

FR_GERICHTE 608 2015 5 vom 8. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_5

FR: FR_GERICHTE 608 2015 5 du 8 février 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2015 5 del 8 febbraio 2017

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 auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

E. 2

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. En particulier, 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, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis 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). Il en va de même s'agissant d'un syndrome de fatigue chronique (cf. arrêts TF 9C_662/2009 du 17 août 2010; I 30/07 du 14 avril 2008).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à 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). Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'alors que les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait auparavant, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, 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 sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement ainsi que l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des informations quant aux conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra 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; joueront 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. Enfin, 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). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). b) 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). 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. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 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). 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'invalide 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). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (arrêt TF 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 non publié aux ATF 133 V 545, et les références citées). 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 (arrêt TF 9C_666/2009 du 26 février 2010 consid. 3.2). Le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalide. 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 (arrêt TF 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 (arrêt TF 8C_490/2011 du 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 diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C_490/2011 précité consid. 4.2). c) 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, l'administration ou 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait 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 TF 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). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). En outre, 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). Enfin, 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). Par définition, les expertises psychiatriques en matière de troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables réalisées avant l'ATF 141 V 281 ont été rendues à la lumière de la présomption – abandonnée désormais – posée à l'ATF 130 V 352, selon laquelle ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effet de volonté raisonnablement

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 exigible et par des critères établis en la matière pour apprécier le caractère invalidant de ces syndromes. Toutefois, ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé, il convient plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs

déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8).

E. 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 un quart de rente d'invalidité dès le 1er septembre 2010. Le fait qu'elle n'a pas droit à une rente avant cette date n'est pas contesté. L'assurée est d'avis que les résultats de l'expertise bi-disciplinaire sont en contradiction avec les rapports de ses médecins traitants puisque ceux-ci retiennent une capacité de travail d'au plus 50 %. Elle se fonde également sur les comptes-rendus du service médical de son ancien employeur pour soutenir que même si elle avait repris une activité après l'opération de 2009, un retour complet à son activité d'origine n'était déjà plus possible. Elle estime dès lors nécessaire de demander des précisions sur des points spécifiques à ses médecins et thérapeutes traitants. Pour rendre sa décision, l'autorité intimée s'est notamment basée sur une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique. a) L'expertise rhumatologique a été réalisée le 19 avril 2013 par le Dr D. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale (dossier OAI p. 289). Elle retient deux diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, à savoir un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie; diminution du seuil de tolérance à la douleur) et des cervico-brachialgies récurrentes (M47) avec discopathies C5-C6-C7 modestes. L'expert diagnostique également un syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, une hystérectomie et une annexectomie pour cystadénome en mars 2009 qui n'ont aucune influence sur la capacité de travail. Par ailleurs, il retient que l'hypertension artérielle labile avec bloc auriculo-ventriculaire du 2ème degré est peu symptomatique et que l'assurée n'a pas bénéficié de traitement spécifique pour la soigner. Quant aux douleurs lombaires basses, elles sont surtout imputables à une hypo-extensibilité de toute la musculature lombaire. Les douleurs péri-articulaires sont imputables à la fibromyalgie avec une nette diminution du seuil de déclenchement de la douleur. L'expert estime que l'ancienne activité est exigible à 80 % et qu'une activité adaptée évitant les positions assises devant un écran de manière prolongée et debout de manière régulière – par exemple accueil ou vente d'objets légers – l'est à 100 %, toutes deux sans diminution de rendement. Il explique également pourquoi son appréciation se différencie de celle du médecin traitant, qui a probablement intégré dans son appréciation le contexte psycho-social familial de l'assurée. Ainsi, celle-ci ne présente pas de troubles dégénératifs cervicaux qui permettraient d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout l'impotence fonctionnelle qui en découle. Il n'existe pas non plus de troubles sensitifs ou moteurs. L'assurée se meut, s'habille, se déshabille et monte les deux étages d'escaliers de manière fluide et est capable de rester assise pendant l'entretien sans opter pour une position antalgique, de sorte qu'il y a une certaine discordance entre ses plaintes, l'ampleur de la symptomatologie douloureuse alléguée et

