

# FR\_GERICHTE 605 2014 67 vom 25. November 2015

FR Kantonsgericht, 2015-11-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2014\\_67](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_67)

FR: FR\_GERICHTE 605 2014 67 du 25 novembre 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2014 67 del 25 novembre 2015

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 29

novembre 2002, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) lui a accordé une rente entière d'invalidité à compter du 1er octobre 1998. Un trouble dépressif récurrent, épisode moyen (F33.1), chez une personnalité émotionnellement labile à traits schizotypiques, avait alors été diagnostiqué. Son époux est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis 2001, suite à des problèmes rachidiens. Ensuite d'une première procédure de révision d'office, l'OAI a, par décision du 2 novembre 2006, confirmé le droit à la rente entière de l'assurée. Dans le cadre d'une seconde procédure de révision d'office, l'OAI a appris la naissance le 29 mars 2009 de C.\_\_\_\_\_, le fils de A.\_\_\_\_\_. Après avoir reçu le questionnaire pour la révision de la rente rempli par l'assurée, l'office a diligenté le 13 mars 2013 une enquête ménagère, afin de déterminer à quel taux elle exercerait cas échéant une activité lucrative sans atteinte à la santé et, en tant que de besoin, d'évaluer son empêchement dans ses activités habituelles. Par lettre datée du 14 mars 2013, l'assurée a exposé que, au vu de la situation financière de son époux, elle n'aurait pas eu d'autre choix que de reprendre une activité professionnelle à plein temps. Ensuite de la réception de cette lettre, l'enquêtrice, dans son rapport d'enquête ménagère (daté néanmoins du 7 mars 2013) a précisé que, eu égard aux propos tenus par l'assurée lors de l'enquête et de son courrier du 14 mars 2013, la méthode mixte avec une répartition de 50 % pour l'activité lucrative et de 50 % pour l'accomplissement de ses travaux habituels devait être retenue. L'OAI, se fondant sur le rapport d'enquête ménagère, a retenu que, depuis la naissance de son fils et sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait à 50 % et s'occuperait de son ménage le reste du temps. Il a considéré qu'elle était totalement incapable de reprendre une activité lucrative, mais qu'elle subissait un empêchement de 3.45 % dans ses activités habituelles. Aussi en a-t-il finalement conclu que l'assurée présentait un degré d'invalidité global de 52 % (50 % pour l'activité lucrative [50 % x 100 %] + 1.75 % dans l'accomplissement de ses travaux habituels [50 % x 3.45 %]). Par décision du 21 février 2014, l'office a dès lors supprimé la rente entière dont bénéficiait l'assurée et l'a remplacée par une demi-rente d'invalidité, avec effet le premier jour du deuxième mois suivant la notification de ladite décision. B. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat au service d'Intégration handicap, interjette recours de droit administratif le 26 mars 2014 auprès du Tribunal cantonal. Elle conclut, avec suite de frais et dépens, à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'elle continue d'avoir droit à une rente d'invalidité entière; l'intéressée demande, à titre liminaire, à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale pour la procédure de recours. La recourante fait

essentiellement valoir que l'autorité intimée n'a pas prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante, que, depuis la naissance de son fils et sans atteinte à la santé, elle aurait réduit son taux d'activité à 50 %. Elle conteste en outre le taux d'invalidité totale de 3.45 % qui lui a été reconnu pour l'accomplissement de ses travaux habituels. Par décision incidente du 9 mai 2014, le délégué à l'instruction a admis la demande d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2014 68) pour la procédure de recours déposée par la recourante, a

