

FR_GERICHTE 608 2016 185 vom 3. August 2017

FR Kantonsgericht, 2017-08-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_185

FR: FR_GERICHTE 608 2016 185 du 3 août 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 185 del 3 agosto 2017

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 directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

E. 2

a) 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. 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 Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 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. b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire, la méthode spécifique, la méthode mixte et la méthode extraordinaire, cette dernière n'entrant pas en

linge de compte dans le cas présent. La méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI) s'applique 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. Selon cette méthode, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV no 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références). 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). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (arrêt TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.2). Une 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 (ATF 128 V 93; arrêt TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). c) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5). 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 citées; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Une simple réévaluation des

conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits. 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). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2). Une décision qui accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. arrêt du TF I 511/03 du 13 septembre 2004 consid. 2; ATF 125 V 417 consid. 2d et les références citées). Dans un tel cas, pour déterminer si un changement important s'est effectivement produit, il convient de comparer l'état de fait au moment de l'octroi ou du début de la rente avec celui existant au moment de la réduction ou la suppression de celle-ci (ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les références citées). Selon l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 soit à craindre. A l'inverse, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. d) 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, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une

autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Tribunal cantonal TC Page 7 de 15

E. 3

En l'espèce, le litige porte principalement sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assurée, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente (cf. supra 2c), avec son état de santé au moment de la décision querellée. La dernière décision ayant matériellement examiné le droit à la rente de la recourante est celle du 13 mars 2003, qui lui a initialement octroyé une demi-rente de l'assurance-invalidité. Les communications envoyées en 2006 et 2009, confirmant le droit à dite demi-rente, ont été fondées sur une instruction par trop sommaire pour que l'on puisse considérer qu'il y ait eu un examen matériel à proprement parler de la situation clinique de l'assurée, dans la mesure notamment où seul le neurologue traitant de cette dernière s'est formellement exprimé, qui plus est sur la base de la simple formule usuelle et de manière succincte. Partant, il convient de retenir que la décision du 13 mars 2003 est déterminante pour la comparaison à effectuer dans le cadre de la procédure de révision ayant conduit à la décision attaquée. a) La rente initiale a été octroyé sur la base des problèmes de santé suivants: - rapport du 27 avril 2001 du Dr E._____, spécialiste FMH en neurologie et neurologue traitant, lequel pose les diagnostics d'épilepsie généralisée et de dépression. Il relève ce qui suit: "Cette patiente souffre de crises épileptiques depuis environ 1985. En 2000, malgré une poursuite du traitement, la patiente a eu plusieurs crises l'handicapant dans sa vie quotidienne et engendrant également une dépression. Actuellement la situation est stabilisée mais la patiente ne peut faire qu'un travail léger, sans stress, à environ 30-40%. Du point de vue médical, il faut poursuivre le traitement". - rapport du 6 septembre 2001 de ce même Dr E._____, où ce dernier confirme la présence d'une épilepsie généralisée, traitée, ainsi que d'une dépression. Il estime que l'assurée peut faire un travail léger à 50% sans efforts physiques ni stress important, comme dans la vente. - rapport du 4 janvier 2002 de la Dresse F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante, qui retient pour

seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail une personnalité émotionnellement labile type impulsif (F60.3); le diagnostic de crises d'épilepsie dès l'âge de 16 ans est par contre considéré comme sans répercussion, dès lors qu'il est très bien stabilisé avec un traitement médicamenteux. La psychiatre traitante note en particulier la reprise d'une activité lucrative en 1998, comme vendeuse dans une croissanterie à 50%, après une interruption pour se consacrer à l'éducation de ses deux filles. L'assurée supporte pendant plusieurs mois ce travail stressant. Epuisée, elle entre en conflit avec l'employeur et arrête ce travail en mars 2000. Dans ce contexte, elle fait une crise d'épilepsie, alors qu'elle n'en avait plus fait depuis plusieurs années. La Dresse F. _____ relève que l'assurée ne supporte pas le stress et les situations qu'elle ne peut pas contrôler. Notant l'emploi que cette dernière a débuté à 50% auprès de G. _____, elle considère que si l'assurée est en mesure de l'assumer durablement, elle ne devrait pas avoir droit à des prestations d'invalidité; dans le cas contraire, elle devrait y avoir droit (rente AI de 50%). C'est sur cette base qu'une demi-rente d'invalidité a été accordée à la recourante, par décision du 13 mars 2003. b) Depuis 2003, qui sert comme point de comparaison, les faits suivants peuvent être relevés: Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 - dans un rapport du 15 octobre 2005, la Dresse F. _____ indique avoir reçu l'assurée en consultation d'avril 2000 à novembre 2001, à raison d'une à deux séances mensuelles. Elle ne l'a depuis plus revue et n'est dès lors pas en mesure de compléter la formule officielle requise par l'OAI. - dans le questionnaire pour la révision de la rente d'invalidité complété le 31 juillet 2008, la recourante indique que son état de santé est toujours le même, ce que confirme le Dr E. _____ dans son rapport du 6 août 2008, en faisant référence uniquement à l'épilepsie. - dans le questionnaire pour la révision de la rente d'invalidité complété le 10 juillet 2013, la recourante annonce une aggravation depuis la fin 2012 avec, en plus de l'épilepsie, des problèmes de dos et une arthrose de hanche. - dans un rapport du 23 août 2013, le Dr E. _____ rapporte un état de santé stationnaire, avec les diagnostics suivants: épilepsie et sciatalgies. - dans un rapport du 30 août 2013, le Dr H. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, pose les diagnostics suivants: troubles statiques et dégénératifs du rachis avec discopathies étagées et sténose canalaire multisegmentaire, coxarthrose bilatérale plus marquée à gauche, coxa profunda bilatérale. S'agissant de la capacité de travail, il l'évalue à 40% environ, tout en précisant que l'activité de vendeuse implique une station debout prolongée, ce qui est susceptible d'augmenter les douleurs. - le 25 octobre 2013, le Dr I. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin SMR, relève la présence d'une épilepsie traitée avec succès, sans crise depuis plusieurs années, qui ne devrait plus justifier d'incapacité de travail durable. Au plan ostéo-articulaire, les atteintes apparues dernièrement présentent une possible incompatibilité avec une activité de vendeuse, mais ne devraient pas empêcher une activité administrative, correspondant à la formation initiale de l'assurée. Il recommande la mise sur pied d'une expertise rhumatologique afin de déterminer les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale. - dans un rapport du 4 novembre 2013 répondant à l'invitation du Dr H. _____, le Dr J. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, pose les diagnostics de coxarthrose décompensée de la hanche gauche et de discopathie dégénérative multi-étagée prédominant entre L2 et S1 avec arthrose facettaire multi-étagée. Rappelant le résultat plutôt rassurant d'une IRM de décembre 2012 et relevant l'absence de pathologie sacro-iliaque ou de franche compression radiculaire, il retient que "l'essentiel des symptômes est lié à une arthrose de hanche décompensée". - dans son rapport d'examen rhumatologique du 27 février 2014, la Dresse C. _____ résume tout d'abord les documents médicaux, établit ensuite l'anamnèse de la recourante et relate enfin les plaintes

