiothérapeutiques, les infiltrations locales, n'ont pas permis de maîtriser cette situation. Il en déduit qu'il reste une incompatibilité complète dans toutes les activités physiques d'importance et des restrictions concernant une éventuelle activité professionnelle (pas de position statique, pas de mouvement extrême du tronc, pas de ports de charges régulier, port occasionnel de charges maximum 5 kg, pas d'environnement froid et humide). Il estime que des plages de repos supplémentaires nécessaires sont à envisager ce qui peut correspondre à une capacité de travail de 80% dans un environnement adapté. Il relève que cette évaluation ne tient pas compte de son état psychique et de l'éventuel effet amplificateur que cela implique sur ses douleurs. Appelé une nouvelle fois par l'OAI à se déterminer sur l'opportunité de réaliser une expertise pluridisciplinaire, le Dr Q. _____, médecin SMR, indique, dans son rapport médical du 17 janvier 2022, que du point de vue physique, aucun nouvel élément ne ressort du rapport médical du Dr N. _____ du 1er juillet 2021 et que cet avis différent non argumenté sur la capacité de travail fourni par le médecin traitant ne suffit pas pour remettre en discussion l'avis précédent de la Dre E. _____ qui a fourni un avis objectif et argumenté. S'agissant du volet psychique, le Dr Q. _____ explique que la Dre F. _____ a fourni un avis argumenté et objectif, lequel a emporté la conviction du SMR. Le SMR rappelle que l'avis de la Dre F. _____ est différent de celui du psychiatre traitant probablement en raison d'une différente pondération des plaintes subjectives de la recourante. Le Dr Q. _____ précise que le rapport médical du 25 juin 2021 du Dr G. _____ ne décrit aucun fait nouveau et ne contient aucun élément qui permettrait de remettre en question les conclusions de la Dre F. _____. De plus, le diagnostic mentionné par le Dr G. _____ « état dépressif exacerbé dans le cadre d'un trouble de l'adaptation » n'est pas un diagnostic au sens de la CIM-10, strictement parlant. En effet, il y a lieu de mettre en doute la possibilité que les deux diagnostics (état dépressif et trouble de l'adaptation) puissent exister en même temps, mais de toute manière, ni un trouble de l'adaptation ni un trouble anxieux et dépressif mixte ne peuvent justifier une incapacité de travail durable. Par rapport à la nécessité alléguée par la recourante dans ses objections de mener une expertise pluridisciplinaire, le Dr Q. _____ constate que des expertises dans les deux disciplines (rhumatologie et psychiatrie) existent déjà et que, étant donné que l'expert psychiatre n'a retenu aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail et que les nouveaux rapports médicaux ne font état d'aucun fait médical nouveau significatif, il estime qu'une nouvelle expertise ne pourrait pas amener à des conclusions différentes et qu'il s'agit plutôt, pour la recourante, de la recherche d'un deuxième avis contradictoire. Partant, les objections de la recourante ne permettent pas de mettre en doute les conclusions des experts Dre E. _____ et Dre F. _____, aucun fait nouveau significatif n'ayant été présenté. Dans son rapport médical du 15 février 2022, la Dre R. _____, spécialiste en rhumatologie, après examen de l'assurée, pose les diagnostics suivants : lombalgie chronique commune avec pyralgie à bascule, discopathie dégénérative avec dessiccation discale L4-L5 et L5-S1, arthrose sacro-

Tribunal cantonal TC Page 14 de 19 illiaque bilatérale avec remaniements inflammatoires surajoutés probable, elle précise que les critères ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society) pour une spondyloarthrite ne sont pas remplis. Elle explique que cette patiente présente des lombofessalgies à bascule, chroniques, d'horaire clairement mécanique d'évolution défavorable malgré la prise en charge en physiothérapie/antalgie. Au vu de la description d'une « sacro-illite d'origine inflammatoire » à deux reprises, sur l'IRM de 2018 et sur l'IRM de 2020, elle a demandé un avis radiologique auprès du Dr

