

# FR\_GERICHTE 608 2013 163 vom 26. Januar 2015

FR Kantonsgericht, 2015-01-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2013\\_163](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_163)

FR: FR\_GERICHTE 608 2013 163 du 26 janvier 2015

IT: FR\_GERICHTE 608 2013 163 del 26 gennaio 2015

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10

### E. 2

a) Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale 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 fédérale 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. 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 (cf. art. 28 LAI). b) 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. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (Tribunal fédéral, arrêts non publiés S. [9C\_776/2009] du 11 juin 2010 consid. 2.1 et M. [I 946/05] du 11 mai 2007 consid. 4.2; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6 et les références citées). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il n'est pas nécessaire que l'expertise se prononce dans chaque cas sur chaque critère en particulier. Une évaluation générale suffit (Tribunal fédéral, arrêt non publié S. [9C\_736/2011] du

### E. 7

février 2012 consid. 1.2). c) 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). Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, 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, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé 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). Pour fixer le revenu d'invalidité est déterminante la question de savoir si l'assuré peut économiquement utiliser ses forces de travail résiduelles. Font partie du marché du travail équilibré les "emplois de niche" pour personnes handicapées (Nischenarbeitsplätze), soit les emplois ou offres d'emploi destinées aux handicapés avec soutien social de la part de l'employeur. Par ailleurs, on ne peut plus parler d'opportunité de travail lorsque l'activité convenable n'est possible que sous une forme tellement restreinte que le marché du travail équilibré ne la connaît pratiquement pas ou lorsqu'elle ne serait possible que moyennant un revenu de complaisance, et que, par conséquent, trouver une telle place de travail apparaît a priori comme étant exclu

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 (Tribunal fédéral, arrêt non publié B. [9C\_910/2001] du 30 mars 2012, consid. 3.1 et 3.2, et les références citées). 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 (Tribunal fédéral, arrêt non publié A. [8C\_771/2011] du 15 novembre 2012 consid. 3). d) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible –, le revenu d'invalidité doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]; ATF 126 V 75, 124 V 321 consid. 3b/aa). A cet égard, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, le Tribunal fédéral a estimé qu'il fallait les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (Tribunal fédéral, arrêt non publié F. [9C\_666/2009] du 26 février 2010 consid. 3.2). En outre, le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidité. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux

d'occupation. 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'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. 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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (Tribunal fédéral, arrêt non publié J. [I 724/02] du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). En effet, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit mais s'étend à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (Tribunal fédéral, arrêt non publié B. [8C\_490/2011] du

#### **E. 11**

janvier 2012 consid. 4 et 5; ATF 137 V 71 consid. 5.2). Par ailleurs, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 diminuer pour cette même raison (Tribunal fédéral, arrêt non publié F. [8C\_490/2011] précité consid. 4.2). e) 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). 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; Tribunal fédéral, arrêt non publié O. [9C\_745/2010] du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les

points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 et arrêt non publié O. [9C\_745/2010] précités). 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 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 L'autorité amenée à statuer peut légitimement renoncer à accomplir des actes complémentaires d'instruction lorsqu'elle est persuadée que ceux-ci ne changeront rien à sa conviction (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. notamment Tribunal fédéral, arrêt non publié T. [9C\_986/2008] du 29 mai 2009 consid. 3 et les références). f) Aux termes de l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Le droit de collaborer lors de la mise en œuvre d'une expertise médicale dans la procédure d'instruction en matière d'assurances sociales est réglé à l'art. 44 LPGA de manière exhaustive, en ce sens que la loi fédérale ne confère pas à l'assuré le droit de s'exprimer préalablement sur les questions posées à l'expert par l'administration (ATF 133 V 446 consid. 7). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, consacré à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1). Cette jurisprudence a été modifiée par l'ATF 137 V 210 qui a notamment renforcé la participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise, en particulier en introduisant le droit de connaître les questions qui seront posées à l'expert et d'en formuler d'autres. 3. En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si la recourante peut se prévaloir d'une incapacité de travail ouvrant le droit à trois-quarts de rente d'invalidité. L'absence de troubles psychiques ayant une influence sur la capacité de travail n'étant pas contestée (cf.

