

FR_GERICHTE 608 2013 55 vom 16. Dezember 2014

FR Kantonsgericht, 2014-12-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_55

FR: FR_GERICHTE 608 2013 55 du 16 décembre 2014

IT: FR_GERICHTE 608 2013 55 del 16 dicembre 2014

Regeste

Arrêt de la IIe 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 par une assurée dûment représentée et directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

E. 2

a) 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 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. Selon 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. b) L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, 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, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé 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). Pour fixer le revenu d'invalide est déterminante la question de savoir si l'assuré peut économiquement utiliser ses forces de travail résiduelles. Font partie du marché du travail équilibré les

"emplois de niche" pour personnes handicapées (Nischenarbeitsplätze), soit les emplois ou offres d'emploi destinées aux handicapés avec soutien social de la part de l'employeur. Par ailleurs, on ne peut plus parler d'opportunité de travail lorsque l'activité convenable n'est possible que sous une forme tellement restreinte que le marché du travail équilibré ne la connaît pratiquement pas ou lorsqu'elle ne serait possible que moyennant un revenu de complaisance, et que, par conséquent, trouver une telle place de travail apparaît a priori comme étant exclu (Tribunal fédéral, arrêt non publié B. [9C_910/2001] du 30 mars 2012, consid. 3.1 et 3.2, et les références citées). c) L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA,

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode spécifique; art. 28a al. 2 LAI). Pour évaluer l'invalidité selon la méthode spécifique, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI n° 3079 ss). Cette enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause K. [9C_693/2007] du 2 juillet 2008 consid. 3; ATF 128 V 93). Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 133 V 504 et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre d'eux, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause G. [I 257/04] du 17 mars 2005 consid. 5.4.4; ATF 130 V 97 consid. 3.3). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne

assurée (voir également U. MEYER-BLASER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurich 1997, p. 222). d) L'art. 28a al. 3 LAI consacre la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité pour les cas où l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint. Cette méthode a été souvent remise en cause mais confirmée à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral, dont récemment encore in ATF 137 V 334. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour cent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV no 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références). 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). Enfin soulignons encore que l'incapacité de travail ne se confond pas avec la perte de gain subie par l'assuré dans le cas où le taux d'activité professionnel n'est pas de 100% (Tribunal fédéral, arrêt non publié I 151/06 du 29 juin 2007). Il incombe en effet aux assurés exerçant une activité professionnelle à temps partiel de mettre à profit toute la capacité de travail raisonnablement exigible (ATF 123 V 230 consid. 3c et les références), de sorte que l'incapacité de travail correspond alors à la différence entre le taux d'activité professionnelle et la capacité de travail médicalement attestée. En ce sens, la jurisprudence considère d'ailleurs que l'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé (sur l'ensemble de la question, voir ATF 125 V 146; Tribunal fédéral, arrêt I 156/04 du 13 décembre 2005 publié in SVR 2006 IV no 42 p. 151 et la référence citée). e) Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans

apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles,

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (Tribunal fédéral, arrêt non publié G. [9C_500/2011] du 26 mars 2012 consid. 3.1). f) Dans le domaine des assurances sociales, 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, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de faits allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; cf. également ATF 130 III 324 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 322 consid. 5a). En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3). L'autorité amenée à statuer peut légitimement renoncer à accomplir des actes complémentaires d'instruction lorsqu'elle est persuadée que ceux-ci ne changeront rien à sa conviction (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. notamment Tribunal fédéral, arrêt non publié T. [9C_986/2008] du 29 mai 2009 consid. 3 et les références).

E. 3

En l'espèce, est litigieux le taux d'invalidité de la recourante. Plus particulièrement, il s'agit d'examiner si une expertise médicale pluridisciplinaire doit être ordonnée et si l'enquête ménagère est arbitraire. a) La recourante estime tout d'abord qu'aucune évaluation somatique de tous ses troubles physiques n'a été effectuée, tous les diagnostics n'ayant pas été pris en compte, et que l'expertise rhumatologique réalisée le 9 janvier 2013 par la Dresse C. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et réadaptation et médecin du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après SMR), n'est pas probante. La Cour de céans constate cependant que l'expertise (Dossier OAI p. 208) se

