

FR_GERICHTE 608 2021 74 vom 16. Dezember 2021

FR Kantonsgericht, 2021-12-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_74

FR: FR_GERICHTE 608 2021 74 du 16 décembre 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2021 74 del 16 dicembre 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

E. 2

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

E. 3.1

Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte –, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut, non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 144 I 28 consid. 2.3; 141 V 15 consid. 3.1 et les références). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (ATF 130 V 393 consid. 3.3; arrêt TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 et la référence). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

E. 3.2

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, l'on applique la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références). Cette méthode trouve par ailleurs application aux personnes qui exercent une activité lucrative à un taux d'occupation réduit sans accomplir par ailleurs de travaux habituels (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, état au 1er janvier 2020, ch. 3012.1). En effet, le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2). Cependant, la limitation dans le domaine lucratif doit être prise en considération de façon proportionnelle, en fonction de l'étendue du taux d'activité à temps partiel, sous peine de compenser indirectement et de manière inadmissible une restriction des activités de loisirs non assurées (ATF 142 V 290 consid. 7.3). L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une, est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. C'est la méthode dite spécifique d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 2 LAI). Enfin, l'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une, est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. C'est la méthode dite spécifique d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 2 LAI).

E. 4.1

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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 4.2

Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une 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).

E. 4.3

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).

E. 5

En l'espèce, est dans un premier temps litigieuse, la méthode choisie pour évaluer l'invalidité de la recourante, cette dernière demandant l'application de la méthode générale de comparaison des revenus. Pour sa part, dans sa décision du 25 février 2021, l'OAI avait estimé que, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait poursuivi une activité professionnelle au taux de 40%, les 60% restants correspondant à ses travaux ménagers habituels. Cependant, si, dans sa demande de prestations du 10 août 2018, l'assurée indiquait travailler à 40% en tant que conseillère en vente, elle précisait aussi être conseillère communale, réaliser des traductions, proposer des cours de langue et décorer des vitrines (dossier OAI, p. 25). Son extrait de compte individuel laisse, par ailleurs, apparaître des cotisations non seulement pour le premier poste, mais également pour le poste de conseillère communale (dossier OAI, p. 33). Dans un questionnaire sur son statut du 2 décembre 2018, elle indiquait que, en santé, elle travaillerait "à temps partiel à 40%" car son poste de "conseillère communale [... l']occupait pas mal aussi" et que "le revenu de [s]on activité indépendante ne permet[ait] pas [de] combler les finances". Dans une autre question, elle précisait qu'elle transformerait sa maison "pour créer des chambres d'hôtes" et qu'elle travaillerait, en sus, à un taux de 40%-50% (dossier OAI, p. 71). Dans un courriel du 21 décembre 2019, elle précisait avoir deux projets qui l'attendaient, à savoir "faire des chambres d'hôtes (Compostelle entre autres)" et "[s]'occuper de l'administration d'une entreprise de construction" (dossier OAI, p. 142). Enfin, lors de la visite domiciliaire, l'assurée a précisé que, "sans atteinte à la santé, elle chercherait un travail à un pourcentage de 100%, une partie à la maison, 50% du télétravail" (dossier OAI, p. 241). Au demeurant, dans le contexte de ses objections au projet de décision du 5 novembre 2020, l'assurée a précisé ce qui suit: "Mon activité en tant que salarié à 40% ne signifie pas que je n'ai rien fait de mes 60% restants comme le stipule votre rapport. Le ménage, la lessive etc. ainsi que les extérieurs se faisaient généralement durant les weekends ou le soir. J'ai toujours été très active et m'impliquais plus que de raison car j'aime le travail bien fait (privé et professionnel) car il procure satisfaction et liens sociaux [...]. L'étage supplémentaire rajout[é] à notre habitation en 2017/2018, prév[u] initialement pour en faire des chambres d'hôtes, s'est vu converti en projet pour deux studios à louer à des étudiants, ce qui assurer[ait] un revenu plus régulier. Actuellement, faute de pouvoir m'investir et faute de moyens, ce grand espace est à l'état brut et donc inexploitable. Malgré les vertiges (Betacerc 16 et 8 mg) et les maux de tête depuis 2006, j'ai continué toutes sortes d'activités professionnelles et privés, sans rech[er]cher à la tâche et faisant fi de l'inconfort ressenti, jusqu'à l'automne 2017, où je me suis rendue à l'évidence que je n'étais physiquement plus en mesure d'assumer mes diverses tâches. Pour toutes ces raisons et celles évoquées par le [neurologue traitant], je conteste les motivations qui ont amen[é] à votre projet de décision car elles ne se basent pas sur la réalité des faits et ne tienn[ent] pas compte de ma situation de santé. D'autant plus que je ne demande pas une rémunération sur l'ensemble de mes activités mais uniquement celle qui me p[er]jore réellement, c'est à dire mon dernier emploi en tant que salariée à 40%" (dossier OAI, p. 276). Force est de constater que l'ensemble de ces éléments ne va pas dans le sens de l'OAI lorsqu'il retient que, en santé, l'assurée aurait consacré 60% de son temps à la tenue de son ménage. Au contraire, même si l'on se contente de se référer à ses anciennes activités, l'assurée travaillait manifestement à un taux plus élevé que 40%, ne serait-ce qu'en tant que membre du conseil communal, activité dont la charge de travail est estimée à un taux de l'ordre de 10% par l'enquêtrice ménagère (dossier OAI, p. 241), voire plus si l'on se réfère à la charge de travail

