

FR_GERICHTE 605 2018 314 vom 3. April 2019

FR Kantonsgericht, 2019-04-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_314

FR: FR_GERICHTE 605 2018 314 du 3 avril 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 314 del 3 aprile 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 15

avril 2002, laquelle fait suite à la naissance de deux enfants en 2002, et par celle du 15 janvier 2008. B. Dans le cadre d'une procédure de révision initiée en mai 2012 par l'OAI, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était péjoré depuis la naissance de ses deux enfants, tant en raison d'une aggravation des dorsalgies, de nouveaux problèmes somatiques (reins, thyroïde, pancréas, diabète) que de troubles psychiques (dépression). Une expertise psychiatrique a été diligentée auprès de la Dresse D._____, médecin praticien et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du Dr E._____, non-inscrit au registre des professions médicales. Dans leur rapport du 16 mars 2014, les deux médecins estiment que l'incapacité de travail est de 70% en raison des troubles somatiques et psychiques. Une seconde expertise psychiatrique a été réalisée auprès de F._____ dont le rapport du 20 mars 2015 atteste d'une incapacité de travail de 100%. Enfin, l'OAI a diligenté une enquête ménagère au domicile de l'assurée. Par décision du 24 juin 2015, l'OAI a refusé d'augmenter la rente de son assurée, se fondant sur un degré d'invalidité de 57%, calculé selon la méthode mixte, soit des incapacités de 100% sur le plan lucratif (part de 50%) et de 13.20% sur le plan ménager (part de 50%). Cette décision n'a pas été contestée. C. Le 29 septembre 2017, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis une année et demi, et cela suite à une "maladie de Lyme, diagnostiquée trop tard, suivie d'une dépression puis d'une hospitalisation [dans un] établissement psychiatrique". Suite à un projet de décision de non entrée en matière du 30 novembre 2017, l'OAI a réalisé une nouvelle enquête au domicile de l'assurée en date du 5 avril 2018. Par décision du 13 novembre 2018, reprenant un projet du 24 mai 2018, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité se fondant sur un degré d'invalidité de 50.1%, calculé selon la méthode mixte, soit des incapacités de 100% sur le plan lucratif (part de 50%) et de 0.1% (30.19% - 30%) sur le plan ménager (part de 50%). D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Valérie Burnens, juriste, interjette recours devant le Tribunal cantonal concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 A l'appui de ses conclusions – rappelant que l'aggravation de son état est prouvée par ses nombreux médecins, lesquels sont unanimes pour indiquer que son état de santé justifie pleinement une incapacité de travail totale dans toutes les professions – elle conteste d'abord qu'il soit fait usage de la méthode mixte. Elle relève, à cet égard, avoir toujours déclaré qu'elle travaillerait à temps plein par nécessité financière et estime que les motifs donnés par l'OAI pour s'écarter de ces déclarations ne sont pas pertinents. Elle fait grief ensuite aux conclusions de l'enquête domiciliaire de ne

pas être conformes à la réalité de son état, demandant que le taux d'invalidité dans l'activité ménagère soit revu sensiblement à la hausse. Enfin, elle se plaint de ce que l'OAI ait tenu compte d'une réduction du dommage de 30%, laquelle lui semble trop élevée au vu des circonstances. Le 27 décembre 2018, l'assurée s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 8 février 2019, l'OAI propose le rejet du recours, maintenant tant le choix de la méthode que son application concrète. Il sera fait état des arguments que les parties ont développés à l'appui de leurs conclusions dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Le recours est recevable. Il 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.

2. 2.1. 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. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (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 suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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). Selon l'ATF 141 V 281, 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 en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de

bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent 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.

3. 3.1. 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire, la méthode spécifique, la méthode mixte et la méthode extraordinaire.

3.2. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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). De jurisprudence constante, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalide (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n° U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201).

3.3. 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). Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne travaillant dans le ménage, il faut entendre

notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RAI; RS 831.201) et 8 al. 3 LPGA) (arrêts TF 9C_22/2010 du 2 juin 2010 consid. 4 et I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.3). Pour évaluer l'invalidité selon cette 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° 3087 dans son état au 1er janvier 2014). De jurisprudence constante, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (cf. not. ATF 133 V 504 consid. 4.2). 3.4. Enfin, lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité, l'on applique la méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI). Selon cette méthode, 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 pourcent 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564). La méthode mixte d'évaluation du taux d'invalidité a été souvent remise en cause, y compris devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CourEDH). Dans son jugement du 2 février 2016, celle-ci a considéré que, dans le cas précis d'une mère de jumeaux, l'usage de la méthode mixte représentait une violation du droit au respect de la vie privée et familiale (art. 8 CEDH) combiné avec l'interdiction de discrimination (art. 14 CEDH; cf. arrêt CourEDH n° 7186/09 Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016). Suite à cet arrêt, l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) a été modifié et sa nouvelle formulation est entrée en vigueur au 1er janvier 2018). Celui-ci prescrit désormais que, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative avec le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps et que la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4). 4. Selon l'art. 17 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 propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 5. 5.1. 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 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). 5.2. 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En 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). 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).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 5.3. L'art. 69 al. 2 RAI prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de réaliser une visite domiciliaire. Telle est la possibilité, notamment, lorsqu'il s'agit d'assurés qui s'occupent du ménage (cf. Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance- invalidité, ci-après: CIIAI, ch. 1058). 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 (ATF 128 V 93). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêts TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.3.1; 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1; I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 in VSI 2004 p. 139 s.). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt TF 9C_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1). 6. Dans son mémoire, la recourante conteste d'abord l'usage de la méthode dite mixte, affirmant que, en santé, elle travaillerait à temps plein pour des raisons financières. L'on constate, à cet égard, que dans le questionnaire destiné à l'intention des personnes s'occupant du ménage, l'assurée déclarait qu'elle aurait "exercé à 100% le métier de femme de ménage ou serveuse", indiquant qu'elle l'aurait fait "pour aider aux dépenses de la famille" (questionnaire du 20 février 2018, dossier OAI, p. 264). Cette déclaration concorde avec celles faites lors de l'enquête domiciliaire. Dans son rapport du 5 avril 2018, l'enquêteur indique ainsi "qu'elle chercherait aujourd'hui à exercer une activité professionnelle à plein-temps pour des raisons financières et également par choix. Elle

explique que ses enfants sont désormais grands et autonomes et qu'il n'est plus nécessaire à ses yeux qu'elle soit à la maison lorsqu'il rentre de l'école" (dossier OAI, p. 287). Cela étant, l'enquêteur souligne que "durant l'entretien, il ressort toutefois que [l'assurée] a toujours souhaité être très présente pour ses enfants, notamment pour leur retour à la maison après les cours. Je lui fais remarquer que ce serait alors incompatible avec l'exercice d'une activité à plein-temps. Elle mentionne que vu la situation, elle chercherait à exercer une activité comme employée de nettoyage et que pour ce type d'activité, les horaires de travail sont fréquemment en fin de journée et durant les week-ends. Par contre pour ce type d'emploi, les activités sont aussi très souvent des temps partiels. Au vu de ce qui précède, aucun élément concret ne permet donc

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 d'affirmer que [l'assurée] chercherait aujourd'hui sans atteinte à la santé à exercer une activité professionnelle à plein-temps. Par contre, il paraît tout à fait plausible que A. _____ chercherait aujourd'hui sans atteinte à la santé à exercer une activité professionnelle jusqu'à concurrence d'un mi-temps comme cela avait déjà été retenu suite à l'enquête ménagère effectuée le 28.04.2014" (dossier OAI, p. 287). C'est de manière convaincante que l'enquêteur met en doute les déclarations de l'assurée. A cet égard, l'on constate que le principe dit des "premières déclarations", selon lequel il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations d'un assuré (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c), ne saurait trouver application ici. En effet, l'assurée était déjà parfaitement informée des conséquences juridiques de ses déclarations, celles-ci ayant conduit à rejeter une demande d'augmentation de rente deux ans auparavant (cf. décision du 24 juin 2015, dossier OAI, p. 255). A l'instar de l'OAI dans ses observations du 8 février 2019, l'on constate en outre que la situation de l'assurée n'a pas particulièrement changé depuis la décision du 24 juin 2015, lors de laquelle la méthode mixte avait déjà été appliquée. Par ailleurs, on constate que depuis qu'une demi-rente a été octroyée par décision du 2 novembre 1999, alors même que seule une incapacité de travail de 50% était attestée, la recourante n'a jamais mis en valeur sa capacité de travail résiduelle. Pourtant, durant les premières années de rente, elle n'était pas mère de deux enfants. De surcroît, à la lecture des comptes individuels, on doute qu'elle ait jamais travaillé à temps plein au vu des revenus extrêmement bas pour les années 1993 à 1996, soit alors que sa capacité de travail n'était pas restreinte (revenu moyen de CHF 16'054.25 durant ces quatre ans, cf. dossier OAI, p. 18). Il n'a, dès lors, pas été rendu plausible que, en santé, la recourante travaillerait à temps plein. Il est, au contraire, plus vraisemblable qu'elle aurait maintenu un taux réduit. L'on peut donc suivre l'OAI lorsqu'il retient que, en santé, l'assurée aurait travaillé à un taux d'environ 50%, pour se consacrer à 50% à son propre ménage. Tant le choix de la méthode mixte que le partage des tâches peuvent être confirmés. 7. Compte tenu de ce qui précède, il convient de calculer le degré d'invalidité de la recourante en tenant compte d'un partage des tâches de 50% pour la part réservée à l'activité lucrative et de 50% pour la tenue du ménage. L'existence d'une incapacité de travail totale dans la partie dite "activité lucrative" n'est pas contestée par les parties, ce qui n'apparaît pas devoir faire l'objet de critiques. En effet, l'ensemble des intervenants atteste d'une capacité de travail nulle ou presque nulle. Tel est, en particulier, le cas des experts interrogés par l'OAI en 2014 et 2015 (cf. dossier OAI, p. 195 et 226) dont le SMR atteste de l'actualité des conclusions (dossier OAI, p. 273), mais également des médecins traitants (cf. dossier OAI, p. 169, 173, 266, 269 et 270). Demeure uniquement litigieuse, l'évaluation de la capacité de travail de la recourante dans la partie ménagère, prise en compte à raison de 50%. 7.1. Dans sa décision, l'OAI retient un degré d'invalidité de 0.19% dans l'activité ménagère. Ce taux n'est pas explicité dans les