fonde sur des examens complets et a été établie en pleine connaissance du dossier, après que l'experte ait reçu personnellement la recourante. Elle prend également en considération les plaintes exprimées et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions de l'experte dûment motivée. Dès lors que l'expertise est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels, elle a en soi pleine valeur probante. Le fait qu'elle ait été établie par un médecin du SMR n'y change rien. Il reste à examiner si ses conclusions sont convaincantes. Contrairement à ce que soutient la recourante, l'expertise tient compte de tous les diagnostics posés. Elle conclut cependant que l'obésité morbide et le status post arthroscopie du genou gauche ne sont pas invalidants, ce qui est confirmé par les pièces du dossier. Quant à l'intolérance au glucose, à l'hyperuricémie, à la mononucléose infectieuse en avril 2012, au status après cholécystectomie en 2002 et à l'hypothyroïdie substituée, relevés par le seul médecin-traitant et pris en compte dans l'expertise, il ressort du dossier médical que la recourante ne s'en plaint pas.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 De plus, si son médecin-traitant dresse la liste des diagnostics, il n'indique pas quelle serait leur influence sur la capacité de travail (Dossier OAI p. 138s). S'agissant de celle-ci, les médecins sont divisés entre ceux qui estiment que l'activité antérieure reste possible et ceux qui sont d'avis que seule une activité adaptée peut être exigée. En effet, le Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-traitant, indique le 16 octobre 2009 que la reprise du travail est possible à 100 % dès le 1er août 2009, et le Dr E. _____, spécialiste FMH en neurologie, mentionne le 13 juillet 2012 que l'activité exercée est exigible à 80 % (Dossier OAI p. 65, p. 133). D'un autre côté, le Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retient le 7 juin 2011 qu'un reclassement dans une activité adaptée est exigible mais précise ne pas être sûr que l'assurée arrivera à reprendre à 100 % (Dossier OAI p. 108). Le Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, est du même avis, l'assurée pouvant retrouver une activité quantitativement égale à ce qu'elle faisait avant les opérations (Dossier OAI p. 120). Enfin, le Dr H. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin du SMR, retient qu'une activité adaptée à 80 %, baisse de rendement incluse, est exigible (Dossier OAI p. 169). La Cour constate dès lors qu'aucune incapacité totale de travail n'est médicalement attestée. En particulier, si le médecin-traitant indique qu'elle est inapte dès août 2010 ad vitam aeternam dans l'activité antérieure, il ne précise pas ce qu'il en est dans une activité adaptée (Dossier OAI, p. 146). Seuls le Dr H. _____ et l'experte se positionnent clairement sur ce point. Tous deux retiennent une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, baisse de rendement comprise. L'experte précise encore que seules les activités ménagères légères sont encore possibles (Dossier OAI p. 168 et p. 197). Par ailleurs, la recourante se trompe lorsqu'elle estime que le rapport du SMR du 14 septembre 2012 se base uniquement sur le rapport du 13 juillet 2012 du neurologue. En effet, le SMR fait également expressément référence au rapport du rhumatologue tout en précisant les limitations fonctionnelles (Dossier OAI p. 168). Aucun autre rapport ne remettant en cause la capacité de travail retenue, et l'expertise ayant valeur probante, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Ainsi, la Cour de céans retient qu'une expertise pluridisciplinaire ou un renvoi à l'OAI ne sont pas nécessaires et qu'une activité adaptée à 80 % est exigible. Le recours est rejeté sur ce point. b) La recourante est également d'avis que l'invalidité ménagère a été calculée de manière arbitraire et sur la base d'une grille d'évaluation dont on ignore comment elle a été établie, et s'étonne que la grille d'évaluation ne soit pas remplie

directement par la personne qui a effectué l'enquête ménagère, mais par celle qui rédige la décision attaquée. La Cour constate tout d'abord que la grille d'évaluation a été remplie par la personne qui s'est rendue chez la recourante, de sorte que le reproche à ce sujet tombe à faux. De plus, la grille d'évaluation a été établie selon la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance- invalidité de l'OFAS, qui pose les critères de manière claire et précise. L'enquête a été effectuée au domicile de la recourante par une personne qui a eu connaissance du dossier médical et tient compte des indications de celle-ci. Le contenu du rapport, que la recourante ne conteste pas, est plausible, motivé et détaillé, et ses données correspondent bien aux données médicales objectives (Dossier OAI p. 168). Partant, l'enquête ménagère a été établie de manière conforme à la jurisprudence et le recours doit être rejeté sur ce point également.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9

E. 4

Quant au certificat médical du 19.3.2014 et au courrier de la recourante du 25 mars 2014 relatifs à un cancer, la Cour constate qu'ils ont été établis et concernent un trouble apparu postérieurement à la décision litigieuse, de sorte qu'ils n'ont pas à être pris en compte dans la présente procédure. Ils pourront cependant l'être dans le cadre de la nouvelle demande déposée le 27 mars 2014 par la recourante.

E. 5

a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à 800 francs et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Vu la décision d'octroi de l'assistance judiciaire totale du 1er mai 2013, le paiement ne sera toutefois pas exigé de sa part. c) Agissant sous le couvert de l'assistance judiciaire totale, la recourante a droit à ce que ses dépens soient indemnisés par l'Etat. Conformément aux art. 146 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), compte tenu de sa liste de frais produite le 5 décembre 2014, de la difficulté et de l'importance relatives du litige, il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle elle a droit à 3'525 fr. 40 à raison de 16,55 heures (1'015 minutes) à 180 francs, soit à un montant de 3'045 francs, plus 218 fr. 55 au titre de débours, plus 261 fr. 85 au titre de la TVA à 8 %. Cette indemnité est mise dans son intégralité à la charge de l'Etat.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice par 800 francs sont mis à la charge de la recourante; ils ne lui sont toutefois par réclamés. III. Il est alloué à la recourante une indemnité de partie fixée à 3'045 francs, plus 218 fr. 55 au titre de débours, plus 261 fr. 85 au titre de la TVA à 8 %, soit à 3'525 fr. 40. Cette indemnité est mise à la charge de l'Etat. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 16 décembre 2014/cso Le

Président La Greffière-rapporteure

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