

FR_GERICHTE 605 2019 167 vom 24. April 2020

FR Kantonsgericht, 2020-04-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_167

FR: FR_GERICHTE 605 2019 167 du 24 avril 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 167 del 24 aprile 2020

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 auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable. 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.

E. 2

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

E. 2.1

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière.

E. 2.2

L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de trois principales méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire (ou, cas échéant, extraordinaire appliquée aux indépendants), la méthode spécifique et la méthode mixte.

E. 2.2.1

En résumé, la méthode dite 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'invalidité, 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). 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Pour sa part, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2).

E. 2.2.2

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).

E. 2.2.3

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).

E. 2.2.3.1

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. Cette 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), laquelle a rendu un jugement le 2

février 2016 (arrêt CourEDH n. 7186/09 Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016). Suite à cet arrêt, le Conseil fédéral a modifié l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), entré en vigueur le 1er janvier 2018. Cela étant, l'invalidité ne peut être évaluée selon la nouvelle méthode mixte qu'à partir de la date d'entrée en vigueur cet article, soit le 1er janvier 2018 (arrêts TF 8C_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.3; 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2).

E. 2.2.3.2

Une réduction globale forfaitaire de 30% appliquée sur le taux d'empêchement dans les travaux habituels ou la tenue du ménage, qui prendrait en compte l'apport des autres personnes vivant avec l'assuré au sein dudit ménage et censées l'aider et le soulager dans l'exercice de ses tâches, n'est en principe pas admissible, l'assurance-invalidité ne sachant s'exonérer, sur le principe, de sa responsabilité au détriment de l'entourage de ses assurés (cf. arrêts TC FR 608 2017 157 du 22 mars 2018, 608 2017 288 du 3 juillet 2018 [consid. 4.3], 608 2018 45 du 16 juillet 2018 [consid. 6.1.1], 608 2018 192 du 13 mars 2019 [consid. 5.2 et 5.3], 605 2018 314 du

E. 3

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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13

E. 3.1

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).

E. 3.2

Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois

déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

E. 4

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).

E. 4.1

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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13

E. 4.2

Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

E. 4.3

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).

E. 5

Est en l'espèce litigieuse la suppression de trois-quarts de rente octroyés en application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité pour une durée limitée, du 1er avril 2017 au 30 avril 2018. La recourante estime avoir droit à continuer à percevoir un quart de rente au-delà de cette dernière date. Elle soutient tout d'abord que, dans le cadre de l'exercice d'une activité lucrative exercée à 60%, sa capacité de travail est diminuée de 50% en raison de son atteinte qu'elle considère durablement handicapante. Elle serait, à côté de cela, également limitée, à hauteur de 30 %, dans la tenue de son ménage qui correspond à 40% de son temps. Au final, c'est une invalidité de 48% qu'elle subit. L'OAI considère pour sa part au contraire qu'il n'existe plus d'invalidité à date de ce moment-là, aucun empêchement n'étant attesté, ni dans le cadre d'une activité lucrative exercée à 60%, ni dans la tenue du ménage accomplie pour les 40% restants. Qu'en est-il ? Atteinte et demande de prestations

E. 5.1

Née en 1970, mariée, mère de quatre enfants, la recourante a déposé une demande de rente le 10 octobre 2016, indiquant souffrir d'un lupus érythémateux (= maladie auto-immune Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 engendrant une inflammation dans les articulations) l'empêchant de travailler comme employée de maison (dossier AI, p. 2). Elle travaillait jusqu'alors à 60% pour le compte de deux employeuses, s'occupant de la tenue de son ménage pour les 40% restants.

E. 5.2

Un premier rapport du médecin traitant, le Dr B._____, rhumatologue, fait état d'une « collagénose de type lupus érythémateux disséminé, se manifestant particulièrement par des atteintes articulaires », une atteinte pour laquelle sa patiente était soignée depuis le mois de septembre 2015 (rapport du 14 novembre 2016, dossier AI, p. 74). La capacité de travail était alors jugée nulle, dans tout type d'activité (annexe au rapport, dossier AI, p. 72).

E. 6

Rapports médicaux et expertise

E. 6.1

L'OAI a tout d'abord demandé des informations complémentaires au Dr B._____, qui n'a fait que dans un premier temps que préciser, au mois de mai 2017, que l'état de la recourante était stationnaire (dossier AI, p. 108). Puis de redire, à la fin août 2017, que « l'atteinte articulaire touchait les mains, les genoux et les avant-pieds », cela « sans limitation fonctionnelle », mais elle générait néanmoins une incapacité de travail de 100% comme femme de ménage, aucune autre activité n'étant envisageable (dossier AI, p. 119).