mémoire de recours p. 9), seuls les troubles physiques et leur influence seront examinés. a) Dans un premier argument, la recourante reproche à l'OAI de ne pas lui avoir donné la possibilité de se prononcer sur le choix de l'expert. Il ressort du dossier que l'autorité intimée lui a communiqué le nom de l'expert le 7 mars 2011 en lui impartissant un délai de sept jours pour, cas échéant, récuser l'expert et présenter des contre-propositions (Dossier OAI p. 146). Elle n'a toutefois pas fait usage de ce droit, de sorte que ce grief est mal fondé.

b) La recourante reproche ensuite à l'OAI de ne pas lui avoir donné la possibilité de poser des questions à l'expert rhumatologue, alors qu'il aurait dû le faire en application de l'arrêt du Tribunal fédéral du 28 juin 2011 (ATF 137 V 210), rendu entre la date du mandat donné à l'expert et la date de l'expertise. Cependant, l'expert rhumatologue a été mandaté le 7 mars 2011, soit avant la décision du 28 juin 2011 et sous l'empire de l'ancienne jurisprudence, laquelle ne permettait pas à l'assuré de s'exprimer préalablement sur les questions posées à l'expert. De plus, l'on ne saurait obliger l'OAI à reprendre chacun de ses très nombreux dossiers pour vérifier si une expertise a été ordonnée et à quelle date pour, cas échéant, donner la possibilité aux assurés de poser des questions à l'expert. Cela est d'autant plus vrai que l'ancienne jurisprudence permettait déjà à l'assuré notamment de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, et lui ouvrirait donc le droit de poser des questions à l'expert une fois l'expertise rendue. L'ATF 137 V 210, qui a étendu les droits de Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 l'assuré en lui permettant notamment de poser des questions avant l'expertise, n'a pas abrogé cette possibilité. Or, l'assurée n'en a pas fait usage: si elle a fait très brièvement référence à la nouvelle jurisprudence dans son courrier du 14 septembre 2012 adressé à l'OAI, puis dans son mémoire de recours, elle n'a jamais ne serait-ce que laissé entendre qu'elle aurait des questions à poser à l'expert rhumatologue (Dossier OAI p. 266, recours p. 10). Par ailleurs, puisqu'il s'agit en l'espèce de savoir si l'expertise est probante malgré le fait qu'elle a été établie sans respecter strictement la nouvelle jurisprudence, il incombe à l'assuré de rendre au moins plausible les questions qui auraient pu influencer le résultat de cette dernière. En effet, la nouvelle jurisprudence trouve son fondement dans le constat qu'une fois une expertise rendue, il est plus difficile pour l'assuré d'influencer son résultat. Or, dans la phase transitoire pendant laquelle des expertises ont été diligentées avant que l'ATF 137 V 210 soit rendu public, il appartient à l'assuré d'au moins expliquer quelles questions auraient pu influencer les constatations du médecin. Ainsi, si l'on peut être généreux pour émettre des doutes par rapport à la valeur probante de l'expertise, on ne saurait invalider l'expertise, dans la mesure où elle satisfait aux exigences générales, au moyen d'un simple grief de nature formelle. Dans le cas présent, la recourante se contente d'insister sur son droit à pouvoir poser des questions avant que l'expertise ait été rendue sans apporter aucune explication sur les faits qui auraient pu compléter le constat de l'expert. Partant, il ne peut être reproché à l'autorité intimée de ne pas avoir donné la possibilité à l'assurée de poser des questions à l'expert rhumatologue. c) Enfin, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du 19 août 2011 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale. Elle reproche essentiellement à l'expert le déroulement de l'expertise et le fait de ne pas avoir discuté expressément le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 7 juillet 2009, mais uniquement le rapport de consultation du 17 juin 2009. L'assurée soutient que l'expert ne l'aurait pas auscultée, n'aurait posé qu'une ou deux questions et aurait dicté son rapport devant elle. Le contenu de l'expertise contredit cependant cette affirmation. En effet, l'expert fait de nombreuses références aux déclarations de la recourante, et détaille largement les plaintes subjectives et