de cette dernière. Au terme de son examen clinique, comprenant également l'examen du dossier radiologique, elle retient les diagnostics suivants: dorso-lombalgies, lombo-sciatalgo- cruralgies bilatérales non déficitaires chroniques G>D dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis (discopathie étagée et canal lombaire étroit), coxalgies bilatérales sur coxarthrose bilatérale gauche>droite, épilepsie traitée (depuis 1985) stabilisée, gonalgies bilatérales avec discrète gonarthrose droite débutante. Dans sa discussion, elle relève notamment - que "les plaintes de A._____ sont en adéquation avec le status et les images radiologiques, lesquelles objectivent de sévères troubles dégénératifs rachidiens, une coxarthrose bilatérale et Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 une gonarthrose débutante à droite. Il n'y a pas de déficit neurologique objectivable à l'examen clinique". Ces affections entraînent une inexigibilité de travail dans la vente, dès juin 2013, moment où la coxarthrose a été mise en évidence, associée à des troubles dégénératifs lombaires marqués. A cet égard, la Dresse C._____ relève que la capacité de travail de 40% attestée à l'époque par le Dr H._____ dans l'activité de vendeuse était admissible du fait que l'emploi qu'elle occupait auprès de G._____ constituait une activité de niche, adaptée par la gérante et les collègues aux limitations de l'assurée. La rhumatologue estime par contre que cette dernière demeure "apte à réaliser une activité professionnelle sédentaire, adaptée, à 50%, avec une diminution de rendement de l'ordre de 10-15% en raison de la nécessité de prendre de courtes pauses". Enfin, la Dresse C._____ rappelle que l'épilepsie est bien stabilisée par son traitement médicamenteux; elle relève également la présence d'une composante anxio- dépressive, qui semble participer à l'intensité de la symptomatologie algique rapportée par l'assurée. - dans un rapport du 15 novembre 2015, le Dr E._____ annonce une aggravation de l'état de santé de la recourante, relevant en particulier des sciatalgies en augmentation et de fréquentes angoisses. La capacité de travail dans la dernière activité est de l'ordre de 20 à 30% et une autre activité n'est d'après lui pas exigible. - invitée à se déterminer à cet égard, la Dresse C._____ est d'avis que "le Dr E._____ n'apporte aucun élément objectif nouveau", considérant qu'il rapporte des notions anamnestiques d'aggravation des sciatalgies, sans élément objectif (par ex. déficit neurologique et/ou à l'électroneuromyographie). Elle relève en outre qu'il ne discute pas de la capacité de travail dans une autre activité, alors qu'il relève qu'elle présente un potentiel de réinsertion. - dans un rapport du 2 juin 2015, le Dr K._____, spécialiste en rhumatologie et rhumatologue traitant, retient des diagnostics similaires (coxarthrose gauche, syndrome lombo-vertébral chronique, épilepsie). Il relève que l'assurée s'est présentée à sa consultation le 16 mai 2015 et qu'il l'a dirigée vers le Dr D._____. - dans un rapport du 1er juillet 2015, Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, rappelle que le diagnostic de coxarthrose gauche avait déjà été posé en 2014, lors d'une précédente consultation. Après examen clinique et radiologique, il retient une indication pour la mise en place d'une prothèse totale de hanche à gauche. Une incapacité de travail de 60% est attestée jusqu'au 30 juillet 2015 dans l'ancienne activité. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de position debout prolongée, pas de port de charge, pas de déplacement fréquent ou en terrain inégal) est possible à raison de maximum une ½ journée par jour. - dans un rapport du 26 octobre 2015, le Dr D._____ rapporte une bonne évolution à 3 mois de la pose d'une prothèse de hanche, le 9 juillet précédent. Il annonce la reprise du travail à 50% dès le 15 octobre 2015, puis à 100% dès le 15 novembre 2015. - le 23 novembre 2015, ce même Dr D._____ confirme notamment l'exigibilité de l'ancienne activité, mais avec une diminution de rendement liée à certaines limitations fonctionnelles (positions accroupies ou à genoux difficiles, tout comme le fait de