E. 6.2

Une expertise fut dès lors confiée au Dr C. _____ au mois d'octobre 2017. Dans son rapport du 28 mars 2018, ce dernier spécialiste en rhumatologie et médecine interne retenait plutôt le diagnostic de « connectivite indéterminée » (= atteinte diffuse, inflammatoire et chronique des tissus conjonctif), voire d'un « syndrome de Sjörge » (= trouble du système immunitaire caractérisé par l'assèchement des yeux et de la bouche), potentiellement susceptible de diminuer la capacité de travail (dossier AI, p. 167). Il relevait aussi, mais ceux-ci n'avaient en revanche selon lui pas vocation à réduire la capacité de travail, un « syndrome cervico- et lombo-vertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie » et des « polyarthralgies d'origine mixte (polyinsertionite de type fibromyalgie) ». Il signalait encore des « gonalgies bilatérales sans atteinte méniscale ou ligamentaire et sans anomalie, sans substrat organique » ainsi que des « omalgies bilatérales sans substrat organique ».

E. 6.2.1

Le Dr C. _____ observait notamment : « du point de vue rhumatologique, il est à noter qu'il n'y a pas d'amyotrophie, de trouble sensitivo-moteur ou de signe de synovite ou de téno-synovite pouvant évoquer une arthrite ou une atteinte inflammatoire articulaire. La personne assurée se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide et autonome, elle est capable de rester assise sans opter de position antalgique et ce, durant tout l'entretien. L'ensemble de la symptomatologie s'inscrit en avant-plan d'un syndrome fibromyalgique avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur et fatigue chronique. Dès lors, du point de vue rhumatologique, on note certes la présence de sérologie positive associée à des xérophtalmies, aphtoses buccales intermittentes et péricipitopénie cependant qui ne peut pas expliquer l'ensemble

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 de la symptomatologie douloureuse et surtout de l'impotence fonctionnelle que l'assurée décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle » (dossier AI, p. 167). Il observait que la recourante se levait sans difficultés, marchait sans boiterie et n'adoptait aucune position antalgiques durant tout l'entretien (dossier AI, p. 164). D'un point de vue objectif, il faisait encore remarquer que les amplitudes articulaires étaient toutes conservées, au niveau des mains, la force de préhension était à 20 kg ddc, au niveau des épaules, il n'y avait pas de signe de conflit ou de tendinopathie. L'examen frappait toutefois par la présence de 18/18 points d'insertion douloureux faisant évoquer la présence d'un syndrome fibromyalgique (dossier AI, p. 165). Il faisait enfin remarquer que le traitement instauré depuis 2015 avait été conduit dans les règles de l'art, permettant de stabiliser la situation, ceci avec la bonne coopération de l'assurée (dossier AI, p. 168).

E. 6.2.2

L'expert décrivait ainsi les limitations fonctionnelles de la recourante, suggérant que celles-ci n'engageaient toutefois pas la responsabilité de l'assurance-invalidité : « la diminution des capacités fonctionnelles dues à la santé résident essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique tant au niveau rachidien que polyarticulaire dont l'origine est difficile à établir. L'origine d'une connectivite ne paraît cependant pas exclue. Il n'y a actuellement pas de signe en faveur d'une atteinte systématique ou inflammatoire à l'examen paraclinique. La diminution des capacités, conséquence directe de facteur non pris en considération par l'assurance, sont les douleurs rachidiennes et périarticulaires de type plutôt fonctionnel » (dossier AI, p. 166). Concrètement, cependant, « les limitations

fonctionnelles sont les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg de manière répétitive et les mouvements au-dessus de l'horizontal avec les MS de manière répétitive » (p. précitée).

E. 6.2.3

Concernant la tenue du ménage, il observait notamment, sur la bases des déclarations des déclarations de la recourante, que celle-ci était « capable, de manière autonome, d'aller aux toilettes, d'effectuer ses soins corporels, d'enfiler bas et chaussettes, de lasser ses chaussures, de faire le ménage léger, de faire les commissions légères, de s'habiller, de prendre le bus seule, d'être passagère pendant une heure, de marcher pendant 30 minutes à plat, de porter des charges de moins de 4 kg, de nettoyer la table, de passer la panosse, de cuisiner, de prendre la poussière et de faire la lessive ». Elle bénéficiait, cela étant, de l'aide de son mari pour passer l'aspirateur, porter la lessive et effectuer les commissions lourdes, ainsi que de celle de sa sœur pour le ménage lourd, le nettoyage des vitres, passer l'aspirateur et parfois aussi les commissions lourdes. (dossier AI, p. 160).