S. _____, spécialisé en ostéoarticulaire. Ce dernier a examiné les images et a demandé l'avis du Dr T. _____, spécialisé en radiologie, et ces deux médecins invoquent des lésions chroniques des sacroiliaques qui pourraient effectivement être compatibles avec une spondylarthrite; elles sont présentes dans la zone portante mais aussi dans la zone synoviale. En revanche, il n'y a pas, selon eux, de signe d'activité inflammatoire des sacro-iliaques. Au vu des éléments imagistiques et devant l'important impact des douleurs sur la vie professionnelle de l'assurée, elle propose un traitement test pendant trois mois par un anti-TNF alpha. L'assurée a séjourné dans le service psychosomatique de la Clinique H. _____ du 19 avril au 9 mai 2022. Dans son rapport du 3 mai 2022 au psychiatre traitant, le Dr G. _____, le Dr U. _____, spécialiste en psychiatrie, pose les diagnostics CIM 10 suivants : épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (F32.2), anxiété généralisée (F41.1) et agoraphobie avec trouble panique (F40.1). Il explique que la patiente leur a été adressée pour un état dépressif consécutif à des douleurs lombaires liées à un trouble dégénératif, réfractaire à l'antalgie classique. Les objectifs du séjour sont le reconditionnement physique et la gestion de la douleur, de la dépression et de l'anxiété par des approches psychocorporelles. Il conclut que la patiente possède un autocontrôle cognitif et émotionnel faible. Les angoisses restent très présentes, comme l'humeur dépressive, raison pour laquelle la médication a été adaptée. En cas d'échec de cette médication, un diagnostic de dépression résistante sera posé. Les approches psychocorporelles ont permis à la patiente de se décentrer de ses angoisses et de ses douleurs. Sur le plan de la douleur, on observe un handicap sévère sur le plan des activités de la vie quotidienne. Dans son rapport médical du 30 mai 2022, le Dr N. _____ indique que sa patiente souffre de lombopalgies chroniques dans un contexte de discopathies dégénératives L4-L5, L5-S1, ainsi que d'une arthrose sacro-iliaque bilatérale compatible avec une spondylarthrite. La chronicité des douleurs est responsable d'un état dépressif sévère associé à une anxiété généralisée et une agoraphobie avec troubles paniques. Il précise que l'état de santé de sa patiente ne s'est pas modifié depuis l'été 2021 au plan somatique, les douleurs restant fortement handicapantes, et des modifications thérapeutiques sont en cours (traitement par un anti-TNF alpha) sans que leurs effets ne soient actuellement déjà appréciables. Sur le plan psychique, des adaptations ont également été faites (cf. séjour à la Clinique H. _____); elles sont trop récentes toutefois pour en apprécier l'efficacité. Il en conclut qu'à l'heure actuelle, la capacité de travail de sa patiente est nulle, possiblement en partie améliorable d'ici quelques mois, mais le pronostic reste pour l'instant indéterminé. Appelé à se déterminer pour savoir si les nouveaux rapports médicaux présentés par l'assurée sont de nature à remettre en question l'exigibilité médico-théorique retenue par l'OAI, la Dre I. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et médecin SMR, a rendu son avis le 20 juin 2022. Elle se prononce uniquement sur le plan somatique et relève que l'exigibilité médico-théorique n'est pas remise en question par les nouveaux rapports médicaux. En effet, le médecin de famille a exclu d'emblée des myalgies et arthralgies possibles sous administration de statines. Quant à la Dre R. _____, dans son rapport médical du 15 février 2022, elle améliore le diagnostic et confirme

Tribunal cantonal TC Page 15 de 19 indirectement l'avis de l'experte en rhumatologie étant donné que, selon le diagnostic de cette dernière, « on a certes pu trouver à chaque fois, de manière chronique, des lésions dans la zone de l'articulation sacroiliaque (ASI), ce qui pourrait certes, d'une part, être compatible avec une spondylarthrite, toutefois, on continue à ne trouver nulle part, ni sur le plan de la technique de laboratoire, ni sur le plan