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 désigné le mandataire choisi en qualité de défenseur d'office et a dispensé la recourante, dans un premier temps, de l'avance des frais de justice. Dans ses observations du 26 juin 2014, l'OAI, après avoir requis une prise de position de l'enquêtrice ménagère, propose le rejet du recours. Il considère en substance que, sur la base des déclarations faites par la recourante lors de l'enquête ménagère et des renseignements qu'elle a fournis dans ce cadre, l'hypothèse d'un emploi exercé à mi-temps sans atteinte à la santé est prouvée au degré de la vraisemblance prépondérante. Dans ses contre-observations du 15 juillet 2014, la recourante reprend son argumentation et requiert implicitement qu'il soit procédé à l'audition des parties au titre de moyen de preuve. Elle demande par ailleurs à ce que la partie du rapport d'enquête ménagère dans laquelle sont fixés les taux d'empêchements retenus par l'enquêtrice de l'AI lui soit transmise. Elle réitère cette dernière requête par écritures des 29 juillet et 20 août 2014. L'entier du dossier AI lui a dès lors été transmis pour consultation. Par acte du 28 août 2014, la recourante souligne que la partie du rapport d'enquête ménagère en question ne figure pas au dossier. Elle en demande derechef la production par l'autorité intimée. L'autorité intimée, interpellée, déclare maintenir ses conclusions par écriture du 15 septembre 2014. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre parties. Il sera fait état des arguments des parties, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 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. 2. Dans ses contre-observations du 15 juillet 2014 et ses écritures successives des 29 juillet, 20 et 28 août 2014, la recourante a implicitement fait valoir que la partie du rapport d'enquête ménagère où sont fixés les taux d'empêchements retenus par l'enquêtrice de l'AI devait être intégré au rapport d'enquête ménagère et en a requis la production. Elle s'est, ce faisant, indirectement plainte d'une violation de son droit d'être entendu, en particulier de son droit d'accéder au dossier. Ce grief doit être examiné à titre liminaire dans la mesure où, s'il devait recevoir une réponse positive, il scellerait le sort du présent litige. a) Aux termes de l'art. 42 1ère phrase de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), les parties ont le droit d'être entendues. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées). En matière d'assurance-invalidité, la procédure de préavis de l'art. 73ter RAI, en vigueur depuis le 1er juillet 2006, concrétise ces garanties de rang

constitutionnel lors de la phase de l'instruction de la demande (cf. ATF 124 V 180 consid. 1c; 131 V 35 consid. 4.2). L'art. 47 al. 1er let. a LPGA garantit par ailleurs explicitement le droit pour l'assuré de consulter le dossier, pour les données qui le concernent. Selon la jurisprudence, la garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 126 I 7 consid. 2b; 122 I 112 consid. 2b et les références citées; également ATF 115 V 302 consid. 2e). Toutefois, le droit de consulter les documents internes de l'administration ne peut être déduit ni des normes sur la consultation du dossier contenues dans la loi du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021) ou dans la LPGA, ni de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (SVR 2007 IV no 48 156 consid. 3.4; ATF 125 II 473 consid. 4a; 115 V 297 consid. 2g). On qualifie de documents administratifs internes les documents qui n'ont pas le caractère de preuves dans une procédure, mais qui sont d'usage interne et sont destinés à faciliter la tâche de l'organe de décision, qui doit se former une opinion sur l'affaire à traiter (p. ex. projets, propositions, notes, rapports, etc.). En ne donnant aucun droit à la consultation de ces documents, on empêche que soient entièrement divulgués d'autres éléments que ceux que l'organe administratif a considérés comme décisifs ou qui ont été mentionnés dans la motivation de la décision elle-même. Les rapports et expertises internes à l'administration qui portent sur les questions litigieuses liées à l'état de fait ne sont pas considérés comme des pièces internes; elles doivent pouvoir être consultées car le droit d'être entendu, à quelques exceptions près, comprend celui de participer à l'administration des preuves menée par l'administration et de s'exprimer à cet égard. En revanche, il n'en va pas de même des rapports établis par des experts de l'administration que se limitent à apprécier, de leur point de vue de spécialiste, des faits en soi établis (ATF 115 V 297 consid. 2g; 104 Ia 69 consid. 3b ). b) Le document, dont la recourante fait mention et dont elle réclame la production, constitue la proposition d'un spécialiste de l'administration fixant les empêchements présentés par l'assurée, compte tenu de la pondération des différentes activités et de son atteinte à la santé, telle qu'elle ressort des faits établis dans l'enquête elle-même et dont il résulte le taux d'invalidité. Or, la fixation de ce taux est de la compétence exclusive de l'OAI et le document en question sert précisément à lui permettre de se forger une opinion et de rendre la décision qui lui incombe. On doit dès lors admettre qu'il s'agit bien là d'une pièce interne à l'administration qui, par voie de conséquence, ne doit pas être transmis à l'administré pour consultation, indépendamment de la décision (arrêt TF 8C\_504/2014 du 29 septembre 2014 consid. 4.1; arrêt TC FR 605 2008 176 du 27 mai 2011). Au demeurant, la proposition de l'enquêtrice, laquelle ne consiste probablement qu'en un tableau regroupant toutes les indications susmentionnées, y compris le taux d'invalidité posé en regard de chacune des activités ménagères et le taux global, a été intégralement reprise dans le projet de décision du 31 mai 2013, puis également dans la décision du 21 février 2014. La recourante a ainsi eu l'occasion de se déterminer sur ledit document, et dans la procédure de préavis et dans la présente procédure de recours. Dans ces circonstances, la recourante ne peut nullement se prévaloir 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 3. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI). c) L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). d) 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 (méthode spécifique; cf. art. 28a al. 2 LAI). Pour évaluer l'invalidité selon la méthode spécifique, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, n° 3079 ss dès le 1er janvier 2008). Cette 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 (arrêt TF 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3; ATF 128 V 93).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 133 V 504 et les références citées), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque

la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre d'eux, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (arrêt TF I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4; ATF 130 V 97 consid. 3.3). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 1997, p. 222). e) Selon la méthode mixte, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); 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 citées). La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564). 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 citées). En outre, soulignons encore que l'incapacité de travail ne se confond pas avec la perte de gain subie par l'assuré dans le cas où le taux d'activité professionnel n'est pas de 100 % (arrêt TF I 151/06 du 29 juin 2007). Il incombe en effet aux assurés exerçant une activité professionnelle à temps partiel de mettre à profit toute la capacité de travail raisonnablement exigible (ATF 123 V 230 consid. 3c et les références citées), de sorte que l'incapacité de travail correspond alors à la différence entre le taux d'activité professionnelle et la capacité de travail médicalement attestée. En ce sens, la jurisprudence considère d'ailleurs que l'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé (sur l'ensemble de la question, voir ATF 125 V 146; arrêt TF I 156/04 du 13 décembre 2005 publié in SVR 2006 IV no 42 p. 151 et la référence citée). Cela étant, les constatations d'ordre médical sur la capacité à accomplir les travaux habituels ont en principe plus de poids que les conclusions de l'enquête à domicile lorsque l'on est en présence d'une pathologie psychique et qu'il existe des divergences entre les deux types de données évoquées. Une telle priorité est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte et des empêchements en résultant (arrêts TF 9C\_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.3.1; 9C\_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2 et les références citées). Si les résultats de l'enquête divergent sensiblement de l'appréciation médicale, un examen par le service médical régional de l'OAI (SMR) sera requis (directives CIIAI, n° 1059; cf. également arrêt TF 8C\_8453/2011 du 29 mai 2012). Enfin, pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'elle accomplit ses

travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si elle aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou si elle aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de la personne assurée, 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. 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 citées). f) 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 également, sous la nouvelle jurisprudence, 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; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). 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 cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, 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 et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux 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 pour elles seules 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 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). g) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 126 V 75 consid. 1b). Une modification dans la composition de la famille peut également être considérée comme un changement important susceptible d'entraîner une révision du droit à la rente (MEYER-BLASER, op. cit., p. 376 ss). h) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; 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, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du

contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008; 9C\_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminante (arrêt TF 9C\_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Finalement, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donné alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; arrêts TF 9C\_428/2007 du 20 novembre 2007 consid. 4.3.2; 9C\_454/2008 du 27 février 2009 consid. 2.2; 9C\_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2). 4. En l'espèce, l'autorité intimée a supprimé la rente entière dont bénéficiait la recourante et l'a remplacée par une demi-rente d'invalidité. L'OAI a en effet considéré que l'assurée, depuis la naissance de son fils le 29 mars 2009, ne présentait plus qu'un taux d'invalidité de 52 %, à savoir 50 % pour l'activité lucrative (50 % x 100 %) + 1.75 % dans l'accomplissement de ses travaux habituels (50 % x 3.45 %). Il est incontesté que la naissance d'un enfant puisse, sur le principe, constituer un changement important susceptible d'entraîner une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA. La recourante critique par contre in casu l'application de la méthode mixte, avec la pondération retenue, ainsi que les taux d'empêchement retenus par l'enquêtrice de l'OAI. Il sied dès lors, dans un premier temps, de vérifier si la méthode d'évaluation mixte est bien applicable pour calculer son taux d'invalidité, avec une répartition de 50 % pour l'activité lucrative et de 50 % pour l'accomplissement des travaux habituels. Dans l'affirmative, il faudra, dans un second temps, examiner si les taux d'invalidité de la recourante ont été correctement fixés. a) Dans la décision litigieuse, l'autorité intimée a retenu que, depuis la naissance de son enfant, sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait à 50 % et s'occuperait de son ménage le reste du temps. Dans son recours, l'assurée a pour sa part avancé qu'il fallait retenir que, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité lucrative à 100 %. Dans le questionnaire qu'elle a rempli dans la cadre la seconde procédure de révision d'office, l'assurée a éludé la question du taux auquel elle exercerait une activité lucrative sans atteinte à la santé: « N'ayant pas suivi de formation, et avec une santé qui s'est vite dégradée, je serais bien incapable de savoir ce qu'aurait été ma vie avec une bonne santé... ». Il ressort par contre

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 implicitement du rapport d'enquête ménagère, puis explicitement de la décision attaquée et des observations du 26 juin 2014 de l'autorité intimée, que l'assurée a, lors de l'enquête ménagère, déclaré que, sans handicap, elle travaillerait à un taux de 50 % seulement. Interrogée par l'OAI ensuite du dépôt du recours, l'enquêtrice a en effet, à deux reprises dans sa prise de position du 16 janvier 2014, confirmé que l'assurée avait, lors de l'enquête ménagère, elle-même expressément avancé un taux d'activité de 50 %. Il n'y a en l'espèce aucune raison de mettre les déclarations de l'enquêtrice de l'OAI en doute. Au contraire, le fait que l'assurée se soit fendue d'une lettre toute nuancée, destinée à « préciser » ses précédentes déclarations par le truchement d'un texte de deux pages divisé en cinq hypothèses distinctes, tend à démontrer qu'elle a bel et bien fait une déclaration qui lui était défavorable lors de l'enquête ménagère. Dans sa lettre datée du 14 mars 2013, l'assurée a en effet écrit : « Première possibilité; mon mari gagne