E. 6.2.4

Dans l'ensemble, le Dr C. _____ concluait finalement que « les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle implique que l'exigibilité, du point de vue rhumatologique concernant son activité d'employée de maison est estimée, au vu des polyarthralgies et du syndrome de fatigue chronique, à 60% voire plus en fonction de la gestion du syndrome douloureux et de fatigue chronique » (dossier AI, p. 170). Dans le cadre d'une activité adaptée légère « avec diminution des mouvements en porte-à-faux et le port de charge de plus de 5 kg, la capacité de travail » serait à son avis « totale » (dossier AI, p 171). Une réadaptation professionnelle était à cet égard envisageable (dossier AI, p. 168).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13

E. 6.3

Entretemps, le Dr B. _____ ayant pris sa retraite, la recourante consultait désormais le Dr D. _____, médecin adjoint auprès de la clinique de médecine interne et de médecine physique et rééducation auprès de l'Hôpital cantonal.

E. 6.3.1

Au mois de février 2018, le Dr D. _____ rejoignait l'expert en évoquant lui aussi plutôt un « syndrome de Sjögren », écartant le diagnostic émis au départ de lupus érythémateux (rapport du 12 février 2018, dossier AI, p. 141). Désirant également écarter « une atteinte centrale nerveuse », il décidait de faire pratiquer une IRM cérébrale. Il relevait, cela étant, que la maladie était stabilisée : « la maladie est actuellement relativement bien compensée, raison pour laquelle je n'ai aucune indication à poursuivre le traitement de Rituximab tous les 6 mois. (...) Le Plaquenil est par contre à poursuivre ».

E. 6.3.2

Au mois de juillet 2018, le Dr D. _____ indiquait qu'un « essai de contrôler la maladie avec azthiopine » avait échoué (dossier AI, p. 172). La recourante avait par ailleurs fait une réaction après avoir été exposée au soleil, ceci au niveau de l'avant-bras et du côté gauche du visage, ce qui avait laissé des traces. Elle avait aussi subi une perte de fer, suite à une « ménométrorragie » (= saignement de l'utérus). Le Dr D. _____ alertait également l'OAI d'une péroration de la situation de sa patiente sur un plan social : « la situation sociale

devient aussi précaire en raison probablement de l'absence de prise de décision de l'AI. Il s'agit de nouveau d'un cas où l'AI retarde la gestion du dossier au détriment de la santé psychosociale de la patiente. J'ai fait avec cette lettre aussi un appel à l'AI de finalement intégrer les informations de l'expertise que la patiente a eu en avril de cette année et de prendre le plus rapidement possible une décision. (...) Il faut bien savoir que cette maladie est active nécessitant des traitements immuno-suppresseurs et qu'il y a un absentéisme important dû à l'activité assez dangereuse d'ailleurs de cette maladie systémique. Il faut considérer aussi que la patiente a actuellement un problème gynécologique en plus qui déstabilise sa situation ». Tous ces éléments montrant, selon lui, « à quel point la patiente est limitée dans ses activités et qu'elle a clairement au moins une diminution de sa capacité de travail à long terme pour toutes les activités d'au moins 50% ».

E. 6.3.3

Au mois de février 2019, le Dr D. _____ répondait plus précisément à l'OAI (dossier AI, p. 223). Il indiquait que l'état de santé est fluctuant. Au moment de l'expertise, la recourante aurait été en « rémission. Par contre, peu après, les symptômes ont recommencé. La maladie reste imprédictible avec les périodes où elle a très peu de douleurs articulaires et musculaires. Les symptômes constitutionnels comme la fatigue sont aussi soumis à ces fluctuations. La maladie ne peut pas être guérie ». A la fin de l'année 2018, la recourante avait des douleurs persistantes, malgré une dernière perfusion : il constatait alors une légère activité de la maladie mais n'avait pas eu la possibilité de d'avancer le traitement par respect d'un intervalle de six mois entre les perfusions. Il précise encore que les douleurs « fibromyalgiques » retenues par l'expert pouvaient « intégralement être expliquées par la connectivite indéterminée avec atteinte articulaire et péri- articulaire ou, comme on dit en rhumatologie, abarticulaire ».

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 L'état de santé ne s'était pas à proprement parlé aggravé, mais subissait des états d'activités fluctuantes : « des douleurs articulaires et musculaires résiduelles peuvent persister, même dans des phases de rémission où il y a peu d'activité inflammatoire », ceci dans le cadre d'une maladie « chronique, incurable et à long terme progressive ». L'expert aurait sous-évalué « l'évolution future de la maladie » ainsi que, le Dr D. _____ le soutient implicitement, les fluctuations de la maladie, les traitements et les effets secondaires de celui-ci. Raison pour laquelle il confirme son point de vue, selon lequel la capacité de travail est diminuée de moitié, même dans une activité adaptée légère telle que décrite par l'expert.