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 les découvertes cliniques et paracliniques. L'expert estime enfin qu'une reprise de l'activité aurait raisonnablement pu être exigée dès avril 2010. L'absence d'influence sur la capacité de travail de l'hystérectomie et de l'annexectomie subies en mars 2009, ainsi que de l'hypertension artérielle labile avec bloc auriculo-ventriculaire, est confirmée par les spécialistes consultés par la recourante. En effet, le Dr E. _____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, qui l'a opérée en mars 2009, atteste le 8 mai 2010 qu'il n'a jamais été question d'invalidité pour des raisons

gynécologiques et que l'assurée était asymptomatique lors du dernier contrôle en novembre 2009 (dossier OAI p. 121). Le Dr F. _____, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne générale, pose quant à lui le 30 avril 2010 comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail "Belastungsabhängiger AV-Blok II° + I°, Arterielle Hypertonie, Vegetative Dysregulation". Il atteste, suite à un entretien téléphonique avec l'assurée, que l'hypertension est normalisée, qu'il n'y a pas de dyspnée, de syncope et de palpitations, qu'il n'y a pas nécessité d'implanter un stimulateur cardiaque et que la patiente n'en veut pas. De ce fait, il n'existe ni de diagnostic cardiologique avec effet sur la capacité de travail à long terme ni de limitations fonctionnelles (dossier OAI p. 104). La Dresse G. _____ de l'Hôpital H. _____ atteste également que l'hypertension artérielle est sans influence sur la capacité de travail (rapport du 11 avril 2012, dossier OAI p. 191). Le Dr I. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, diagnostique quant à lui une fibromyalgie, un syndrome de fatigue chronique, des troubles statiques et dégénératifs du rachis, une obésité, un syndrome métabolique et hypertension et un status après hystérectomie et annexectomie bilatérale (2009) pour tumeur ovarienne gauche mucineuse (rapport du 21 mars 2012, dossier OAI p. 186). Il ressort de son appréciation que l'hypertension et le status après hystérectomie et annexectomie bilatérale, passés sous silence, ne sont pas déterminants. Quant aux autres diagnostics, on ignore quelle est leur influence sur la capacité de travail, le médecin ne se déterminant pas du tout à leur sujet, de sorte que son rapport ne saurait contribuer à fixer la capacité de travail de l'assuré. Enfin, de nombreux autres rapports médicaux figurent encore au dossier. Ils ne remplissent toutefois pas les conditions posées par la jurisprudence pour leur octroyer pleine valeur probante, de sorte qu'ils ne peuvent être pris en compte. Ainsi, les rapports de la Dresse J. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, n'indiquent pas sur quels examens elle s'est basée, consistent en de courtes réponses aux formulaires ou en attestation de quelques lignes et ne contiennent pas de conclusions motivées (cf. notamment rapports du 30 avril 2013 dossier OAI p. 338, du 27 mars 2012 dossier OAI p. 182, du 3 février 2012 dossier OAI p. 172, du 16 avril 2010 dossier OAI p. 95). Quant au rapport du 17 juin 2013 du Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, s'il est plus détaillé que les autres, il pose tant des diagnostics physiques (syndrome fibromyalgique et status après bloc AV paroxystique du 2ème degré) qu'un diagnostic psychiatrique (état dépressif récurrent accompagné de phobie sociale), alors que le médecin n'est pas spécialisé en psychiatrie et qu'il ne motive pas pour quelles raisons il retient qu'une reprise du travail à 50 % dans une activité adaptée est réaliste (dossier OAI p. 353). Partant, ces rapports ne remettent pas en cause l'expertise bi- disciplinaire. b) Le volet psychiatrique de l'expertise bidisciplinaire a été réalisé le 24 avril 2013 par le Dr L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI p. 274). Basé sur l'étude du dossier asséculologique, l'anamnèse, les plaintes subjectives de l'assurée et les constatations objectives faites lors de l'examen clinique du 24 avril 2013, motivé et contenant des

