

# **FR\_GERICHTE 605 2008 176 vom 27. Mai 2011**

FR Kantonsgericht, 2011-05-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2008\\_176](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2008_176)

FR: FR\_GERICHTE 605 2008 176 du 27 mai 2011

IT: FR\_GERICHTE 605 2008 176 del 27 maggio 2011

## **Regeste**

Arrêt de la Ie 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.

### **E. 2**

Les dispositions légales prévoyant notamment la suppression du principe de la gratuité de la procédure, dispositions introduites dans le cadre de la première partie de la cinquième révision de l'AI et entrées en vigueur le 1er juillet 2006, sont ici applicables. Les modifications de la loi sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (2ème partie de la 5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), les circonstances commandent d'examiner le bien-fondé de la décision du 18 mars 2008 à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2008, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 129 V 1 consid. 1.2).

### **E. 3**

janvier 2008 puis également dans la décision du 18 mars suivant. La proposition a de plus finalement également été transmise à l'assurée. Dans ces circonstances, la Cour de céans estime qu'elle ne se trouve nullement en présence d'une violation du droit d'être entendu. Partant, mal fondé, ce grief doit être rejeté. Il sied dès lors d'entrer en matière sur le fond du litige.

### **E. 4**

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, également applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, 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. Selon l'art. 28 LAI, al. 1 ou 2 selon la version en vigueur avant et après le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'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. 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). b) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. L'ancien Tribunal fédéral des assurances a jugé que les principes développés par la jurisprudence sur les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité s'appliquent en principe également sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343). c) D'après l'art. 28 al. 2bis LAI (en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007), qui correspond à l'actuel art. 28a al. 2 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Aux termes de l'art. 28 al. 2ter LAI (également en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007), puis 28a al. 3 LAI depuis le 1er janvier 2008, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28 al. 2bis, puis l'art. 28a al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008, pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de

- 7 - l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité. La jurisprudence rendue sur l'application de la méthode mixte prévue à l'ancien art. 27bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) pour l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel n'est pas modifiée avec l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 393). L'ancien art. 28 al. 2ter LAI, puis l'art. 28a al. 3 LAI, consacre la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour cent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV no 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références). L'invalidité totale s'obtient en additionnant les degrés d'invalidité correspondant aux parts respectives attribuées aux activités lucrative et non lucrative (VSI 1999 p. 231 consid. 2b et les références). La jurisprudence considère que la méthode mixte permet justement un traitement respectant le principe de l'égalité des droits. En outre, dès lors qu'il n'a pas modifié sa jurisprudence à ce propos, mais qu'il l'a au contraire confirmée, la haute Cour fédérale tient cette méthode mixte pour conforme au droit matrimonial entré en vigueur le 1er janvier 1988 (cf. art. 163 CC; RCC 1992 p. 139 et 140 consid. 2c; ATF 125 V 146 / VSI 1999 p. 231 consid. 5d; cf. ég. VSI 2001 p. 155). Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale

une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C\_693/2007 du 02.07.2008; ATF 128 V 93). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas

- 8 - avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; Tribunal fédéral, arrêts non publiés I 308/04 du 14.01.2005 consid. 6.2, I 249/04 du 06.09.2004 consid. 5.1.1, I 155/04 du 26.07.2004 consid. 3.2, et I 685/02 du 28.02.2003 consid. 3.2). Toutefois, en présence de troubles d'ordre psychique, l'enquête sur les activités ménagères ne constitue pas un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage. En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Aussi, les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels ont-elles plus de poids que l'enquête à domicile (Tribunal fédéral, arrêts non publiés I 99/00 du 26.10.2000 consid. 3d/VSI 2001 p. 155, 311/03 du 22.12.2003 consid. 5.2 et I 497/02 du 14.08.2003 consid. 2.2). d) Selon la jurisprudence, le choix de l'une des trois méthodes d'évaluation du degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces catégories en fonction de ce qu'il aurait fait – les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes – si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (Tribunal fédéral, arrêt non publié I 85/07 du 14.04.2005 consid. 3.2; ATF 125 V 146).