se baisser souvent). Une autre activité est selon lui exigible sans diminution de rendement, moyennant le respect de certains critères (travail plutôt sédentaire, surtout sans position accroupie, à genoux et sans déplacements sur terrain inégal). Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 - dans un rapport du 9 novembre 2015, le Dr E. _____ indique qu'une activité sans effort physique est possible à 20%. - le 9 février 2016, ce même Dr E. _____ rappelle que sa patiente "présente plusieurs problèmes de santé : une épilepsie compensée sous médicaments, une coxarthrose gauche pour laquelle elle a subi l'implantation d'une prothèse de hanche ainsi qu'un syndrome lombovertébral investigué par le Dr J. _____ et le Dr H. _____. Si l'on considère ces trois pathologies, une activité professionnelle ne peut être envisagée à plus de 50%. A la base, la patiente a une formation d'employée de commerce. Elle n'exerce plus dans cette profession depuis plusieurs années mais travaille comme vendeuse en pouvant s'arranger avec son employeur pour éviter des travaux lourds. Une nouvelle activité professionnelle ne me semble pas envisageable". - par courrier du 4 mars 2016, le Dr E. _____ prend position sur des questions posées par la mandataire de l'assurée. Il indique notamment que l'épilepsie est stable, tandis que le syndrome lombo-vertébral et la coxarthrose se sont péjorés depuis 2012. Compte tenu des limitations fonctionnelles induites (fatigue accrue avec diminution du rythme de travail, douleurs lombaires), il considère que la capacité de travail résiduelle est de 50%. - rapport du 22 mars 2016 du Dr D. _____, dans lequel ce dernier reprend des conclusions précédemment établies, à savoir la confirmation d'une péjoration de la coxarthrose dès décembre 2013 (1ère consultation) jusqu'à la pose d'une prothèse (juillet 2015). Il atteste également d'une capacité de travail de 50% dans l'activité de vendeuse, en ce qui concerne la hanche gauche, et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. - dans un rapport du 12 juillet 2016, le Dr I. _____, médecin SMR, estime que l'exigibilité médicale dans une activité adaptée est de 50% depuis 2001; elle est par contre nulle de juillet à novembre 2015, en raison de la convalescence post-PTH; dès novembre 2015, la problématique de la hanche n'a plus de répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi que l'a relevé l'orthopédiste; elle est donc à nouveau de 50%, comme auparavant, ainsi que l'atteste de Dr E. _____ dans son dernier rapport. L'atteinte lombaire est définitivement incompatible avec une activité de vendeuse depuis juin 2013, ainsi que l'a attesté la Dresse C. _____. - le Dr J. _____, dans son rapport du 30 août 2016, pose, outre un status après PTH gauche et une épilepsie traitée, le diagnostic de suspicion de syndrome facettaire L3-4 droite avec arthrose décompensée. Rappelant avoir déjà reçu cette patiente en 2013 et confirmant la présence de troubles dégénératifs lombaires avec douleurs mécaniques sur un possible syndrome facettaire, il requiert l'avis du Dr K. _____ au sujet des douleurs articulaires rapportées par l'assurée. "Concernant sa capacité de travail, pour l'instant elle pourrait se satisfaire d'une activité à 30% comme vendeuse, un travail de bureau me paraîtrait peut adapté à sa situation actuelle mais je laisserai son médecin-traitant discuter avec elle de ses capacités en fonction également des autres diagnostics". C'est sur cette base que la décision litigieuse a été rendue. c) A l'appui de ses contre-observations, la recourante a encore produit les rapports suivants, lesquels ont été établis antérieurement à la décision précitée: - rapport du 2 avril 2017 établi par le Dr K. _____, lequel note que l'assurée a consulté le 24 novembre précédent en raison d'une recrudescence de la symptomatique lomboradiculaire et Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 de douleurs au tendon d'Achille, depuis quelques semaines. Ce médecin met cette symptomatique sur le compte de pathologies mises en évidence par un IRM de 2007 (hernie discale L4/5). Un traitement médicamenteux a été mis en place, qui semble avoir porté ses

fruits, l'assurée ne s'étant plus manifestée depuis. Une incapacité de travail complète est attestée du 21 novembre au 10 décembre 2016, puis à 60% jusqu'au 31 décembre 2016. - le 25 avril 2017, le Dr E._____ atteste d'une incapacité de travail de 100% du 22 avril au