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 conclusions claires, le rapport d'expertise est probant. L'expert ne pose aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, mais un seul n'ayant pas d'influence, la dysthymie (F34.1), et expose clairement pour quelles raisons il n'a retenu ni le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen à sévère posé par ses collègues psychiatres ni d'autres diagnostics. Ainsi, la sévérité du tableau de dépression chronique de l'humeur est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec un moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, avec des ruminations existentielles sans idées noires, une fatigabilité anamnétique, sans troubles de

concentration ou de mémoire, sans anhédonie, sans repli social, sans perte d'estime d'elle-même, avec un sommeil perturbé par des réveils en fonction des bouffées de chaleur et l'appétit conservé. Par contre, le diagnostic de dysthymie est évoqué par l'intensité et la fluctuation du tableau, avec 60% du temps où l'assurée se sent moins bien et 40 % où elle se sent mieux et est active, tout en restant capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. L'expert relève que l'examen a également mis en évidence l'absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant, avec absence d'élément en faveur d'angoisses itératives, d'agoraphobie, de claustrophobie, de phobie sociale, de crise d'anxiété généralisée et de la lignée obsessionnelle, ainsi que l'absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de la personnalité. Il atteste de l'existence d'une symptomatologie algique, pour partie itérative, sans grande intensité ni détresse. Cette symptomatologie algique pourrait faire envisager un trouble somatoforme, mais il manque l'intensité des plaintes, la détresse, la comorbidité psychiatrique car l'intensité du tableau de dysthymie ne peut participer d'une comorbidité, et la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. De plus, il n'y a pas d'affection chronique s'étendant sur plusieurs années. En effet, les arythmies sont résolutive depuis 2012, le traitement a pris fin en février 2013, le traitement psychiatrique n'a pas modifié la symptomatologie et surtout les consultations psychiatriques sont récentes, un état psychique cristallisé est difficile à mettre en évidence et enfin un échec au traitement ne peut pas être envisagé, l'assurée précisant un espacement des consultations psychiatriques et psychologiques ainsi que l'arrêt de tout traitement psychotrope depuis février 2013, sans changement de la symptomatologie. L'expert mentionne encore qu'elle consulte son médecin généraliste une fois par mois pour prescription homéopathique, le psychiatre une fois toutes les 3 semaines, ainsi que son cardiologue. Il observe que la symptomatologie dépressive semble essentiellement réactionnelle à la réintégration dans une ambiance aux CFF qui ne plaît guère à l'assurée, que celle-ci mentionne une symptomatologie actuelle strictement superposable à la symptomatologie initiale et qu'il ne retrouve pas d'élément critère symptôme en faveur d'un épisode dépressif sévère. D'ailleurs, le traitement psychotrope ne correspond pas au diagnostic proposé. L'examen clinique n'ayant pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ou de limitation fonctionnelle psychiatrique, la capacité de travail est entière dans toute activité du point de vue psychiatrique. Les rapports communs du Dr M. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue N. _____, qui suivent l'assurée, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert-psychiatre. En effet, on ignore quels sont les éléments et examens sur lesquels ils se sont basés dans leur rapport du 12 février 2013 (dossier OAI p. 326) pour diagnostiquer un trouble dépressif récurrent moyen à sévère entraînant une reprise du travail d'au maximum 50 %, de sorte que ce rapport n'a pas valeur probante selon les critères jurisprudentiels. Ce rapport atteste tout de même d'une amélioration de l'état de santé depuis leur rapport du 12 septembre 2012 (dossier OAI p. 221), dans lequel ils posaient le diagnostic de trouble dépressif