radiologique, des indices qui feraient penser à une activité inflammatoire et de l'articulation sacro-illiaque », raison pour laquelle la Dre R. _____ retient elle aussi l'existence d'une arthrose de l'articulation sacro-illiaque, avec simultanément des douleurs chroniques au niveau lombaire, ainsi que dans la zone des fessiers, avec des modifications dégénératives en L4/L5, L5/S1. La Dre I. _____ conclut que, sur la base des symptômes objectifs du 15 février 2022 fournis par la Dre R. _____ et au vu des douleurs somatiques inchangés, il faut s'en tenir à la décision de l'assurance-invalidité. L'OAI a également demandé à la Dre J. _____, spécialiste en psychiatrie, de lui indiquer si les nouveaux éléments médicaux produits (lettre de sortie de la Clinique H. _____ du 3 mai 2022) sont de nature à remettre en question ses conclusions relatives à l'exigibilité médico-théorique. S'agissant de ce dernier rapport médical décrivant l'état psychique de la patiente, la Dre J. _____ estime, dans son rapport médical du 22 juin 2022, que l'anamnèse est peu informative et ne donne pas de description de symptômes concrets, que le score du Hamilton Depression Scale à l'entrée a été de 13, ce qui correspond à une symptomatologie dépressive légère. Elle en conclut que les éléments anamnestiques et cliniques fournis par le rapport de la Clinique H. _____ remplissent les critères d'un état dépressif léger à tout au plus moyen, sans syndrome somatique. De plus, les possibilités de traitement sur le plan médicamenteux n'ont pas encore été explorés ; notamment un passage à un antidépresseur d'une autre classe que les SSRI, et en particulier un antidépresseur à double action sérotoninergique et noradrénergique, indiqué dans les traitements des douleurs chroniques. Sur le plan anxieux, la patiente décrit des angoisses qui se manifestent sous la forme de palpitations, vertiges, transpiration et vision trouble dès qu'elle quitte son appartement. Elle ne décrit pas des attaques récurrentes d'anxiété sévère, imprévisibles avec des manifestations neurovégétatives. La Dre J. _____ estime que ces données correspondent à une agoraphobie sans attaques de panique qui n'empêchent pas, selon les informations à disposition, l'assurée de sortir, de sorte que son intensité ne peut donc pas être qualifiée de sévère. De plus, l'anxiété généralisée n'est pas argumentée par une description de la symptomatologie et des observations cliniques et l'échelle d'anxiété de Hamilton (HADS anxiété) s'élève à 16; or, le seuil admis en général pour l'anxiété significative est de 20. La Dre J. _____ en conclut que tant sur le plan dépressif qu'anxieux, les données fournies par le rapport médical de la Clinique H. _____ mettent en évidence une symptomatologie légère, tout au plus limite moyenne, qui ne représentent pas une atteinte à la santé durable et invalidante.

6.2. Période postérieure à octobre 2022 – reprise d'un emploi

Dans un certificat médical daté du 30 septembre 2022, le Dr G. _____ certifie que la recourante présente une incapacité de travail de 50% de son taux d'activité de 100% à partir du 1er octobre 2022. A partir du 1er octobre 2022, l'assurée a retrouvé un travail adapté en qualité de vendeuse sur appel auprès de K. _____, à L. _____. Elle a travaillé 78 heures au mois d'octobre 2022 à un salaire horaire brut de CHF 18,10, ce qui correspond à un taux d'invalidité de 44%. Selon les discussions qu'elle a eues avec son employeur, elle indique qu'elle peut s'attendre à un taux d'activité s'approchant d'un 50%.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 19

6.3. Appréciation de la situation médicale et de la capacité de travail et de gain

6.3.1. Il ressort des nombreux rapports médicaux versés au dossier que l'assurée souffre d'un syndrome lombovertébral chronique dans le contexte d'une arthrose zygo-apophysaire, d'un déconditionnement physique et de troubles posturaux importants. Il n'y a par contre pas d'atteinte neurologique et les douleurs n'ont pas de caractère inflammatoire. Cette atteinte lombaire dégénérative a des conséquences sur sa capacité de travail de l'assurée en ce sens qu'elle limite sa tolérance aux mouvements

répétés en torsion et/ou flexion-extension du tronc ainsi que les positions statiques debout et, dans une moindre mesure, assis. Ses problèmes de dos restreignent sa capacité à porter des charges, également des poids modérés, de façon répétée. L'experte en rhumatologie en a conclu que l'activité d'employée dans l'intendance n'est pas adaptée aux problèmes rachidiens de l'assurée et est contre-indiquée sur le long terme. Par contre, elle retient que, dans une activité adaptée dans laquelle les sollicitations rachidiennes déconseillées sont stoppées, une pleine capacité de travail est exigible. Cet avis est partagé par le médecin traitant de l'assurée qui envisage également, dans son rapport du 1er juillet 2021, qu'une activité adaptée excluant le port de charges, les positions statiques, les mouvements extrêmes du tronc puisse être réalisée. Il estime cette capacité résiduelle de travail à 80% étant donné que des plages de repos supplémentaires devraient être envisagées. Il a ensuite précisé que cette évaluation de la capacité de travail ne tenait pas compte de l'état psychique de l'assurée. En mai 2022, il a estimé que la capacité de travail de sa patiente était nulle pour l'instant, l'état psychique de sa patiente s'étant dégradé.