considérants de la décision ici contestée, ce qui implique de se référer aux considérants de l'enquête domiciliaire.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Selon ceux-ci, ce taux correspond au cumul pondéré des empêchements retenus dans les rubriques "alimentation" (21% d'empêchements pondérés à 33%), "entretien de l'appartement" (55.4% d'empêchements pondérés à 26%), "emplettes et courses diverses" (47% d'empêchements pondérés à 10%), "lessive et entretien des vêtements" (26% d'empêchements pondérés à 16%) et "soins aux enfants" (0% d'empêchements pondérés à 15%). Il découle du cumul de ces empêchements pondérés un taux de 30.19%. A ce taux global, l'OAI soustrait 30% au titre de l'"obligation de réduire le dommage" imposée à l'époux et aux deux enfants (cf. enquête domiciliaire du 5 avril 2018, dossier OAI, p. 247; cf. ég. observations de l'OAI du 8 février 2018 et la prise de position du service externe jointe en annexe). 7.2. Dans le cadre des arrêts 608 2017 157 du 22 mars 2018, 608 2017 288 du 3 juillet 2018 (consid. 4.3) et 608 2018 45 du 16 juillet 2018 (consid. 6.1.1), le Tribunal cantonal a déjà eu l'occasion de se prononcer en détail sur la prise en compte d'une telle réduction dans la tenue du ménage au titre de l'"obligation de diminuer le dommage". On constate que ces arrêts sont tous antérieurs à la décision litigieuse du 13 novembre 2018 et mettent tous en cause cette manière de procéder. L'on s'étonne dès lors que l'autorité intimée n'ait pas fondamentalement modifié sa méthode en suivant les prescriptions de la Cour. Quoi qu'il en soit, dans son arrêt 608 2018 192 du 13 mars 2019 (consid. 5.2 et 5.3), plus récent, la IIe Cour des assurances-sociales a ainsi relevé que la méthode ne pouvait pas être cautionnée et émettait les considérants suivants: "la réduction s'opère encore de manière indifférenciée sur l'ensemble des empêchements dans l'activité ménagère. Ainsi que la Cour l'avait relevé dans son arrêt du 16 juillet 2018 et auquel on peut renvoyer (arrêt TC 608 2018 45 précité consid. 6.1.3), une telle pratique ne tient pas compte de l'aspect individuel de l'invalidité. Celui-ci découle de la prise en compte de manière séparée des empêchements au travers des différents postes ménagers. Le cumul pondéré des empêchements dans chacun de ces postes permet une évaluation des limitations dans l'accomplissement des travaux ménagers habituels qui tient compte des circonstances concrètes du cas particulier. Ce caractère concret doit également valoir sous l'angle de la diminution du dommage, laquelle doit être prise en compte de manière différenciée pour chacun des postes. En outre, l'on ne peut pas appréhender le pourcentage de 30% et déterminer ce que ce taux représente concrètement. La Cour relève ne pas être non plus en mesure de comprendre les critères de "disponibilité", "pénibilité", "santé" et "occupation", y compris les motifs pour lesquels ils ne permettent pas une réduction du pourcentage de l'"obligation de réduire le dommage" dans le cas d'espèce. Tout au plus constate-t-on que le taux de 30% a pour effet de diminuer très sensiblement l'invalidité dans les tâches ménagères, partant le droit théorique à une rente (entière) - étant précisé que ce taux a également été appliqué dans un cas de pure méthode spécifique; cf. arrêt TC FR 605 2018 161 du 21 novembre 2018), tout en ne pouvant être adapté que par des facteurs très limités. On constate donc, quoi qu'il en soit, que, par cette méthode, l'OAI faillit à son obligation de motiver suffisamment sa décision. Enfin, l'on peut même se demander si cette réduction forfaitaire constituerait une discrimination indirecte fondée sur le genre, par analogie à l'arrêt de la CourEDH (cf. arrêt CourEDH n° 7186/09 Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016)". 7.3. Ces considérants peuvent être repris par la Ie Cour des assurances sociales dans le cadre du présent arrêt.