## **E. 5**

septembre 1996 pour jouer dans un orchestre. Elle a fait la connaissance de son mari, l'a épousé peu de temps après, mais n'a jamais exercé une quelconque activité lucrative. Selon le rapport du 1er entretien pluridisciplinaire du 26 février 2007, sous la rubrique "Parcours

professionnel", il est indiqué que, depuis son entrée en Suisse, elle n'a jamais joué dans un orchestre alors qu'elle était invitée dans notre pays à cet effet. Elle n'a pas non plus pu faire reconnaître son diplôme de violoncelliste (équivalence). Selon ce rapport de février 2007, sous la rubrique "Situation socio-familiale", elle a déclaré avoir dû arrêter de jouer du violoncelle ainsi que certaines activités physiques. Elle affirme en outre avoir postulé, sans succès, à des postes de vente, d'aide-infirmière ou de dame de nettoyage. De l'enquête économique sur le ménage, il ressort qu'elle n'a jamais travaillé en Suisse car elle et son mari désiraient avoir un enfant, projet qui, malgré plusieurs

- 9 - démarches médicales, a finalement échoué. Elle a également ajouté que, "vu les échecs des tentatives d'avoir un enfant, elle se sent seul[e] à la maison, elle ressent le besoin de pouvoir travailler à 100 % comme [violoncelliste] [...]". Dans le cadre de l'entretien pluridisciplinaire de février 2007 déjà évoqué, l'assurée a précisé qu'elle avait fait une fausse-couche en 2003, alors qu'elle avait 43 ans, et estime que c'est suite à cette grossesse que ses problèmes actuels ont débuté. Dans sa demande de prestations du

## **E. 8**

janvier 2007, elle a également indiqué que ses problèmes de santé ont commencé en 2003. Il ressort de ce qui précède que, lorsqu'elle est arrivée en Suisse, l'assurée avait l'intention de travailler puisqu'elle a déclaré qu'elle avait été invitée pour jouer dans un orchestre. En outre, à cette époque manifestement, sa santé lui permettait de le faire. Il est en outre établi qu'elle s'est rapidement mariée et qu'elle n'a finalement jamais exercé d'activité lucrative. Elle et son époux avaient le désir d'avoir un enfant. Il faut dès lors admettre que l'absence d'activité lucrative de la recourante depuis son entrée en Suisse en 1996, plus de dix ans avant sa demande de prestations auprès de l'OAI, n'est nullement en lien avec sa situation médicale. Il apparaît bien plus que c'est par choix personnel qu'elle n'a pas exercé d'activité lucrative. De plus, elle n'a pas réussi à rendre vraisemblable les postulations multiples qu'elle déclare avoir faites et concède n'avoir jamais entrepris de démarches auprès de l'assurance-chômage. Même dans son recours, elle ne prend pas la peine de se déterminer plus avant à cet égard. Depuis sa fausse-couche en 2003, date qui correspond en outre au début de ses problèmes de santé selon ses propres déclarations, et à tout le moins jusqu'au prononcé de la décision contestée, il en va de même. L'assurée a déposé sa demande de prestations en 2007 seulement, quatre années après sa grossesse. Si elle était véritablement déterminée à reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé, on ne comprend dès lors pas pourquoi elle a tant attendu avant de demander un reclassement professionnel, compte tenu en outre de son âge. Là non plus, elle ne réussit pas à rendre vraisemblable qu'elle était décidée à exercer une activité lucrative, se bornant à affirmer avoir entrepris de nombreuses démarches dans ce sens. Dans ses différentes écritures dans le cadre de la présente procédure, elle n'apporte enfin aucun élément permettant d'apporter plus de crédit à ses allégations. Dans de telles circonstances, il n'y a aucune raison d'admettre que, à tout le moins lorsque la décision a été rendue, elle aurait, sans atteinte à la santé, exercé une activité lucrative à plein temps. C'est ainsi à bon droit que l'OAI a utilisé la méthode spécifique pour déterminer son invalidité. b) Cela étant, il convient encore de déterminer son taux. S'agissant de son état de santé, il ressort du volumineux dossier médical que l'assurée souffre d'atteintes somatiques, en particulier d'un conflit sous-acromial à droite, bursite sous-acromiale à droite avec status post infiltration sous-acromiale, status post bursite trochantérienne hanche droite, syndrome lombo-vertébral chronique sur trouble statique et discopathie L5-S1. En outre, les médecins se battent sur un diagnostic