6.3.2. Dans son recours, la recourante fait valoir que les expertises mandatées par l'assureur dans le cadre de la procédure perte de gain maladie LAMal ne sont pas des expertises au sens strict du terme car l'OAI ne l'a pas interpellée sur le libellé des questions ainsi que sur le choix des experts. A cet égard, il faut retenir avec la recourante que la jurisprudence nie le caractère d'expertise (au sens de l'art. 44 LPGA) aux expertises réalisées – comme en l'espèce – sur mandat de l'assureur perte de gain et versées à ce titre au dossier AI (Genève, Cour de justice, ATAS/770/2019 du 29 août 2019 consid. 7). Ces expertises ont ainsi la même valeur qu'un avis médical interne. Le TF a cependant toujours refusé d'établir une hiérarchie formelle stricte entre les moyens de preuve et a toujours dit que le contenu seul importait en définitive pour déterminer la valeur probante d'une pièce médicale. La recourante considère également que la capacité de travail indiquée par la Dre E. _____ est conditionnelle et dépend d'un reconditionnement musculaire adéquat. Elle précise toutefois que ce reconditionnement et la rééducation adéquate et intensive n'ont pas été effectués. Pourtant, dans son expertise, la Dre E. _____ estimait que ce reconditionnement musculaire ainsi qu'un travail de proprioception et postural ciblé pouvaient être terminés dans les deux mois après l'arrêt de l'activité professionnelle. A cette époque, l'assurée avait d'ailleurs déjà commencé un reconditionnement musculaire, un suivi diététique, de l'aquagym, des cours de Pilates et avait acquis un vélo d'appartement. Même si ces mesures ont été momentanément stoppées en raison de la pandémie du Covid, par la suite, elles auraient dû être suivies assidument par l'assurée en raison de son obligation de diminuer le dommage vis-à-vis de l'assurance-invalidité. Celle-ci ne peut faire valoir qu'elles ne sont pas terminées pour remettre en question l'analyse de la capacité de travail effectuée par la rhumatologue.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 Par conséquent, l'avis rhumatologique de la Dre E. _____ doit être retenu. Il a en effet été effectué en pleine connaissance du dossier et sur la base d'exams complets. Il a pris en considération les plaintes exprimées par l'assurée et les points litigieux ont été discutés. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions sont dûment motivées. Cet avis, objectif et argumenté, doit être préféré à l'avis du médecin traitant, moins convaincant, et qui ne fait état d'aucun élément médical objectif nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par l'experte en rhumatologie. L'appréciation médicale de la rhumatologue Dre E. _____ est par ailleurs confirmée par l'avis demandé par le médecin traitant à la rhumatologue Dre R. _____. En effet, celle-ci a également constaté l'existence d'une arthrose de l'articulation sacro-illiaque,

accompagnée de douleurs chroniques au niveau lombaire ainsi que dans la zone des fessiers. C'est la raison pour laquelle la Dre I. _____, médecin SMR, a indiqué que les nouveaux rapports médicaux présentés par l'assurée n'étaient pas de nature à remettre en question l'exigibilité médico-théorique retenue par l'OAI. Il en résulte que, du point de vue rhumatologique, l'exercice de l'activité professionnelle antérieure est totalement contre-indiquée en raison des mouvements de flexion et d'extension du tronc, des mouvements de rotation, de la position statique debout et du port de charges. Par contre, une pleine capacité de travail doit être reconnue dans l'exercice de toute activité professionnelle adaptée et tenant compte des limitations fonctionnelles précitées. Par ailleurs, dès le 1er octobre 2022, l'assurée a retrouvé un travail en qualité de vendeuse sur appel dans une boulangerie-pâtisserie-team-room, nouvel élément qui vient confirmer qu'elle dispose bel et bien in concreto d'une capacité de travail. Du point de vue psychique, l'expertise réalisée pour l'assurance perte de gain par la Dre F. _____, laquelle n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail de l'assurée, emporte la conviction de la Cour de céans. Elle a été effectuée en pleine connaissance du dossier et sur la base d'exams complets. Elle a pris en considération les plaintes exprimées par l'assurée et les points litigieux ont été discutés. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions sont dûment motivées. Cet avis, objectif et argumenté, doit être préféré à l'avis du médecin traitant, lequel ne fait état d'aucun élément médical objectif nouveau non pris en compte par l'expert en psychiatrie. Du reste, le psychiatre traitant, lequel avait diagnostiqué un état dépressif moyen, avait considéré qu'une pleine capacité de travail serait exigible à la rémission de l'épisode dépressif en cours. Quant au rapport médical de la Clinique H. _____, où l'assurée a été hospitalisée du 19 avril au 9 mai 2022, les éléments anamnestiques et cliniques qu'il fournit remplissent les critères d'un épisode dépressif léger à tout au plus moyen, sans syndrome somatique, lequel ne représente pas une atteinte à la santé durable et invalidante. L'on peut ainsi suivre la Dre J. _____, laquelle a conclu que les nouveaux éléments présentés par l'assurée ne sont pas de nature à remettre en question l'exigibilité médico-théorique retenue par l'OAI. Quant à l'argument de la recourante qui relève qu'à plus de deux ans de l'apparition des symptômes, la question de la présence d'un trouble somatoforme douloureux aurait pu se poser, il faut relever qu'aucun des psychiatres interrogés postérieurement à l'expertise de la Dre F. _____, pas même son psychiatre traitant, n'a retenu ce diagnostic. Dès lors, l'on ne saurait ordonner une autre expertise afin d'éclaircir ce point. Enfin, dans la réalité, le fait que l'assurée ait pu recommencer à