communément

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 admise à un tel poste. A cela s'ajoutaient les autres activités exercées à titre indépendant déclarées par la recourante d'une manière constante et sans contradictions. Cette situation historique confirme ses allégations selon lesquelles elle continuerait à travailler à un taux d'occupation important, bien supérieur à un 40 %, vraisemblablement en divisant son activité entre la poursuite à taux réduit de son occupation de conseillère en vente, complétée par les revenus provenant d'une ou plusieurs autres activités à domicile, par exemple des travaux de traduction ou de rédaction de communiqués de presse. Ainsi, au vu de l'ensemble de ce qui précède, la recourante a rendu vraisemblable que, si elle était en bonne santé, elle ne consacrerait pas le reste de son temps libre à l'accomplissement de ses travaux habituels mais à d'autres activités. Dans un tel contexte et conformément à la jurisprudence, il convient de faire application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

E. 6

Compte tenu de ce qui précède, il convient d'examiner la mesure dans laquelle l'assurée est limitée dans l'exercice d'une activité lucrative par ses ennuis de santé.

E. 6.1

Dans sa décision du 25 février 2021, l'OAI estime que l'assurée est en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée à son état de santé. Il se réfère en cela aux conclusions du Dr C. _____, l'expert qu'il avait mandaté et qui a rendu son rapport d'expertise le 14 juillet 2020 (dossier OAI, p. 205). Pour fonder ses conclusions, l'expert s'est référé au dossier mis à sa disposition par l'OAI dont le contenu est repris en début de rapport. La recourante affirme que ce dossier serait insuffisamment complet, sans pour autant expliciter cette critique d'une manière convaincante. Certes, on ne trouve pas au dossier de rapports antérieurs à 2018. Toutefois, il comporte des comptes rendus d'examens radiologiques ainsi que de nombreux rapports plus récents de ses différents médecins traitants. L'on constate, par ailleurs, que l'expert s'est aussi vu transmettre directement des rapports datant de 2006, soit l'année de la survenance des premiers symptômes, et de 2017, soit l'année de la péjoration alléguée. Dans ce contexte, force est de constater qu'il a eu un dossier suffisamment complet à sa disposition et que si cela n'avait pas été le cas, il n'aurait pas manqué de solliciter à nouveau l'autorité intimée. L'expert s'est en outre fondé sur un entretien réalisé avec l'assurée le 30 juin 2020, à l'occasion duquel une EEG (qualifiée de normale) a été pratiquée. Lors de l'entretien, l'assurée a été en mesure de décrire ses troubles. D'abord constitués de vertiges et de maux de tête en 2006, accompagnés de sensations de vertiges, de fourmillements et de vomissements, leur importance a considérablement augmenté en 2017. Malgré des interventions (discectomie ventrale C4-C7 en décembre 2018, intervention pour examiner l'hypophyse en mai 2019), la situation ne s'est pas améliorée, la recourante se plaignant en outre désormais de lombalgies. Sur le plan professionnel, elle soulignait être limitée en raison des maux de tête, du manque de concentration et de la fatigue, ne pensant pas être en mesure de travailler à plus de 50%. Pour sa part, lors de l'entretien, l'expert a pu procéder à un examen complet de l'assurée, relevant que cette dernière était "adéquate, collaborante et non-démonstrative". Son examen ne s'est, par ailleurs, pas limité à la seule zone crânienne objet de la plupart des plaintes, mais également au tronc, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. A l'exception d'une nuque de mobilité modérément limitée, de quelques douleurs provoquées à cette