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 récurrent épisode sévère (F33.2), l'assurée ayant pu intégrer une activité à temps partiel en suivant un cours qui lui a été bénéfique, même s'il lui a aussi causé une grande fatigue. Enfin, les symptômes retenus dans ce rapport de 2012 – troubles de la concentration, discours et motricité légèrement ralentis, ruminations

importantes et idées noires, tendance à la méfiance, humeur fortement déprimée, avec anesthésie affective, angoisses, perte de l'élan vital et de motivation, perte de plaisir et d'énergie, idées suicidaires, et tendance au retrait social – ont disparu par la suite, ainsi qu'en atteste l'expertise psychiatrique. c) Par ailleurs, les experts ne se sont pas contentés d'apprécier la fibromyalgie abstraitement, de considérer que les douleurs n'ont que peu de substrat organique et de conclure d'une manière abstraite que la recourante devrait ainsi pouvoir les surmonter. Au contraire, il convient de constater, à la lecture des deux volets de l'expertise bidisciplinaire, que les experts ont fait état d'éléments en suffisance pour permettre une appréciation circonstanciée de la fibromyalgie présentée par la recourante. Ces spécialistes se sont en effet fondés sur un examen médical approfondi et des indices très concrets, tels que les plaintes de la recourante. Sous l'angle de la cohérence, il existe une certaine discordance entre les plaintes, l'ampleur de la symptomatologie douloureuse alléguée et les constatations objectives, l'assurée ne présentant pas de troubles dégénératifs cervicaux qui permettraient d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout de l'impotence fonctionnelle qui en découle, ni des troubles sensitifs ou moteurs. L'expert-rhumatologue a en outre indiqué qu'elle se meut, s'habille, se déshabille, monte deux étages d'escaliers de manière fluide et est capable de rester assise pendant l'entretien sans prendre de position antalgique. De plus, le Tribunal note que d'autres options thérapeutiques que le traitement par son médecin traitant, une prise en charge physiothérapeutique en piscine et une médication n'ont jamais été véritablement exposés. Partant, on ne saurait critiquer l'appréciation des experts qui est concluante. d) La recourante met encore en cause l'expertise bidisciplinaire en opposant ses conclusions à celles des médecins de son ancien employeur. Force est toutefois de constater que ces médecins ont repris les rapports médicaux que les médecins traitants leur ont transmis, sans avoir de contact direct avec l'assurée, et qu'aucun d'entre eux n'est psychiatre (cf. notamment Dr O. _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et chirurgie de la main, rapport du 27 juin 2013 dossier OAI p. 355, du 26 mars 2013 dossier OAI p. 332, du 19 février 2013 dossier OAI p. 328; Dr P. _____, spécialiste FMH en médecine du travail et médecine interne générale, rapport du 3 décembre 2010 dossier OAI p. 157). Ils ne sont dès lors pas probants. Enfin, l'assurée estime qu'il convient de demander des précisions sur des points spécifiques aux médecins et thérapeutes traitants. On ignore toutefois de quelles précisions et quels points spécifiques il s'agirait. L'expertise bi-disciplinaire étant probante, il n'y a pas lieu de s'en écarter et on ne voit pas ce qu'une instruction complémentaire apporterait de plus, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de contacter ses médecins traitants. e) Au vu de ce qui précède, il faut en conclure que l'état de santé de la recourante lui permet d'exercer son activité habituelle à 80 % ou une activité adaptée sans position assise devant un écran de manière prolongée et debout de manière régulière à 100 %, sans diminution de rendement, tel que retenu par l'expertise bi-disciplinaire.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13

E. 4

S'agissant du calcul du degré d'invalidité, la recourante conteste uniquement le revenu d'invalidité. Elle soutient qu'il convient de retenir le montant correspondant au total du secteur privé du tableau TA1, et non celui de la division 82 (activités administratives, soutien aux entreprises). Elle est par ailleurs d'avis qu'elle a droit à un abattement de 10 % pour tenir compte de son ancienneté auprès de son ancien employeur, de son âge avancé et