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 L'on constate même que les interrogations de la IIe Cour sont ici confirmées par la comparaison des résultats de l'enquête diligentée en 2014, qui prenait en compte la réduction du dommage mais de manière individuelle, et celle réalisée en 2018, laquelle soustrait un taux global. Alors que la première aboutissait à un empêchement de 13.20% (dossier OAI, p. 208 et 255), la seconde retient un empêchement de 0.19% (dossier OAI, p. 287 et 334). Il s'agit d'une différence de taux de plus de 13%. Or, il n'est nulle part évoqué une quelconque amélioration de l'état de santé de la recourante qui pourrait justifier cette diminution des empêchements ménagers. Au contraire, les différents médecins interrogés vont plutôt dans le sens d'une aggravation (dossier OAI, p. 266, 269 et 270), le SMR retenant pour sa part "l'absence d'amélioration de l'état de santé depuis la dernière décision entrée en force du 24.06.2015, l'incapacité de travail demeur[ant] totale dans toute activité lucrative" (dossier OAI, p. 273). En outre, l'augmentation de l'apport des tiers n'est pas évoquée par l'OAI, ce dernier retenant par exemple dans ses observations que "situation financière et maritale (pas de divorce, pas de perte d'emploi du mari) n'a pas changé". L'on relève, à cet égard, que l'aide exigible d'enfants nés en 2002 ne semble pas avoir sensiblement évolué durant ces quatre ans, étant même souligné que, selon l'enquêteur, l'un d'eux souffre désormais d'une atteinte à sa santé (cf. prise de position du service externe du 22 janvier 2019). L'amélioration dans le domaine ménager telle qu'attestée par l'enquête domiciliaire est donc uniquement en lien avec le changement de méthode d'évaluation, soit la prise en compte d'une déduction forfaitaire de 30% au titre de l'"obligation de réduire le dommage" au lieu d'une prise en compte distincte pour chaque activité. Dans le cas de la recourante, cette manière de procéder est plus défavorable que l'ancienne. L'ancienne méthode était pourtant déjà fortement mise en cause et avait même conduit la CourEDH à constater une violation de l'interdiction de la discrimination dans le cas concret d'une mère de ayant cessé de travailler à temps plein pour s'occuper des ses enfants (cf. arrêt CourEDH n° 7186/09 Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016). Quand bien même le présent cas n'est pas identique à celui traité par la CourEDH, l'on peut légitimement se demander si la réduction forfaitaire constituerait une discrimination indirecte fondée sur le genre, par analogie à l'arrêt de la CourEDH. Dans ces circonstances, la méthode telle qu'utilisée ici par l'autorité intimée ne peut être approuvée par la Cour. 7.4. Force est de constater que, en l'état, les documents figurant au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de statuer s'agissant du volet ménager de la méthode mixte. Il appartiendra à la personne chargée de l'enquête de donner son avis sur l'obligation de réduire le dommage pour chaque activité. Puis, toujours pour chaque activité, elle doit examiner les possibilités dont dispose la famille pour réduire le dommage, ce qui implique, on le rappelle, non seulement de déterminer l'aide exigible que peuvent/doivent fournir les membres de la famille, mais aussi d'explorer les possibilités d'améliorer les méthodes de travail. 8. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, bien fondé, est admis, la décision du

E. 17

juillet 2018 annulée, et la cause renvoyée à l'autorité intimée, charge à cette dernière de se conformer aux considérants qui précèdent et de rendre une nouvelle décision.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 Compte tenu de l'issue du litige, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure, par CHF 800.-. L'avance de frais effectuée par la recourante, à raison de CHF 800.-, lui est restituée. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à l'octroi d'une indemnité de partie pour ses frais de défense. Dès lors que la représentante n'est pas une avocate inscrite au barreau,

l'indemnité de partie est fixée ex aequo et bono à CHF 1'000.-, éventuelle TVA comprise. Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision du 13 novembre 2018 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée, charge à cette dernière de se conformer aux considérants et de rendre une nouvelle décision. II. Les frais de procédure de la recourante, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante lui étant restituée. III. L'indemnité de partie est fixée à CHF 1'000.-, éventuelle TVA comprise, et intégralement mise à la charge de l'autorité intimée. 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 3 avril 2019/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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