

FR_GERICHTE 605 2023 79 vom 6. März 2024

FR Kantonsgericht, 2024-03-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2023_79

FR: FR_GERICHTE 605 2023 79 du 6 mars 2024

IT: FR_GERICHTE 605 2023 79 del 6 marzo 2024

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascals, et dans les formes légales auprès de l'autorité compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

E. 2

Notion d'invalidité A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.29) 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale.

E. 3

Droit à la rente – droit applicable

E. 3.1

Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 et applicable à la présente cause pour ce qui concerne la première période durant laquelle le droit à la rente a été reconnu, soit à compter du 1er mai 2019, l'assuré a droit à une rente lorsque 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 (lit. a), qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (lit. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

E. 3.2

A partir du 1er janvier 2022 et de l'entrée en vigueur du nouveau système de rentes linéaires, le nouvel art. 28 b LAI instaure la fixation des rentes à la décimale, au regard du taux d'invalidité. L'alinéa 4 de cette disposition prévoit des rentes progressives lorsque le taux d'invalidité se situe entre 40% et 50%. C'est cette dernière disposition qui a, à juste titre, été appliquée pour la seconde période de reconnaissance du droit à la rente à partir du 1er août 2022.

E. 4

Rentes échelonnées

E. 4.1

Selon l'art. 17 LPGa, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage ou atteint 100 %. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 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 régissant 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 citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

E. 4.2

L'art. 88a al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGa), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417). Cette disposition ne s'applique pas tant qu'un droit à la rente n'est pas ouvert au regard des conditions de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. arrêt TF I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3b; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3e éd. 2014, n. 35 ad art. 28).

E. 5

Méthodes d'évaluation du taux d'invalidité L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de plusieurs méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente.

E. 5.1

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'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).

E. 5.1.1

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). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées). L'art. 26 al. 1 RAI prescrit que le revenu sans invalidité est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable. Cependant, selon l'art. 26 al. 2 RAI, si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5 % aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25, al. 3, le revenu sans invalidité correspond à 95 % de ces valeurs médianes. Enfin, si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25, al. 3, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (art. 26 al. 4 RAI).

E. 5.1.2

Selon l'art. 26bis al. 1 RAI, si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui. L'al. 2 1ère phr. de cette même disposition retient que si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25, al. 3. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. En revanche, l'exercice d'une activité à taux partiel ou le long éloignement du marché du travail ne sont pas des facteurs d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt TF 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir

compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

E. 5.2

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).

E. 5.2.1

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 (arrêts TF 9C_22/2010 du 2 juin 2010 consid. 4 et I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.3).

E. 5.2.2

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).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 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).

E. 5.3

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 n. 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références). 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).

E. 6

Choix de la méthode d'évaluation Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une

des trois méthodes reconnues dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. 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).

E. 7

Dispositions applicables en matière de preuve Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17

E. 7.1

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). La jurisprudence dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure » s'applique de manière générale en matière d'assurances sociales (cf. arrêts TF 9C_649/2008 du 31 août 2009 consid. 3; 8C_187/2008 du 7 octobre 2008 consid. 2.2; C 212/06 du 26 septembre 2007 consid. 2.3.2; U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.3; B 23/06 du 20 avril 2007 consid. 5.1; K 106/94 du 4 janvier 1995 consid. 2b). Ce principe veut que, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence soit accordée à celle que l'assuré a donnée 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).

E. 7.2

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115

V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 7.3

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. 7.4

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'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] ch. 1058). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts TF I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2; I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1; I 155/04 du 26 juillet 2004 consid. 3.2 et I 685/02 du 28 février 2003 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, une visite domiciliaire est en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé physique. Sa valeur probante se mesure par analogie aux critères appliqués aux expertises médicales. Il est notamment essentiel que le rapport ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit 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. Exceptionnellement, en cas de doute sur la crédibilité des indications de l'assuré ou lorsque celles-ci ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, il sera nécessaire de faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités

habituelles (ATF 128 V 93 consid. 4).

E. 8

Objet du litige - méthode applicable Sont en l'espèce litigieux l'octroi et la fixation de la rente à partir du 1er mai 2019, la recourante soutenant avoir droit à une rente entière et non à une seule rente échelonnée fondée sur des taux d'invalidité qu'elle estime au demeurant trop bas. Cette rente échelonnée porte sur trois périodes distinctes, comme on le verra plus en détail. D'emblée, la Cour constate que l'usage de la méthode mixte ainsi que le partage des occupations (39% consacrés à l'activité lucrative et 61% à la tenue du ménage) n'est en revanche et à juste titre pas contesté. Qu'en est-il ?