les constatations objectives, chose qu'il n'aurait pu faire sans poser des questions et sans faire d'examen. Quant à dicter son rapport, l'on peut tout à fait admettre qu'il ait enregistré ses notes au lieu de les écrire. Partant, ce grief est mal fondé. Par ailleurs, la Cour constate que l'expertise du 19 août 2011 est probante. Elle est en effet basée sur le dossier médical de l'assurée et l'expert a également examiné celle-ci avant l'établissement de l'expertise, de sorte qu'elle a pu s'exprimer. Enfin, les conclusions sont dûment motivées. L'expertise a par conséquent été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes exprimées. L'expert explique en outre clairement que l'aggravation de l'état de santé de la recourante n'a pas de traduction objective et que son examen est quasi-superposable à celui du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, du 11 mai 2010. Il tient également compte des limitations fonctionnelles et précise que l'activité actuelle implique des contraintes régulières et répétitives sur le bras et l'épaule droits, ce qui explique l'incapacité partielle. Quant à la prise en compte du rapport du 7 juillet 2009 du Dr C. \_\_\_\_\_ par l'expert, il faut tout d'abord relever que celui-ci reprend mot pour mot le rapport de consultation du 17 juin 2009. L'expert a ainsi bel et bien discuté le rapport du 7 juillet 2009. Le Dr C. \_\_\_\_\_ est de plus imprécis quant à la capacité de travail dans l'activité actuelle, indiquant une incapacité probablement située entre 50 et 70 %, et ne se prononce pas sur une capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, les allergies

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10

médicamenteuses ont bien été prises en compte dans l'expertise (expertise p. 2), comme d'ailleurs par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui indique que cela n'a aucun effet sur la capacité de travail (Dossier OAI p. 118). Le rapport du 22 février 2011 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après SMR), n'est pas de nature à modifier cette appréciation. En effet, le médecin ne fait que citer le Dr C. \_\_\_\_\_ comme elle le fait pour les autres médecins, sans indiquer si elle fait siennes les conclusions dudit médecin. On ne saurait déduire du fait qu'elle reprend les diagnostics, également posés par d'autres médecins (Dossier OAI p. 24, p. 113 et p. 120), et les limitations fonctionnelles comme preuve qu'elle fait sienne l'appréciation de l'incapacité de travail. De plus, elle ne fait que répondre au questionnaire sans développer ses réponses. Elle ne motive notamment pas médicalement pourquoi l'activité de podologue serait la plus adaptée. Quant au rapport de stage de H. \_\_\_\_\_, s'il mentionne que la recourante a dû réduire le taux d'activité à 50 % en raison des douleurs, il n'indique pas quel taux d'incapacité pourrait être retenu ni que l'assurée ne pourrait pas travailler à 100 % (Dossier OAI p. 241). Le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, et la Dresse J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et rhumatologie et médecin du SMR, sont tous deux d'avis qu'une reprise à plus de 50 % est possible à condition qu'elle se fasse progressivement (Dossier OAI p. 242 et 249). Enfin, l'autorité intimée a pris en compte la lettre du 19 décembre 2011 du mandataire de la recourante, comme en atteste sa réponse du 21 décembre 2011 et le fait qu'un stage de trois semaines, et non de trois mois, a été mis en place (Dossier OAI p. 231). Au surplus, l'expert est le seul, sur le plan physique, à se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, le Dr C. \_\_\_\_\_ et le Dr F. \_\_\_\_\_ ne s'expriment que sur la capacité de travail dans l'activité de podologue (Dossier OAI p. 106, 111 et 120), tandis que le Dr I. \_\_\_\_\_ pense qu'une activité à 50 % est une "estimation tout à fait raisonnable" (Dossier OAI p. 241). Quant aux autres médecins, dont le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, ils ne se prononcent pas du tout sur la