E. 6.4

Les rapports du Dr D. _____ ont été soumis au service médical régional de l'AI (SMR), à savoir au Dr E. _____, anesthésiologue. Celui-ci a en substance estimé que si la maladie chronique présentée par la recourante était durable, il n'en allait en revanche pas de même de l'incapacité de gain qu'elle générerait, même en tenant compte d'un absentéisme ponctuel en cas de poussée aiguë de la maladie inflammatoire. Les arguments développés par le Dr D. _____ à ce sujet seraient vagues et non objectivés, contrairement aux conclusions claires et détaillées de l'expertise.

E. 7

Enquête ménagère La recourante ne travaillant qu'à 60% comme employée de maison, une visite domiciliaire a encore été réalisée dans le cadre d'une enquête ménagère, dont les conclusions ne sont au demeurant en soi aucunement contestées par la recourante. Cette

enquête retient un taux global d'empêchement, dans les travaux habituels effectués lors de la tenue du ménage, de 25,94% (dossier AI, p. 185). Les enquêteurs faisant remarquer sur ce point : « sur la base des conclusions de l'expertise rhumatologique, les répercussions de l'état de santé sont estimées à 40% pour l'ancienne activité d'employée de maison, à 20% pour le ménage et également à 20% pour les loisirs et activités sociales. L'évaluation des empêchements pour la partie concernant le ménage semble donc assez proche de l'avis médical » (dossier AI, p. 186). Les activités discutées n'ayant pas été correctement pondérées, les conclusions de l'enquête ont été reprises plus tard, portant le taux d'empêchement global à 30%. Ceci avant la déduction forfaitaire correspondant exactement au même taux de 30%, que seule la recourante n'admet pas.

E. 8

Discussion

E. 8.1

Il sied tout d'abord de relever que l'OAI, bien que parfaitement au courant que ce procédé n'est juridiquement pas justifiable, a opéré une réduction « forfaitaire » de 30% sur le taux d'empêchement constaté dans la tenue du ménage, abaissant ainsi celui-ci (également de 30%) à 0%.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 Sur ce premier grief, la recourante doit être suivie, l'OAI n'étant, comme les Cours des assurances sociales ont souvent eu à lui rappeler, pas en droit de faire supporter une partie de sa responsabilité sur les autres membres du ménage de la recourante. Cela étant, il reste à examiner si cette correction remet ou non en cause la suppression de toute prestation après le 30 avril 2018. Un taux d'empêchement de 30% ne suffirait pas à ouvrir le droit à la rente, qui plus est si ce taux est encore pondéré par le fait que les activités ménagères de la recourante ne représentaient que 40% de son temps. C'est donc en l'espèce l'estimation de la capacité de travail dans le cadre de l'activité lucrative, également critiquée par la recourante, qui est déterminante.

E. 8.2

Si l'on estime que la recourante est déjà limitée de 30% dans la tenue de son ménage, force est également d'admettre qu'elle le sera au moins autant, sinon plus, dans la tenue du ménage des deux employeuses. Il est juste, partant, et elle-même ne s'y oppose pas, du moment que l'on tienne compte d'un abattement forfaitaire de 5% pour cause de parallélisme des revenus, que l'on exige de cette dernière qu'elle réalise un revenu, en soi mieux rémunéré, dans une activité adaptée légère, telle que celle décrite, sur le principe, par l'expert C. _____ et admise Dr D. _____ (restriction des mouvements en porte-à-faux et port de charge maximal de 5 kg [6.2.4. et 6.3.3. in fine]). Faut-il, dans ce cadre, retenir une pleine capacité ou une capacité de seulement 50% ?

E. 8.2.1

Les observations et les conclusions de l'expert ne sont pas véritablement remises en cause par le Dr D. _____, ni dès lors par la recourante. La seule question est de savoir si la maladie chronique limite également chroniquement la capacité de travail, respectivement de gain. Il semblerait, au vu des derniers rapports du Dr D. _____, que cela soit toujours le cas, même en dehors des crises aiguës. Il admet toutefois implicitement, ne remettant pas en cause les conclusions de l'expertise au moment où celles-ci ont été rendues, qu'en période de rémission, la capacité de travail de la recourante serait entière. On constate ainsi, avec le

Dr E. _____, qu'il demeure difficile de déterminer avec plus de précision l'évolution, pour l'avenir, de la capacité de travail résiduelle de la recourante. Sous réserve d'une aggravation avérée, qui reviendrait sans doute à constater que la recourante ne connaît plus aucune période de rémission entre ses crises, et que l'atteinte s'est durablement installée, il n'est pas possible de retenir aujourd'hui un tel pronostic défavorable. Cela d'autant moins que le Dr D. _____ n'a pas non plus attesté de périodes d'incapacité variables, qui suivraient les fluctuations de la maladie, ceci dans le droit sens de ses explications, qui peinent aussi à éclairer sur la durée des rémissions.