E. 9

Sur le plan de l'activité lucrative (ratio de 39%)

E. 9.1

L'OAI se fonde d'abord sur les conclusions des Drs C._____ et D._____ pour retenir que l'assurée était en incapacité de travail totale du 1er mars 2018 au 31 août 2019, puis à 50% à partir du 1er septembre 2019. Dans leur rapport d'expertise du 28 juillet 2021 et leur complément du 24 mai 2022 (dossier OAI, p. 286 et 446), les Drs C._____ et D._____ constatent que l'assurée est soumise à un suivi médical stressant depuis l'enfance, en particulier un strabisme divergent en 1982, une amblyopie en 2007 et en 2008, une dégénérescence maculaire depuis 2013 et une néo-vascularisation en 2019. Cependant, ils ne retrouvent pas ces différents troubles lors de leurs examens et relèvent une acuité visuelle avec correction de 10/10 au jour de l'expertise. Ils en concluent que les troubles ophtalmologiques n'ont pas d'impact sur la capacité de travail de l'assurée. En revanche, sur le

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 plan psychiatrique, ils soulignent que l'assurée a souffert d'une décompensation anxio-dépressive sévère entre mars 2018 et août 2019, laquelle a entraîné de nombreuses hospitalisations et un traitement lourd. Ils constatent, en outre, que l'assurée présente, parallèlement, des traits de personnalité anxieuse. En raison de ces atteintes et de la situation anxigène sur le plan ophtalmologique qui s'y ajoute, ils retiennent une incapacité de travail totale de mars 2018 à août 2019. Se basant sur le traitement alors ordonné, ils relèvent une amélioration de la situation et concluent à la rémission partielle de cette situation, prévoyant une reprise possible du travail dans un délai de six mois. Ils en déduisent une capacité de travail de 50% depuis septembre 2019 et prédisent une pleine capacité de travail dans un délai de six mois, sauf rechute ou complication. Ces raisonnements et conclusions sont basés tant sur l'étude du dossier d'assurance que sur la teneur d'un entretien que les experts ont chacun eu avec l'assurée et à l'occasion duquel ils ont pu procéder à un examen clinique complet. Pour ces motifs, les experts avaient une pleine connaissance de la situation non seulement médicale, mais également privée, professionnelle, économique, sociale et familiale de la recourante. Lors de l'entretien, chaque expert a pu procéder à un examen complet de l'assurée. Pour sa part, à cette occasion ainsi que dans un courrier adressé aux experts, cette dernière a pu détailler ses troubles, sa situation et son quotidien. S'agissant du reproche quant à la durée insuffisante des entretiens, on rappellera qu'il ne s'agit pas d'un critère reconnu par la jurisprudence comme ayant une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise. En outre, il est pris note des reproches selon lesquels il y aurait des imprécisions en lien avec la description des traitements médicaux (psychiatrie, psychologie,

musicologie, ostéopathie et massage). Cependant, la recourante ne démontre pas en quoi ces éventuelles imprécisions auraient influencé, à son désavantage, l'évaluation de sa situation. Au contraire, à lire les différents rapports, on constate que tant le rapport d'expertise que le rapport complémentaire apparaissent bien motivés et exempts de contradictions. Aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien fondé. Force est de constater que les différents rapports d'expertise doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

E. 9.2

Sur le plan ophtalmologique, il sied de relever que la pleine capacité de travail reconnue par les experts n'apparaît pas contestable, à tout le moins à partir du mois d'août 2019. En effet, en mars 2019, le Dr F. _____, spécialiste en ophtalmologie, retenait les diagnostics de « myopie forte », de « dégénérescence maculaire myopique » et d'« aggravation de la dégénérescence maculaire » depuis 2013. Il faisait état des difficultés de sa patiente dans l'enseignement de la musique en raison des métamorphoses liées aux problèmes maculaires, retenant une capacité de travail de 20% dans cette activité. Il considérait un changement vers une autre activité comme envisageable sans, pour autant, quantifier la capacité de travail dans une nouvelle activité (rapport du 28 mars 2019, dossier OAI, p. 88). Dans un rapport ultérieur du 4 février 2020, ce médecin ne fait toutefois plus état de problèmes maculaires et souligne l'absence d'incidence des troubles ophtalmiques sur la capacité de travail (dossier OAI, p. 144). Tel est également l'opinion du Dr G. _____, spécialiste en ophtalmologie, lequel précise certes que l'élargissement progressif des taches aveugles empêche l'assurée de voir les touches du clavier (dossier OAI, p. 239). Néanmoins, il atteste que l'activité de professeure de piano exercée par l'assurée est pleinement exigible, sans perte de rendement (dossier OAI, p. 235). Il relève, dans le même temps, qu'il n'a pas de doute sur la capacité de sa patiente à conduire

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 (dossier OAI, p. 239). Dans un rapport du 11 mai 2021, la Dre H. _____, spécialiste en ophtalmologie, soulignait par ailleurs que sa patiente affirmait une péjoration de son état sans, pour sa part, arriver à objectiver un changement du statut visuel (dossier OAI, p. 379). Dans ce contexte, les conclusions des experts qui retiennent une pleine capacité de travail sur le plan ophtalmologique n'apparaissent pas devoir être mises en cause.