E. 7

mai et 10 juin 2013) note qu'en 2013, "les douleurs sont essentiellement au niveau des cuisses et semblent en rapport avec la coxarthrose". Il confirme la présence d'une limitation de la mobilité articulaire, avec des douleurs en augmentation en cas de position debout prolongée. Selon lui, la poursuite de son activité de vendeuse semble possible à 40%. Il ne se prononce toutefois pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr J._____, neurochirurgien FMH, confirme certes, dans ses rapports de novembre 2013 et août 2016, l'existence de troubles dégénératifs lombaires sur un possible syndrome facettaire. Il reste toutefois relativement évasif sur l'influence de ces troubles sur la capacité de travail de l'assurée, renvoyant, s'agissant d'une activité de bureau, à l'avis du médecin traitant. Or, le rapport fourni par ce dernier (Dr K._____) en juin 2015 ne contient que de très brèves indications, notant l'opération prévue auprès du Dr D._____ et anticipant un bon pronostic après réhabilitation. Quant aux rapports remis par la recourante à l'appui de ses contre-observations, la Cour constate, à l'instar de l'autorité intimée, qu'ils portent sur une période et des faits postérieurs à la décision querellée. Ils ne relèvent par conséquent pas du présent litige. En tout état de cause, le rapport du Dr E._____ - qui se limite à attester d'une incapacité de travail sans préciser notamment si c'est dans l'ancienne activité ou dans une activité adaptée - tout comme celui du Dr K._____ - faisant état d'une brève incapacité de travail en novembre et décembre 2016 - ne sont pas de nature à modifier les précédentes conclusions. En substance, on peut donc retenir que ni la présence d'une épilepsie, bien traitée, ni celle d'un trouble de la personnalité, lequel n'a plus justifié aucune consultation psychiatrique depuis plus de

E. 10

ans, n'empêchent fondamentalement l'exercice d'une activité professionnelle, pour autant qu'elle n'induisse pas un stress trop important. Cette amélioration est par contre contrebalancée par une aggravation significative au plan somatique, dans une proportion similaire. Tout bien considéré, la Cour se rallie à l'opinion de l'OAI, selon qui l'état de santé de la recourante s'est passagèrement aggravé du fait de l'opération subie à la hanche, justifiant une incapacité totale de travail temporaire, qui n'est d'ailleurs pas contestée par la recourante. L'évolution favorable de cette atteinte, confirmée en particulier par le Dr D._____, permet en outre de retenir que la capacité de travail de cette dernière n'est plus limitée que pour les motifs évoqués par la Dresse C._____, laquelle a attesté qu'elle peut travailler à 50%, avec une diminution de rendement de 10-15%, dans une activité de bureau.

5. S'agissant du calcul de l'invalidité, la recourante requiert encore que le salaire d'invalidé soit calculé sur la base du revenu de son activité de vendeuse, et non sur un revenu statistique d'employée de commerce. A défaut, elle demande qu'un abattement de 15% soit effectué sur ce dernier salaire, ainsi que cela avait été fait dans la décision initiale. D'emblée, il s'impose de relever que le recours au revenu réalisé en tant que vendeuse ne saurait servir de référence pour le calcul du revenu d'invalidé. Comme il vient d'être établi ci-dessus, cette activité est contre-indiquée médicalement et la recourante est en mesure de fournir une capacité de travail supérieure, et donc d'obtenir un revenu plus élevé, dans une activité de bureau. Si la répartition des activités ménagère (20%) et professionnelle (80%), de même que l'évaluation de l'invalidité pour la partie ménagère (qui est demeurée