Tribunal cantonal TC Page 18 de 19 travailler, même s'il s'agit pour l'instant d'un temps partiel, démontre qu'elle va incontestablement mieux sur le plan psychique et que son état de santé ne l'empêche pas de travailler. Pour l'ensemble des motifs qui précèdent, il y a lieu de retenir que la capacité de travail de la recourante est pleine et entière dans une activité adaptée.

6.4. Comparaison des salaires de valide et d'invalid 6.4.1. Sans atteinte à la santé, l'assurée aurait été en mesure de poursuivre l'exercice de son activité professionnelle habituelle d'employée d'exploitation à 100% et de réaliser en 2019 un revenu annuel brut de CHF 57'120.- (CHF 4'760 x 12), selon le questionnaire rempli par son ancien employeur C. _____ SA.

6.4.2. S'agissant du salaire d'invalid, il faut tenir compte de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (tableau TA1_Tirage_skill_level, total des salaires niv. 1, femmes) pour les années 2019 à 2022. Selon l'ESS, le salaire mensuel brut s'élève à CHF 4'371.- pour ce genre d'activité. Ce montant est calculé sur la base d'une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle est de 41.7 heures. Dès lors, le

revenu mensuel à prendre en considération est de CHF 4'556,75, soit CHF 54'68.-1 par année (CHF 4'556,75 x 12). 6.4.3. Au sujet du salaire d'invalidé (salaire statistique), l'assurée considère que l'OAI aurait dû procéder à un abattement de 25% afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de son âge, de son absence de formation et de ses capacités d'adaptation réduites. L'OAI a, quant à lui, retenu qu'il ne se justifiait pas d'opérer un abattement sur cette valeur statistique. En l'espèce, les limitations fonctionnelles retenues ne sont ni nombreuses, ni importantes et le niveau 1 de compétences offre un large choix d'activités et l'assurée doit être en mesure de travailler dans une profession qui respecte ses limitations fonctionnelles. Il ne se justifie donc pas de procéder à un abattement à ce titre. Selon la jurisprudence, l'âge d'un assuré ne constitue pas en soi un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. En l'espèce, rien ne justifie un abattement du salaire de l'assurée du fait qu'elle était âgée de 50 ans au moment de la décision. En effet, il n'y a pas lieu de penser que son âge serait de nature à limiter ses prétentions salariales, étant au demeurant rappelé qu'une telle diminution a déjà été prise en compte dans le niveau 1 de compétences retenu par l'OAI. L'absence de formation professionnelle a également déjà été prise en compte par l'OAI qui s'est référé au niveau de compétences 1 de l'ESS pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assurée. En effet, ce niveau de compétence concerne des activités simples et répétitives, qui ne nécessitent ni formation, ni expérience professionnelle. Partant, c'est à juste titre que l'OAI a renoncé à procéder à un abattement sur le salaire d'invalidé de l'assurée. 6.4.4. L'on remarquera encore que l'on ne peut pas, comme le souhaite l'assurée, prendre en compte, son nouveau salaire réalisé à partir du moment d'octobre 2022 pour établir le salaire

Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 d'invalidé. En effet, d'une part, cette nouvelle activité semble inadaptée à ses limitations fonctionnelles (mouvements répétés en torsion et/ou en flexion du tronc, position statique debout, capacité de porter des charges, y compris des poids modérés de façon répétée) et, d'autre part, ce salaire atteste d'une situation nouvelle survenue postérieurement à la décision querellée. La comparaison des revenus de valide et d'invalidé selon la méthode de comparaison des revenus donne un degré d'invalidité de 4,27%. Etant inférieur à 40%, ce taux est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. 7. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. La procédure n'est pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le 12 avril 2012. Pour les mêmes motifs, la recourante n'a pas droit à une indemnité de partie. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 2 mars 2023/mfa Le Président : La Greffière-rapporteuse :

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