bien sa vie et je peux reprendre le travail à temps partie[1], pour pouvoir m'occuper de mon fils. Deuxième possibilité; et bien comme dans notre vraie vie, mon mari est rentier AI à 100 %, je n'aurais donc pas eu d'autre choix que de retourner travailler à 100 % ». Au début de cette lettre, elle a avancé l'avoir rédigée le jour de l'enquête. Implicitement, elle prétend donc avoir réagi immédiatement après l'enquête et entend ainsi relativiser ses premières déclarations et diminuer leur valeur probante. Certains éléments et passages de la lettre en question montrent cependant que cette dernière n'a pas réellement été rédigée le jour de l'enquête : Tout d'abord, le fait que la lettre soit datée du 14 mars 2013, alors que l'enquête a été réalisée le 13 mars (voire éventuellement le 7 mars déjà si on en croit la date figurant au bas du rapport d'enquête); par ailleurs, le fait qu'elle écrive « le jour même avant la venu[e] de Mme D. \_\_\_\_\_ j'étais encore au E. \_\_\_\_\_ pour un nouveau scanner » tend à démontrer que l'écriture litigieuse ne date pas du même jour que l'enquête; enfin, le fait que, dans son recours ou dans ses écritures successives, elle ne prétende pas avoir réagi de son propre chef, immédiatement après l'enquête. En tout état de cause, la missive datée du 14 mars 2013 a été reçue selon toute vraisemblance le 19 mars suivant seulement par l'OAI, au vu de la date figurant au sommet dudit document dans le dossier AI. Eu égard à tout ce qui précède, la Cour de céans a acquis l'intime conviction que le courrier litigieux n'a pas été rédigé immédiatement après l'enquête. L'assurée a donc eu le temps de réfléchir aux conséquences de ses premières déclarations, voire de prendre conseil auprès de son mandataire, avant d'expédier une réponse plus nuancée. Or, ainsi que nous l'avons vu (supra 3h dernier par.), en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à la version donnée initialement par l'administré. Par ailleurs, ainsi que l'a relevé l'enquêtrice de l'OAI, la thèse d'un travail à mi-temps apparaît plus adaptée aux désirs et aux circonstances personnelles de l'assurée. L'enquêtrice a en effet exposé que « sans atteinte à la santé, [l'assurée] souhaiterait proposer des prestations de Reiki à domicile pendant que son fils est à l'école. Elle ne se voit pas confier son enfant à quelqu'un d'autre, elle en ressentirait des sentiments de culpabilité. Lors de l'enquête elle déclare vouloir participer à l'éducation de son fils ». Le désir de la recourante de participer à l'éducation et à la vie de son fils est ainsi très important. L'activité professionnelle qu'elle s'imaginerait exercer doit être compatible avec une vie de mère de famille; en outre, donner des soins en appliquant la méthode Reiki ne correspond pas à une activité que l'on peut aisément exercer à plein temps. En outre, il faut constater qu'à ses dires, si elle avait repris une activité à plein temps, son mari aurait « fait une demande d'une aide familiale pour l'aider à s'occuper de [leur] fils », situation qui ne lui aurait manifestement pas convenu au vu des déclarations précitées. Enfin, une activité professionnelle à mi-temps apparaît également adaptée au regard de l'état de santé de son mari. Tous ces éléments laissent apparaître que, nonobstant la situation financière peu satisfaisante de son époux,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 l'assurée aurait, depuis la naissance de son fils, exercé qu'un travail à mi-temps conformément à ses premières déclarations. Eu égard à tout ce qui précède, la Cour de céans retient que le fait que l'assurée, depuis la naissance de son fils et sans atteinte à la santé, aurait exercé une activité professionnelle à un taux de 50 % est en l'espèce prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante. Partant, c'est à bon droit que l'autorité intimée a appliqué la méthode d'évaluation mixte d'évaluation, avec une répartition de 50 % pour l'activité lucrative et de 50 % pour l'accomplissement des travaux habituels. b) Par décision du 21 février 2014, l'OAI a fait siennes les conclusions du rapport d'enquête effectuée le 13 mars 2013, selon lesquelles l'assurée présenterait des taux d'empêchement de 0.75 % pour la conduite du ménage (pondération 3 % / empêchement 25

%), de 0 % pour l'alimentation (30 % / 0 %), de 1.5 % pour l'entretien du logement (15 % / 10 %), de 0 % pour les emplettes et courses diverses (8 % / 0 %), de 0 % pour la lessive et l'entretien des vêtements (12 % / 0 %), de 1.2 % pour les soins aux enfants (12 % / 10 %) et de 0 % pour les divers (20 % / 0 %), ce qui représente une invalidité totale pour l'accomplissement de ses travaux habituels de 3.45 %. La recourante a pour sa part laconiquement contesté les taux d'empêchement retenus dans la décision querellée. Dans le cadre de la seconde procédure de révision d'office, l'autorité intimée a diligenté une expertise pluridisciplinaire, comportant un volet de médecine interne, un volet psychiatrique et un volet rhumatologique. Dans leur rapport d'expertise du 9 octobre 2012, la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine interne, la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine interne, et la Dresse H.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de I.\_\_\_\_\_, ont retenu les diagnostics suivants, avec influence essentielle sur la capacité de travail : Un trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.31), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen (F33.1), ainsi qu'un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4). Comme diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail, elles ont noté des cervico-brachialgies et lombosciatalgies droites chroniques, non spécifiques avec composante somatoforme et discopathie L5-S1, ainsi qu'une endométriose. Les expertes ont conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, sans possibilité d'amélioration. S'agissant du ménage, les expertes ont seulement constaté que l'assurée « fonctionne mal », ne parvenant pas à « assurer l'organisation de son ménage ou les soins à son fils, pour lesquels elle doit être secondée par son mari » (p. 9 et 15). Dans sa prise de position du 15 octobre 2012, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du Service médical régional, a déploré que les expertes ne se soient pas prononcées sur l'évolution de la situation clinique de l'assurée depuis 2002 et a estimé que le rapport d'expertise atteignait juste le seuil de la valeur probante. Il a néanmoins fait siennes les conclusions des expertes et dès lors retenu une incapacité de travail totale de l'assurée. Force est en l'espèce pour la Cour de céans de constater qu'il existe une discordance manifeste, et dès lors une potentielle contradiction, entre, d'une part, les conclusions de l'OAI – qui a abouti à un degré d'invalidité de l'assurée de 3.45 % dans l'accomplissement de ses travaux habituels – et celles des expertes sollicitées dans le cadre de la seconde révision d'office – qui ont conclu à une incapacité de travail entière de l'assurée dans toute activité professionnelle, sans possibilité d'amélioration, et ont expressément souligné qu'elle ne parvient pas à organiser son ménage ainsi qu'à prodiguer des soins à son fils sans l'aide de son mari –. La laconique assertion de l'autorité intimée dans la décision litigieuse, selon laquelle le dossier médical de l'assurée « ne comporte