occasion et d'une diplopie déclarée, cet examen "s'avère extrêmement pauvre".

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 C'est donc sur la base d'une pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical, en tenant compte des plaintes de l'assurée ainsi que d'un examen complet, que l'expert retient les diagnostics de "status après probable neuronite vestibulaire droite", de "cervico-céphalalgies persistantes depuis de nombreuses années", de "status après excision à 2 reprises d'un kyste de la poche de Rathke (2018 et 2020)", de "troubles dégénératifs disco-vertébraux cervicaux pluri-étagés", de "status après discectomie ventrale C4-C7 avec mise en place d'une prothèse C4-C5 et d'une cage-stabilisation par plaques CS-C7 (2018)", de "cervico-céphalalgies, diplopie, polydipsie persistantes depuis 2017" et de "lombalgies sans sciatalgies associées sur troubles dégénératifs (arthrose facettaire) L2-L5, avec sténose débutante du canal lombaire et protrusion discale modérée L4-L5". Si l'expert relève l'existence de plusieurs diagnostics d'ordre neurologique, il peine à rattacher les plaintes de l'assurée à ceux-ci. Il relève ainsi que le kyste de Rathke présent en 2017 "était sans effet de masse objectivable et donc peu susceptible d'entraîner des maux de tête et des phénomènes vertigineux". De même, s'il admet que les cervicalgies "peuvent être en relation avec les troubles dégénératifs cervicaux mis en évidence aux différents bilans radiologiques", il ajoute que "la relation de causalité entre les plaintes et les constatations radiologiques ne peut être affirmée, les anomalies dégénératives discovertébrales cervicales modérées pouvant également être asymptomatiques et une découverte fortuite". Dans ce contexte, il conclut "qu'existent chez cette assurée des éléments extra-somatiques pouvant jouer un rôle sinon dans l'apparition des troubles, du moins dans leur importance et leur répercussion sur son activité personnelle et professionnelle". Cela le conduit à exclure l'incapacité de travail totale attestée par le neurologue traitant, ne retenant pour sa part aucune limitation fonctionnelle dans l'activité exercée antérieurement, à l'exception d'activités particulièrement lourdes sur le plan physique et nécessitant des positions extrêmes. Tout au plus évoque-t-il une capacité de travail globale de 80% dans de telles activités ainsi qu'une incapacité de travail de 3 mois après chaque intervention. Concrètement, cela correspond à des périodes d'incapacité de travail de début décembre 2018 à début mars 2019, de début mai à début août 2019 et de fin avril à fin juillet 2020. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que l'expert a procédé à une étude détaillée des points litigieux, discutant de l'appréciation des médecins traitants. Il présente une description de la situation médicale de cette assurée ainsi que motive dûment ses conclusions, tant sur le point des diagnostics que s'agissant de la problématique de la capacité de travail. A ce stade, la Cour relève que la recourante se plaint en substance de ce qu'elle ait dû se dévêtir, s'asseoir sur une chaise en sous-vêtements et subir le "schweifenden Blicken auf den Oberkörper" de l'expert, ce qui l'aurait déstabilisée. L'on ne peut ignorer le fait que la recourante décrit un comportement qu'elle a ressenti comme intrusif de la part du médecin. Cela étant, il n'appartient pas à la Cour de trancher l'existence ou non d'un tel comportement dans le cadre de la présente procédure. Il aurait incombé à l'assurée de dénoncer ce comportement auprès de la Commission de déontologie, cas échéant auprès d'une autre autorité. En l'état, la Cour doit se contenter de déterminer si ces accusations mettent en cause la valeur probante de l'expertise du Dr C. _____. Or, ce dernier semblait légitimé à lui demander de se dévêtir jusqu'aux sous-vêtements et de l'examiner dans cette tenue, dès lors qu'elle se plaint en particulier de douleurs au niveau cervical et sacro-lombaire, ce qui implique un examen de ces régions (cf. Swiss Insurance Medicine, Lignes directrices pour l'expertise médicale, partie neurologique, 2016; cf. <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/>, consulté le 15 décembre 2021). En outre, ces