quasiment inchangée par rapport à la décision initiale) ne prêtent pas le flanc à la critique, la comparaison des revenus effectuée pour la partie professionnelle mérite par contre d'être examinée plus avant. Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 La Cour constate que l'OAI a repris la trame du calcul réalisé dans la décision initiale mais qu'il parvient néanmoins à un résultat fort différent, le taux d'invalidité passant de 60.5% à 43.75%. Or, dans un cas comme dans l'autre, la comparaison porte sur des salaires statistiques et la capacité de travail avant et après invalidité est quasiment identique. En examinant de plus près ces données, on constate qu'une différence s'est glissée dans le calcul du revenu d'invalidité: alors qu'initialement, l'OAI s'est référé à une activité de bureau non qualifiée (aide de bureau, réceptionniste-téléphoniste, aide-magasinière) basée sur l'échelle des salaires de l'Etat de Fribourg, il se fonde désormais sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) pour une activité d'employée de commerce avec CFC. Or, il ressort du dossier que ses problèmes d'épilepsie ont contraint l'assurée à renoncer à poursuivre son apprentissage en vue de l'obtention d'un CFC d'employée de commerce et de se rabattre sur celui d'employée de bureau, qu'elle a obtenu en 1981. Il convient dès lors de retenir – ainsi que l'OAI l'avait d'ailleurs fait dans sa décision initiale – que, sans invalidité, l'assurée aurait probablement exercé une activité d'employée de commerce qualifiée alors que, du fait de l'invalidité, elle doit se contenter d'une activité, moins qualifiée, d'employée de bureau. De même, l'OAI a appliqué un abattement de 10% pour tenir compte du fait que la recourante doit se ménager des pauses. Or, une réduction de rendement de 15% avait été appliquée initialement pour des motifs analogues (gestion du stress, adaptation aux changements), motifs dont on peut présumer qu'ils sont toujours d'actualité. Au demeurant, la Dresse C. _____ retient une diminution de rendement de l'ordre de 10-15%. On peut donc admettre qu'une réduction supplémentaire du rendement de 15% est ici raisonnable. Le salaire de valide peut donc rester inchangé, à CHF 49'611.90. Il s'impose par contre d'adapter le revenu d'invalidité: vu le niveau de qualification moindre, il paraît judicieux de se baser sur le niveau 1 du secteur 77-82 de l'ESS (tableau TA1 skill level), ce qui correspond à un salaire mensuel de CHF 3'668.-. Adapté à un horaire de 42.1 heures par semaine et indexé à 2.2%, l'on parvient à CHF 3'945.50 par mois, soit CHF 47'346.- par année. Compte tenu enfin d'une capacité résiduelle de travail de 50% et d'un abattement supplémentaire de 15%, on aboutit à un revenu annuel d'invalidité de CHF 20'122.05. La comparaison de ces revenus donne un degré d'invalidité de 59.44%. Le calcul du degré d'invalidité global dès le 1er janvier 2016 est dès lors le suivant: $(59.44\% * 80\%) + (14.64\% * 20\%) = 47.55 + 2.92 = 50.47\%$, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité. Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre le recours. En substance, la Cour retient que la recourante a droit à une rente entière à partir du 1er octobre 2015, soit 3 mois après l'intervention pratiquée en juillet 2015, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI. Elle a ensuite à nouveau droit à une demi-rente à partir du 1er mars 2016, soit en tenant compte d'une période de stabilisation de 3 mois suite au rapport du chirurgien orthopédiste traitant du 23 novembre 2015, en application de l'art. 88a al. 1 RAI. 6. Vu l'issue du litige, les frais judiciaires, par CHF 800.-, doivent être mis à la charge de l'autorité intimée, qui succombe. L'avance de frais du même montant consentie par la recourante lui est restituée. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPG). Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 La recourante a en l'occurrence été représentée par une juriste de la Compagnie d'assurance de protection juridique Fortuna. Compte tenu de la complexité de l'affaire, il se justifie de fixer, ex aequo et bono, l'équitable indemnité de partie à laquelle elle a droit à CHF 1'200.-, débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. la

Cour arrête: I. Le recours est admis et la décision querellée annulée. Partant, la recourante a droit à percevoir une rente entière du 1er octobre au 29 février 2016, puis une demi-rente dès le 1er mars 2016. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'office intimé. L'avance de frais du même montant sera restituée à la recourante après l'entrée en force du présent jugement. III. Il est alloué à la recourante une équitable indemnité de partie fixée à CHF 1'200.-, débours et éventuelle TVA compris, mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. 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 3 août 2017/mba Président Greffier-rapporteur

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