E. 9.3

Sur le plan psychique, la présence d'une pleine incapacité de travail jusqu'en août 2019 n'est pas contestée. Ainsi, les médecins de E. _____ retenaient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) ainsi que de trouble mixte de la personnalité. Selon eux, l'incapacité de travail de leur patiente était totale évoquant plusieurs tentamens, dont le dernier en juillet 2019 (rapports des 18 mars et 29 octobre 2019 ; dossier OAI, p. 85 et 128 ; cf. ég. p. 99, 110, 114, 118, 215 et 219). A la même époque, le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne générale au sein de J. _____, relevait une amélioration de la symptomatologie dépressive et de la tolérance à la pression dans un rapport du 6 juin 2019 (dossier OAI, p. 112 ; p. 115). En revanche, l'appréciation des médecins traitants s'écarte de celle des experts s'agissant de la période postérieure au 1er septembre 2019, laquelle ne fait plus l'objet d'un suivi par les spécialistes de E. _____, celui-ci ayant été repris par le Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. En effet, alors que les experts constatent une amélioration de la situation en août 2019, le psychiatre traitant atteste en continu d'une incapacité de travail totale. Ce

médecin, qui retient les mêmes diagnostics que les médecins de E. _____, souligne que sa patiente a développé un trouble dépressif sévère et un trouble anxieux subclinique dans un contexte psychosocial stressant concomitant avec l'avènement des troubles oculaires sérieux et irréversibles. Selon lui, les troubles de la vision et la fragilité émotionnelle qui en découlent conduisent sa patiente à souffrir notamment d'attaques de panique récurrentes (palpitations cardiaques, crispations, sentiment d'oppression), d'une perte de son élan de vie et l'amènent à penser à l'irréversible. Bien que relevant l'évolution positive du trouble dépressif, il en conclut dès lors que la capacité de travail de sa patiente demeure nulle (rapports du 7 mai 2020 et du 22 janvier 2022, dossier OAI, p. 181 et 430 ; cf. ég. P. 125, 171, 189 et 203). D'emblée, l'on doit constater que l'écriture des différents rapports signés par le Dr K. _____ confirme que ceux-ci semblent plutôt avoir été rédigés par deux psychologues déléguées, L. _____ et M. _____, lesquelles ne disposent pas du titre de médecin. Dans ce contexte, la question de la valeur probante de ces différents rapports médicaux se pose. Cela étant, ces différents rapports ne permettent pas d'apprécier la situation de l'assurée en application des indicateurs reconnus par la jurisprudence. Dans son évaluation, le psychiatre tend ainsi à prendre en considération des éléments qui sortent de sa sphère de spécialisation, en particulier les troubles ophtalmologiques ainsi que des facteurs extra-médicaux. Les premiers ne justifient désormais plus d'incapacité de travail aux yeux des spécialistes en la matière de sorte que leur prise en compte doit être écartée. Pour leur part, les seconds – notamment un épuisement professionnel, une restructuration à son lieu de travail, un déménagement et un échec de procréation médicalement assistée – sont, au sens de la jurisprudence, des facteurs d'exclusion qui ne permettent pas d'admettre une atteinte à la santé.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 Quoi qu'il en soit, 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). Le dernier rapport du Dr K. _____ produit en procédure de recours ne permet pas une autre appréciation de la situation, étant précisé que le médecin renvoie à ses précédentes appréciations, en particulier son rapport du 22 janvier 2022. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle du 1er mars 2018 au 31 août 2019, puis de 50% à partir du 1er septembre 2019.