accusations apparaissent récentes, l'assurée n'ayant pour la première fois évoqué l'examen en sous-vêtements qu'au stade des objections (dossier OAI, p. 273; cf. en comparaison les courriels du 23 juillet et du 11 septembre

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 2021, dossier OAI, p. 237 et 264) et les regards torves qu'au stade du recours. En présence de démarches apparemment justifiées sur le plan médical, les affirmations de la recourante ne permettent dès lors pas de remettre en cause les examens et les conclusions de l'expert. Au demeurant, on constate que les limitations fonctionnelles relevées par le Dr C._____ sont cohérentes avec celles constatées par l'enquêtrice de l'OAI lors de l'enquête ménagère du 27 août 2020. En particulier, l'enquêtrice fait état de limitations essentiellement en lien avec les activités lourdes telles que laver le linge, passer la serpillère ou "déplacer du lourd" (dossier OAI, p. 241). Si la teneur de ce rapport est fermement contestée par la recourante, on constate que ses critiques semblent d'emblée peu justifiées. Par exemple, elle se plaint de ce que l'enquêtrice retient que son village ait une gare alors qu'il en est dénué. Certes, le village de E._____ ne possède aucune gare ferroviaire, il possède en revanche des arrêts de bus, dont un à 350 mètres de la maison de l'assurée. En outre, la gare de F._____ se situe en limite de commune et à moins de 2 km du domicile de l'assurée. Cela étant, dans la mesure où il n'est pas nécessaire d'examiner la situation de la recourante sous l'angle de la méthode mixte, la question de la valeur probante de ce rapport d'enquête peut demeurer ouverte. Les conclusions de l'expertise sont dès lors probantes. Cette appréciation est par ailleurs confirmée par le Dr G._____, spécialiste en anesthésiologie, du Service médical régional (SMR), lequel conclut que l'expertise remplit les critères formels de qualité définis par la jurisprudence (dossier OAI, p. 284).

E. 6.2

Les conclusions de l'expert sont contestées par l'assurée, laquelle se prévaut pour sa part de celles de ses médecins traitants, nommément le Dr H._____, spécialiste en neurologie, et la Dre I._____, spécialiste en médecine interne générale.

E. 6.2.1

Le premier a été consulté à la fin de l'année 2018 dans l'optique de pratiquer une discectomie ventrale à trois étages de C4-C7, visant à enlever un adénome hypophysaire. Cette intervention sera complétée de deux interventions sur l'hypophyse ("Transsphenoidale Zysten-Tumorsektion") en mai 2019 et en avril 2020 (rapports des 19 novembre 2018, du 19 mars 2019 et du 3 avril 2020, dossier OAI, p. 75, 101 et 196; cf. ég. p. 75, 102, 154 et 196). Suite à chacune de ces interventions, le médecin atteste d'une amélioration de la situation, avec même une disparition de la plupart des symptômes en avril 2020 (rapport du 9 juin 2020, dossier OAI, p. 199). Dans son rapport le plus récent, il souligne cependant que la problématique de sa patiente s'est péjorée, consistant en des sensations de vertiges, des crises de maux de têtes intermittentes, des migraines avec aura ainsi que des problèmes d'obstruction nasale ("chronische starke Borkenbildung"). Ces atteintes sont liées à des diagnostics cervicaux, lombaires et cérébraux. Selon lui, en l'état actuel, sa patiente n'est "beruflich nicht re-integrierbar: die Konzentrationsfähigkeit ist reduziert, die Schwindel- und Kopfschmerz-Attacken verunmöglichen einen regelmässigen Arbeitsrhythmus". Il atteste ainsi d'une incapacité de travail totale. Tout au plus évoque-t-il la possibilité, à terme, d'une amélioration de l'état de santé laissant possible la reprise d'une activité à un taux de 50% (rapport du