supplémentaire: les uns prétendent qu'elle souffre d'hyperlaxité ligamentaire et les autres qu'elle est atteinte du syndrome d'Ehlers-Danlos de type III, type qui serait invalidant. L'expert psychiatrique exclut toutefois toute comorbidité psychiatrique, se contentant d'évoquer un éventuel trouble somatoforme douloureux, dont les manifestations sont avant tout également somatiques. En présence de telles atteintes, il importe dès lors peu de trancher la question du diagnostic contesté par les médecins. En

- 10 - effet, en l'absence de trouble psychique, est prioritairement déterminante, pour fixer l'invalidité des personnes qui s'occupent des tâches ménagères, l'enquête ad hoc réalisée sur place. A cet égard, soulignons que la recourante n'a pas contesté l'enquête en soi, ni les informations qui y sont contenues; en particulier, elle ne conteste pas la pondération des différentes tâches et les empêchements fixés. Il sied néanmoins de relever que l'enquêteur avait dans un premier temps introduit sous la rubrique "Divers" un taux de 45 % pour tenir compte de son activité de violoncelliste, laquelle lui demandait autrefois environ 6 heures de travail par jour. Comme cette activité constitue pour elle la seule activité lucrative qu'elle envisage, elle ne peut à juste titre pas être intégrée dans ce tableau, lequel recense les tâches ménagères et autres activités non lucratives exclusivement. Cela étant, la pondération des tâches, telle qu'elle figure dans la décision attaquée, apparaît tout à fait correcte compte tenu de la grandeur du ménage et des conditions dans lesquelles elles sont réalisées. Les empêchements tiennent en outre raisonnablement compte des problèmes rencontrés par l'assurée dans son quotidien: en particulier, ils sont compatibles avec les limitations fonctionnelles évoquées par les médecins, même si ces dernières ont été indiquées dans le cadre de l'examen de l'exercice d'une activité lucrative. Ainsi, les médecins excluent les travaux de forces répétitifs impliquant le membre supérieur droit, tout comme les activités physiques excessives, l'assurée devant néanmoins maintenir une activité physique régulière de niveau modéré. Rappelons ici que, compte tenu de l'obligation de diminuer le dommage à laquelle la recourante est tenue, elle doit notamment exiger le concours de son époux pour l'aider dans ces différentes tâches. Pour l'entretien du logement, un empêchement de 50 % a été retenu, taux qui semble adapté à la situation de la recourante, tout comme le 30 % fixé pour les emplettes et courses diverses. Quant à l'entretien des vêtements, dont l'empêchement est de 20 %, il tient compte notamment de ce que l'assurée n'a jamais repassé son linge, indépendamment de ses problèmes de santé, et de ce que le couple a trouvé une solution pour mener à bien cette activité-là. Il résulte de ce qui précède que le taux d'invalidité présenté par l'assurée se monte bel et bien à 23 %, taux insuffisant pour lui permettre de prétendre à une rente. Sur le vu de ce qui précède, son recours, mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée. Les frais de procédure, fixés à 800 francs, sont mis à la charge de l'assurée qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de frais du même montant.

- 11 - l a C o u r a r r ê t e : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par 800 francs, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance du même montant. III. Aucune indemnité de partie n'est allouée. 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. Givisiez, le 27 mai 2011/ape Le Greffier : La Présidente : Communication.

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