capacité de travail (Dossier OAI p. 24, p. 113 et p. 274). Le reproche de la recourante est dès lors mal fondé et il n'y a pas lieu de s'écarter de cette expertise. Dans de telles circonstances, on ne voit pas ce qu'une instruction complémentaire apporterait de plus, de sorte qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire. Partant, la Cour retient qu'une activité adaptée à 90 %, baisse de rendement incluse, est exigible. 4. La recourante conteste également le calcul du degré d'invalidité établi par l'OAI. Elle estime que le revenu de valide retenu est un revenu net qui ne peut être comparé au revenu d'invalidé, qui lui est un revenu brut. Elle est dès lors d'avis qu'il faut augmenter le revenu de valide de 15 % pour tenir compte des charges sociales et ainsi retenir un revenu de valide de 66'000 francs au moins. Par ailleurs, elle retient un revenu d'invalidé, pour une activité de podologue à 50 %, de 20'000 francs compte tenu des charges incompressibles à prendre en compte. Elle obtient ainsi un taux d'invalidité de 65,32 %. L'autorité intimée a quant à elle retenu un revenu sans invalidité, basé sur les revenus du compte individuel AVS des cinq ans précédant l'atteinte à la santé, adaptés à une activité à plein temps et indexés à 2010, d'un montant de 57'685 fr. 15. Quant au revenu avec invalidité, elle a retenu un revenu de 56'908 fr. 65, correspondant au salaire dans une activité d'employée de commerce à

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 90 %, adapté à la durée usuelle de travail de 42 heures par semaine et tenant compte d'une réduction au titre de désavantage salarial de 10 %. Le degré d'invalidité est donc de 1,35 %. En l'espèce, c'est à juste titre que le revenu de valide a été calculé à partir des revenus du compte individuel AVS de la recourante. Les montants déclarés représentent en effet le revenu brut effectif de l'assurée, puisque les inscriptions correspondent aux revenus ou aux prestations d'assurance sur lesquels des cotisations ont été perçues (cf. memento 1.04 du Centre d'information AVS/AI, "Explications concernant l'extrait du Compte Individuel (CI)"). Le revenu de valide est de 57'685 fr. 15 pour une activité à plein temps. Par ailleurs, la recourante estime que le salaire tiré de son activité actuelle devrait être retenu. Si cela est compréhensible compte tenu de sa motivation, il n'en demeure pas moins qu'elle est tenue de faire tout ce que l'on peut exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son activité, et donc de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, laquelle est de 90 % dans une activité adaptée. Cela implique, dans le cas présent, que la recourante est tenue de mettre fin à son activité indépendante, d'autant plus que la diminution du dommage espérée est importante (plus de 50 %). Partant, c'est à juste titre que l'OAI a pris en considération un revenu avec invalidité calculé sur la base d'une activité d'employée de commerce. De plus, l'autorité intimée a encore déduit 10 % afin de tenir compte de son âge et de son manque d'expérience, déduction qui échappe à la critique. Ainsi, il convient de confirmer un revenu d'invalidé de 56'908 fr. 65. Par conséquent, le degré d'invalidité est de 1,35 % et la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité. La décision de l'OAI est confirmée sur ce point. 5. Au vu des considérants qui précèdent, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. a) La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à 800 francs et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais effectuée le

## **E. 12**

novembre 2013. b) L'assurée ayant succombé, elle n'a pas droit à des dépens.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par 800 francs, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 26 janvier 2015/cso Le Président La Greffière-rapporteure

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