E. 6.2.2

Quant à la Dre I. _____, elle atteste une incapacité de travail totale entre le 18 octobre 2017 et le 11 novembre 2018, à 50% entre le 1er septembre et le 30 novembre 2019 puis à nouveau à 100% jusqu'au 29 février 2020 (certificats médicaux, dossier OAI, p. 15s, 67 et 163s). L'on précise, à ce stade, que l'incapacité de travail est entretemps et par la suite attestée par le Dr H. _____. Pour fonder cette incapacité de travail, la généraliste retient les diagnostics d'"hernies discales" C5- C6, de "discarthrose" C6-C7, d'"adénome hypophysaire", de "vertiges" et de "céphalées". Selon elle, ces différentes atteintes provoquaient des limitations fonctionnelles sous la forme de "vertiges, maux de tête, troubles de la concentration et mémoire, douleurs du bras [droit] sur territoire C5 et douleurs [du] bras [gauche] sur territoire C6-C7". Elle évoquait également des problèmes d'équilibre (rapports du 23 octobre et du 23 novembre 2018, dossier OAI, p. 40 et 67; cf. ég. p. 116, 122 et 124). Ces rapports, émis par une généraliste, ne sont que peu détaillés. L'on constate en particulier qu'elle ne présente la situation médicale que d'une manière très sommaire, sans aucun historique. Elle ne détaille en outre pas ses examens, lesquels semblent être fondés d'une manière non négligeable sur les seules déclarations de la patiente. La situation médicale et les diagnostics émis par les autres médecins ne sont nullement discutés. Dans ce contexte, les conclusions de la Dre I. _____ n'ont qu'un poids très relatif face aux 33 pages d'expertise rédigés par un spécialiste en neurologie et ne sauraient emporter la conviction de la Cour.

E. 6.2.3

Enfin, les autres médecins interrogés ne mettent pas en doute les conclusions de l'expert. Ainsi, la Dre J. _____ indique ne pas connaître la patiente (rapport non daté, dossier OAI, p. 79). Pour sa part, le Dr K. _____, consulté au cours de l'année 2017, retenait les diagnostics de "céphalées chroniques, neuronite vestibulaire, adénome hypophysaire asymptomatique". Ces atteintes provoquaient des symptômes de céphalées et vertiges. Pour autant, il ne préconisait aucun

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 traitement. En outre, à l'instar de l'expert en neurologie, il n'attestait d'aucune incapacité de travail en lien avec ces atteintes (rapport du 14 novembre 2018, dossier OAI, p. 55).

E. 6.3

Enfin, la recourante se plaint de ce que l'aspect psychiatrique de ses atteintes n'ait pas été investigué alors même que le Dr C. _____ estimait comme possible que de tels atteintes jouent un rôle dans sa situation. L'expert-neurologue estime en effet que les plaintes de l'assurée sont "en partie en relation avec des facteurs psychologiques et éventuellement socio-professionnels, soit des facteurs extra- somatiques". Ainsi que déjà cité ci-avant, il conclut ainsi "qu'existent chez cette assurée des éléments extra-somatiques pouvant jouer un rôle sinon dans l'apparition des troubles, du moins dans leur importance et leur répercussion sur son activité personnelle et professionnelle" (dossier OAI, p. 202). Pour autant, la recourante ne rapporte ni trouble psychiatrique ni suivi de cet ordre, ne serait- ce que par son médecin traitant. Ses différents médecins ne font pas, non plus, état de troubles de cet ordre qui justifieraient une incapacité de travail. Dans ce contexte, c'est à juste titre que l'OAI a renoncé à investiguer les troubles de l'assurée sous l'angle psychiatrique. En l'absence d'indice confirmant l'existence de troubles psychiatriques invalidants, l'on doit considérer comme vraisemblable que les facteurs extra-somatiques ayant une répercussion

sur l'état de santé de l'assurée ne sont vraisemblablement pas de cet ordre. 7. 7.1. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 7.2. Dans le contexte de la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA), 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). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 7.3. 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 citées). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité,