de ses limitations fonctionnelles. L'autorité intimée estime quant à elle qu'il y a lieu de s'écarter de la règle générale de se baser sur la ligne "total secteur privé" pour tenir compte de la capacité de travail résiduelle de la recourante. Elle relève encore que la jurisprudence fédérale ne prévoit pas d'abattement lorsque l'assuré a une capacité de travail entière sans diminution de rendement. a) La recourante estime qu'il faut prendre en compte le total moyen de la catégorie 3 pour les femmes pour déterminer le revenu d'invalidité. Elle n'explique cependant pas pourquoi il faudrait procéder de cette manière. Par ailleurs, on peut attendre d'elle, qui est apte à exercer différents types d'activités adaptées, qu'elle mette au mieux à profit ses possibilités de réintégration sur le marché du travail en utilisant au maximum ses compétences en vertu de son obligation de diminuer le dommage. Il convient dès lors de retenir le salaire statistique avec invalidité qui correspond au domaine d'activités où elle pourra se réintégrer le mieux au vu de son expérience dans le domaine des activités administratives et du soutien aux entreprises (arrêt TF 9C_269/2010 du 7 octobre 2010 consid. 3.2). A ce sujet, il sied de constater que, si l'assurée a effectué tout son parcours professionnel aux CFF, elle a occupé différents postes et a assumé différentes tâches (notamment de manager de service, coordinatrice du Service Desk, assistante du personnel, fonctionnaire d'exploitation, CV dossier OAI p. 205). Bilingue français-allemand, elle a également de bonnes capacités cognitives (rapport de la fondation IPT au sujet du module gestion du changement, dossier OAI p. 250). Elle a enfin suivi diverses formations (dossier OAI p. 196 à 203) et dispose ainsi d'une bonne expérience professionnelle. Par ailleurs, son âge n'est pas de nature à l'empêcher de trouver un travail adapté. En effet, elle était âgée d'un peu plus de 55 ans au moment où l'expertise a été réalisée et n'avait ainsi pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré (arrêt TF 9C_259/2007 consid. 4.4). La recourante ne conteste pas le choix de la catégorie de salaire 3. C'est au demeurant à juste titre que l'autorité intimée a retenu cette catégorie dès lors que l'assurée a travaillé dans divers postes pour les CFF depuis 1991, essentiellement au service informatique, et qu'elle a suivi diverses formations avec obtention de certificats ou attestations dans l'informatique, la conduite de projet ou encore le marketing (dossier OAI p. 196ss). Ainsi, l'autorité intimée a correctement retenu le salaire de la division 82 (activités administratives, soutien aux entreprises), catégorie 3, de l'ESS 2010, à savoir CHF 70'257.60. b) Quant à l'abattement de 10 % que fait valoir la recourante, la jurisprudence citée par l'OAI (arrêt TF 9C_386/2012 du 18 septembre 2012) n'indique pas qu'il ne serait pas possible lorsque l'assuré a une pleine capacité de travail sans diminution de rendement. Cela étant, la capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée tient déjà compte des limitations fonctionnelles de l'assurée. On ne voit pas quels empêchements ayant une influence sur sa rémunération la recourante pourrait avoir dans les activités de la classe 82. Il n'y a par ailleurs pas

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 lieu de penser, au vu de sa longue expérience professionnelle, que son âge pourrait constituer un facteur justifiant un abattement sur le salaire statistique. Enfin, l'assurée n'allègue pas avoir bénéficié de prestations particulières auprès de son ancien employeur du fait de son ancienneté ni ne les détaille (arrêt TF I 617/2003 du 4 juin 2004 consid. 5.2). S'il ressort de ses objections du 27 mars 2014 (dossier OAI p. 394) qu'elle touchait des primes (dont on ignore au demeurant à quoi cela correspond) et une prime de fidélité, il faut constater à juste titre qu'elles ont été prises en compte dans le calcul du revenu de valide mais qu'elles n'entrent en revanche pas dans le calcul du revenu d'invalidité. Le revenu de valide de CHF 111'828.35 n'étant pas contesté et

comparé avec un revenu d'invalidité de CHF 70'257.60, le degré d'invalidité est de 37,17 % et n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a refusé l'octroi de celle-ci.

E. 5

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le

E. 10

février 2015. Pour les mêmes motifs, l'assurée n'a pas droit à des dépens. 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 le 10 février 2015. III. Il n'est pas octroyé 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 8 février 2017/cso Le Président La Greffière-rapporteure

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