E. 9.4

Reste à examiner sur quelle base l'OAI a estimé que l'état de santé de la recourante s'était par la suite à nouveau aggravé en juin 2022. Dans leur rapport du 18 octobre 2022, les spécialistes de E. _____ font état du nouveau diagnostic de « Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques » (F31.1). Ils précisent que l'assurée leur a été adressée en raison d'une décompensation maniaque survenue durant les vacances en Grèce de l'assurée. Ces médecins soulignent que, si la patiente a possiblement présenté un virage maniaque au début du mois de juin, celui-ci a pu être géré en ambulatoire. Ils attestent d'une incapacité de travail totale depuis août 2022 (dossier OAI, p. 474). Pour cette période, l'OAI a soumis le dossier au Dr N. _____, spécialiste psychiatrie et psychothérapie au sein de son SMR. Dans un rapport du 1er mars 2023, ce médecin a estimé que le diagnostic de trouble affectif bipolaire était confirmé par le tableau clinique. Néanmoins, il ne justifiait pas d'emblée une incapacité de travail totale et durable. Selon lui,

tout au plus cela mettait-il en cause les prévisions des experts, selon lesquelles l'assurée aurait été en mesure de reprendre pleinement une activité lucrative après six mois au vu de son équilibre psychique fragile. Il en conclut que la capacité de travail était demeurée à 50% jusqu'en mai 2022. Par la suite, l'incapacité de travail était entière depuis juin 2022, liée à l'apparition de symptômes maniaques. Selon lui, la capacité de travail résiduelle ne pourra être évaluée que lorsque l'état de santé sera stabilisé (dossier OAI, p. 495). Cette appréciation, cohérente avec celle des médecins de E._____, ne semble pas devoir être remise en cause.

E. 9.5

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100% du 1er mars 2018 au 31 août 2019. Puis de 50% à partir du 1er septembre 2019, date à laquelle son état de santé s'est en partie amélioré. Une nouvelle incapacité totale de travail devant être retenue depuis le mois de juin 2022. En cela, les raisonnements de l'OAI peuvent donc être suivis. Etant relevé que les revenus avec invalidité et sans invalidité ne sont pas remis en cause par l'assurée et n'apparaissent pas devoir l'être, la Cour peut se rattacher aux degrés d'invalidité retenus dans la décision en cause, à savoir 100% du 1er mai 2019 (6 mois après la demande déposée le

E. 12

Frais et indemnité de partie

E. 12.1

La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Compte tenu de l'admission partielle du recours, ils sont répartis par moitié à raison de CHF 400.- à la charge de l'autorité intimée et CHF 400.- à la charge de la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17

E. 12.2

Dans la mesure où elle obtient partiellement gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. Le 4 octobre 2023, son mandataire a transmis deux listes de frais. La première, relative à la période du 9 mai 2023 au 16 mai 2023, est d'un montant de CHF 2'904.-, à savoir CHF 2'568.- au titre d'honoraires (10:42 heures à CHF 240.-), CHF 128.40 au titre de frais forfaitaires (5%) et CHF 207.60 au titre de la TVA (7.7%). La seconde, relative à la période du 25 mai 2023 au 4 octobre 2023, est d'un montant total de CHF 1'059.75 correspondant à CHF 984.- au titre d'honoraires (4:06 heures à CHF 240.-) et CHF 75.75 au titre de la TVA (7.7%). Cela correspond à un montant total de CHF 3'963.75, dont CHF 283.35 au titre de la TVA (7.7%). Toutefois, la liste de frais produite n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du

E. 17

décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12). En effet, les frais sont calculés de manière forfaitaire alors que cette méthode n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017; cf. ég. art. 11 al. 2 Tarif JA; art. 68 du Règlement sur la Justice; RJ; RSF 130.11). En outre, il convient de relever que la fixation des honoraires dus à titre de dépens a lieu sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.- (art. 8 al. 1 Tarif JA). Enfin, en

l'occurrence, au vu de la nature, de l'importance et de la difficulté de la cause, l'ampleur du travail alléguée par le mandataire apparaît disproportionnée. On relèvera, en particulier, que l'avocate n'a pas été confrontée à des questions de fait ou de droit inhabituelles ou exceptionnellement ardues. Dans ces circonstances, la Cour s'écarte des opérations qui figurent dans les listes de frais produites et fixe l'indemnité d'office, selon sa libre appréciation (cf. art. 11 Tarif JA). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif JA), l'indemnité de partie est fixée ex aequo et bono à un montant total de CHF 2'746.35, à savoir à CHF 2'500.- au titre d'honoraires (10 heures à CHF 250.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 196.- au titre de la TVA (7,7%). Cette indemnité de partie doit être réduite (1/2) compte tenu de l'admission partielle du recours et fixée à CHF 1'275.-, dont CHF 98.15 au titre de la TVA. Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. (dispositif page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. La cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sur l'évaluation des empêchements dans la tenue du ménage, au sens des considérants, durant la première période du 1er mai 2019 au 31 août 2019, puis, plus tard, durant la dernière période courant à partir du 1er août 2022. Pour le surplus, la décision est confirmée. II. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'275.-, dont CHF 98.15 au titre de la TVA, et mise à la charge de l'autorité intimée. III. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à raison de CHF 400.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, et de CHF 400.- à la charge de la recourante. 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 6 mars 2024/pte Le Président Le Greffier-stagiaire

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