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts TF 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées). Lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, connaissances insuffisantes d'une langue nationale ou limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier) et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui auquel il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer. Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Le revenu nettement inférieur peut alors justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5%. En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Dans la comparaison des revenus, il faut en outre tenir compte du fait que les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer et de l'abattement pour circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation

d'interdépendance, dans la mesure où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 135 V 297 consid. 6.2). 7.4. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 U 130 p. 270 s. consid. 4a; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). Le principe constitutionnel de l'égalité de traitement commande de recourir aux salaires statistiques ressortant de l'ESS, sans tenir compte de données salariales régionales, et à plus forte raison cantonales (arrêt TF 9C_535/2019 du 31 octobre 2019 consid. 4 et les arrêts cités). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. En revanche, l'exercice d'une activité à taux partiel ou le long éloignement du marché du travail ne sont pas des facteurs d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt TF 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6). Une déduction globale maximum 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. 5). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et,

partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées). 7.5. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (arrêts TF 9C_584/2017 du 17 juillet 2018 consid. 3.3 et les références citées). Il découle par conséquent 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 (RFJ 2009 p. 320). Cependant, si le revenu ne peut pas être déterminé précisément en termes de chiffres, il doit être estimé sur la base des circonstances connues dans le cas individuel et les valeurs approximatives ainsi obtenues doivent être comparées. Tel est également le cas si une détermination exacte des revenus est possible en soi mais nécessite un effort disproportionné et si l'on peut également supposer que la simple estimation des revenus donne un résultat suffisamment fiable. Si une estimation est faite, elle ne doit pas nécessairement consister en une détermination numérique de valeurs approximatives. Une comparaison de simples pourcentages peut suffire. Le revenu hypothétique qui peut être gagné sans handicap est alors évalué à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage proportionnellement plus faible, de sorte que le degré d'invalidité est dérivé de la différence de pourcentage (ATF 104 V 135 consid. 2b).

E. 8

En l'espèce, il ressort de l'évaluation médicale que l'assurée doit se voir reconnaître une pleine capacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée, à savoir une activité qui n'est pas particulièrement lourde sur le plan physique et ne nécessite pas des positions extrêmes.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16

E. 8.1

Dans le cadre de son mémoire de recours, l'assurée revendique que le montant de son revenu de valide soit fixé à CHF 81'900.-, à savoir le montant obtenu dans son activité de conseillère en vente à 40%, porté à un taux d'activité de 100%. Cependant, le revenu allégué n'apparaît pas crédible. En effet, au titre de revenu de valide, dans sa demande de prestations, la recourante indiquait des revenus de CHF 2'500.- (x13) par mois pour son activité à 40%, entre CHF 2'500.- et 5'500.- par année pour son activité de conseillère communale et entre CHF 500.- et CHF 2'000.- par année pour ses autres activités. A la lire, l'ensemble de ces activités correspondrait à une activité à temps plein de sorte que son revenu global devrait être estimé à CHF 37'500.- par année (dossier OAI, p. 20). En outre, l'extrait de compte individuel laisse apparaître des revenus bien inférieurs durant les dernières années, avec des montants de CHF 22'154.- en 2013, de CHF 3'897.- en 2014, de CHF 3'725.- en 2015, de CHF 21'605.- en 2016 et de CHF 26'250.- en 2017. Cette différence est partiellement liée aux faits que l'assurée avait cessé de travailler entre 2013 et 2015 et ne cotisait pas sur les montants obtenus dans le cadre de ses activités de traduction, d'enseignement des langues et de décoration de vitrines (dossier OAI, p. 34). Force est de constater que, dans la mesure où la recourante cumule différents types d'activités dont une partie n'a jamais été soumise à cotisations, il est difficile de déterminer avec précision le montant à retenir au titre de revenu de valide. On pourrait même en déduire qu'elle se serait