E. 8.2.2

Il s'agit en revanche de faire remarquer que l'expert avait signalé des éléments fibromyalgiques sortant du champ de la médecine et, partant, de la couverture d'assurance-invalidité (6.2.2).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 Le Dr D. _____ semble le rejoindre désormais, lui qui fait part des difficultés économiques et sociales rencontrées par sa patiente, qui donnent à penser que la situation est en train de se cristalliser (6.3.3.), ce qui apporte un crédit supplémentaire aux conclusions de l'expert. Et qui expliquerait aussi que les derniers traitements administrés par le Dr D. _____ soient aujourd'hui moins efficaces (6.3.4.). On ne peut pas s'empêcher de penser, à lire certains passages des rapports du Dr D. _____ et aussi des appels de la recourante à l'OAI (cf. dossier AI, p. 174 et 175) que celle-ci est angoissée par son avenir financier et celui de sa famille et que cette angoisse influence également les conclusions « pour l'avenir » du Dr D. _____, qui paraît appuyer sa patiente dans ses démarches vis-à-vis de l'assurance-invalidité et dont les conclusions doivent dès lors être prises avec un certain recul. Au vu de ces derniers éléments, une nouvelle expertise ne paraît pas judicieuse. En dépit d'une aggravation avérée de l'état de santé depuis son examen devant l'expert, aggravation que le Dr D. _____ ne prétend du reste pas retenir (6.3.3.), on ne peut, quoi qu'il en soit, suivre aujourd'hui la recourante dans son pronostic du futur, possible certes, mais pas encore, à ce stade, probable au degré de la vraisemblance prépondérante. Comme l'a justement relevé le Dr E. _____, une maladie chronique n'engendre pas nécessairement une perte de gain chronique, c'est-à-dire une invalidité durable au sens de la loi (pt. 6.4.), thèse qui sous-tend le recours.

E. 9

Il découle de tout ce qui précède que si le taux d'empêchement dans la tenue du ménage est bien de 30%, mais cela uniquement pour ce qui concerne les 40% du temps de la recourante, en revanche, la capacité résiduelle de travail paraît aujourd'hui complète dans le cadre d'une activité légère adaptée encore exigible et réalisable à 60%. Le taux d'invalidité, dans un tel cas de figure, ne saurait manifestement excéder les 40% minimaux requis pour ouvrir le droit au quart de rente. L'OAI était, par conséquent, en droit de supprimer les trois-quarts de rente après le 30 avril 2018. S'avérant mal fondé, le recours est rejeté.

E. 10

Frais et assistance judiciaire

E. 10.1

Des frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de la recourante. Ils ne lui seront toutefois pas réclamés, compte tenu de ce qui suit.

E. 10.2

La recourante a demandé à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, et celui-ci peut lui être octroyé, dans la mesure où son recours, suivi sur au moins un de ses griefs, n'était pas d'emblée dénuée de toute chance. L'indemnité à allouer au mandataire ainsi désigné, Me Benoît Sansonnens, est dès lors fixée par forfait de CHF 1'800.-, ce qui correspond environ à 10 heures de travail au tarif horaire de l'assistance judiciaire et paraît se justifier si l'on prend en compte la concision des écritures, limitées par ailleurs à un seul échange.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 Sur ce premier montant s'ajoute une TVA de 7,7% soit CHF 138.60. Au final, c'est une indemnité de CHF 1'938.60 qui est allouée. Elle est intégralement mise à la charge de l'Etat. la Cour arrête : I. Le recours (605 2019 167) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire (605 2019 168) est admise. Me Benoît Sansonnens est désigné défenseur d'office. III. Des frais de justice sont mis à la charge de la recourante qui succombe, par CHF 800.-. Compte tenu de l'octroi de l'assistance judiciaire, ils ne sont toutefois pas perçus. IV. Une indemnité de CHF 1'938.60.- (TVA de CHF 138.60 comprise) est allouée au défenseur d'office. Elle est mise à la charge de l'Etat. V.

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 24 avril 2020/mbo Le Président : La Greffière-stagiaire:

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