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 aucun rapport attestant d'une incapacité de travail en relation avec les diverses activités liées à la tenue de [son] ménage », ne convainc donc guère. Ainsi que le prévoient la jurisprudence et les directives CIIAI (n° 1059), lors de l'évaluation de l'invalidité engendrée par une carence d'ordre psychique, il faudra vérifier si les résultats de l'enquête sur place concordent avec les informations données par le médecin en ce qui concerne la capacité d'accomplir les tâches ménagères. Dans le cas présent, il y a manifestement discordance entre les résultats de l'enquête et les conclusions médicales relatives aux problèmes rencontrés par l'intéressée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. En pareilles circonstances, l'autorité intimée devait solliciter derechef les expertes afin qu'elles se déterminent de manière plus complète sur cette question des tâches ménagères. Ce qui n'a pas été fait. La cause doit donc être renvoyée à l'autorité intimée afin

qu'elle diligente un complément d'expertise auprès des Dresses F. \_\_\_\_\_, G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, de I. \_\_\_\_\_. Celles-ci évalueront l'influence des troubles psychiatriques retenus, en particulier du syndrome somatoforme douloureux persistant nouvellement diagnostiqué (à l'aune de la nouvelle jurisprudence du TF, cf. supra consid. 3f), sur la capacité de la recourante à travailler et à effectuer ses activités habituelles. Elles se détermineront sur les conclusions du rapport d'enquête ménagère. Un tel complément d'expertise tombe précisément dans les exceptions aménagées par le TF permettant un renvoi (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). L'autorité intimée rendra ensuite une nouvelle décision. 5. a) Partant, le recours doit être partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. b) Ayant obtenu par là gain de cause (ATF 132 V 215 consid. 6.2), la recourante a droit à des dépens. Conformément aux art. 137 ss du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et de l'art. 11 al. 1 et 2 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; 150.12), sur le vu de la liste de frais produite le 27 août 2015 par Me Agier, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle ce dernier a droit à CHF 2'145.-, à savoir 16 heures 30 minutes à CHF 130.- de l'heure (arrêts TF 9C\_415/2009 du 12 août 2009 consid. 5.4; 9C\_688/2009 du 19 novembre 2009 consid. 5), plus CHF 78.- au titre de débours, éventuelle TVA comprise. Cette indemnité totale de CHF 2'223.- est intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée au mandataire du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision du 21 février 2014 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. III. Il est alloué à A. \_\_\_\_\_ pour ses frais de défense une indemnité de CHF 2'145.-, plus CHF 78.- au titre de débours, éventuelle TVA comprise, soit à CHF 2'223.- au total. Elle est intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et sera directement versée à Me Jean-Marie Agier, avocat au service d'Intégration handicap. 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 25 novembre 2015/yho Présidente: Greffier-stagiaire:

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