contenté de revenus très bas durant de nombreuses années dans la mesure où elle indique avoir été active à 100%. Cela étant, dans la mesure où cela n'a aucune incidence sur le sort du recours (cf. consid. 7.3 ci-après), la Cour va se référer à des montants plus élevés, à savoir le montant mensuel de CHF 4'849.-, soit CHF 58'188.- annuellement, selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (ESS; TA1_skill_level, totaux, niveau de compétences 2). Pour rappel, le niveau de compétence fait référence à la classification internationale du type des professions (CITP), laquelle classe les professions en fonction du type de travail qui est ou devrait être effectué. En l'occurrence, compte tenu du parcours de l'assurée et de ses dernières activités, il convient de se référer au niveau de compétences 2, regroupant des professions de type administratif ainsi que des services directs aux particuliers, commerçants et vendeurs. Ce montant doit être adapté pour tenir compte de la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2018 (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs). Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 60'661.-.

E. 8.2

S'agissant ensuite du revenu d'invalidité, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il convient de se référer aux salaires du secteur privé selon les chiffres de l'ESS 2018 (TA1_Skill level, totaux). Dans sa décision, l'OAI s'est également référé à un montant mensuel de CHF 4'849.-, soit CHF 58'188.- annuellement, selon l'ESS 2018. Ce montant statistique peut être confirmé. En effet, les anciennes activités de l'assurée, à savoir notamment celles de conseillères de vente, de conseillère communale, de traductrice et d'enseignante de langue, sont compatibles avec ses limitations fonctionnelles telles qu'attestées par l'expert-neurologue. L'on peut dès lors toujours exiger d'elle qu'elle obtienne un revenu de cet ordre en vue de limiter son dommage.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 A nouveau, ce montant doit être adapté à la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2018, ce qui aboutit à CHF 60'661.- (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs). Au vu des circonstances du présent cas, il n'apparaît pas nécessaire de prendre en compte une réduction supplémentaire au titre de désavantage salarial. La recourante ne le demande, par ailleurs, pas. Sur la base d'une capacité de travail de 100%, le revenu d'invalidité est fixé à CHF 60'661.-.

E. 8.3

Dans la mesure où les revenus d'invalidité et de valide sont identiques, l'on doit conclure que la recourante ne souffre d'aucune perte de gain. Elle n'a dès lors pas droit à une rente de l'assurance- invalidité. Cela étant, même s'il était procédé à une comparaison des revenus basée sur une hypothèse plus favorable à la recourante, soit un revenu d'invalidité plus faible car fondé sur un niveau de compétences 1 plutôt que 2, le degré d'invalidité demeurerait inférieur aux 40% donnant droit à une rente. Tel serait également le cas si, en sus, le revenu de valide était basé sur le montant de CHF 81'900.- demandé par la recourante. En outre, le degré d'invalidité serait d'autant plus réduit si l'on devait considérer que la recourante n'aurait exercé ses différentes activités lucratives qu'à un taux d'occupation plus bas sans pour autant, ainsi qu'elle le déclare, consacrer le solde de son temps à accomplir des travaux habituels. En effet, dans un tel cas, la limitation dans le domaine lucratif devrait être prise en considération de façon proportionnelle, soit en fonction du taux d'occupation. Les revenus de valide et d'invalidité pris en compte seraient donc proportionnellement reportés à

ce dernier pourcentage (cf. consid. 3.2 ci- avant et les références citées; cf. ég. arrêt TF 9C_286/2017 du 14 juin 2017 consid. 5 pour une illustration concrète de la méthode). Enfin, la Cour aboutirait à une conclusion semblable si, plutôt que de procéder selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus, elle procédait selon la méthode par pourcentages. En effet, il s'agirait alors de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico- théorique de la capacité de travail de la recourante, en d'autres termes telle qu'attestée par le Dr C._____. On le rappelle, ce médecin aboutit à une capacité de travail entière dans la plupart des activités anciennement exercées par la recourante, lesquelles ne sont ni particulièrement lourdes sur le plan physique, ni ne nécessitent des positions extrêmes. Il ressort de l'ensemble des motifs qui précède que c'est à juste titre que l'OAI a nié à la recourante le droit à une rente, même en se fondant sur une autre méthode d'évaluation de l'invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16

E. 9

Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé d'indemnité de partie. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. III. Il n'est pas alloué 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 16 décembre 2021 /pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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