

# FR\_GERICHTE 608 2018 243 vom 9. April 2019

FR Kantonsgericht, 2019-04-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2018\\_243](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_243)

FR: FR\_GERICHTE 608 2018 243 du 9 avril 2019

IT: FR\_GERICHTE 608 2018 243 del 9 aprile 2019

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 7

décembre 2010 au 26 janvier 2011. En novembre 2012, une prothèse a été posée au genou gauche, suivie d'un nouveau séjour au sein de D. \_\_\_\_\_ du 10 décembre 2012 au 29 janvier 2013. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) lui a octroyé des indemnités journalières de mars 2009 jusqu'au 30 juin 2013 sur la base d'une incapacité totale de travail. Le 6 janvier 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI). Fort d'une évaluation rhumatologique et d'une expertise orthopédique diligentées en 2011, ce dernier lui a refusé l'octroi d'une rente par décision du 7 mai 2012, considérant que l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la précédente décision n'avait pas pu être démontrée et que l'assurée était en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 10%. Ce refus de rente a été confirmé par le Tribunal cantonal (605 2012 221) le 10 avril 2014 et par le Tribunal fédéral (9C\_392/2014) le 3 septembre 2014. Suite au dépôt d'une troisième demande le 27 juin 2013, que l'assurée a motivée par une détérioration de l'état de ses deux genoux depuis la dernière décision, l'OAI lui a derechef refusé l'octroi d'une rente, par décision du 27 mai 2015, estimant que l'exigibilité médico-théorique retenue dans la précédente décision restait valable. Il a également refusé une demande de moyens auxiliaires (chaussures orthopédiques), déposée le 10 avril 2015, par décision du 26 mai 2015. Sur une quatrième demande déposée le 1er juillet 2015, l'OAI n'est pas entré en matière par décision du 2 février 2016. C. En février et mars 2016, l'assurée a subi une opération des tunnels carpiens. Une consultation en avril 2016 auprès d'un chirurgien orthopédique a mis en lumière des lombo- sciatalgies sur troubles dégénératifs de la colonne lombaire avec arthrose facettaire, hypertrophie facettaire engendrant une sténose foraminale ainsi qu'une petite hernie discale. Lors d'une hospitalisation en avril 2017, entreprise pour faire un bilan des myalgies et polyarthralgies inflammatoires, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative est confirmé.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 C'est dans ce contexte que l'assurée a déposé une cinquième demande de prestations le 24 avril 2017, suite à laquelle l'OAI a diligenté, sur recommandation du médecin du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), une expertise rhumatologique rendue le 21 février 2018. Selon l'expert, l'assurée souffre de plusieurs conditions morbides, dont une polyarthrite rhumatoïde séronégative entraînant une douleur inflammatoire au niveau des mains, au point qu'il en résulte l'impossibilité de les utiliser. Il atteste dès lors une incapacité de travail totale et propose une réévaluation de la situation dans une année, compte tenu du traitement d'épreuve mis en

place. Dans sa prise de position du 18 avril 2018, le médecin SMR s'est rallié à l'opinion de l'expert, en soulignant que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé, étant donné que le traitement n'avait pas encore déployé les effets attendus. Il a confirmé une incapacité de travail dans toute activité. Sur la base d'une enquête ménagère réalisée au domicile de l'assurée en juin 2018, l'OAI a informé cette dernière de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente, par projet de décision du

#### **E. 11**

juillet 2018, contre lequel l'assurée a formulé le 16 août 2018 ses objections. Par décision du 24 août 2018, l'OAI a confirmé son refus de rente, en application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité, retenant un taux d'invalidité de 32.63%. Pour tenir compte, à titre de l'obligation de réduire le dommage, du soutien de sa fille qui fait ménage commun avec elle, il a procédé à une réduction forfaitaire de 30%. L'OAI justifie son choix de la méthode spécifique par le fait que l'assurée n'a jamais repris d'activité lucrative. D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Charles Guerry, interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 28 septembre 2018. Elle conclut à l'annulation de la décision et, principalement, à l'octroi une rente d'invalidité entière dès le 1er avril 2017, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée afin qu'un médecin procède à une estimation des empêchements qu'elle rencontre dans ses activités habituelles. A l'appui de son recours, la recourante critique, d'une part, l'application de la méthode spécifique, se prévalant de la méthode ordinaire de comparaison des revenus qui a été appliquée dans les décisions précédentes du 4 octobre 1990, du 26 février 1996, du 4 janvier 2008, du 7 mai 2012 et du 27 mai 2015. Le fait que l'inactivité professionnelle soit due à des raisons étrangères à l'assurance-invalidité, comme le soutient l'OAI en renvoyant aux rapports du 30 novembre 2011 du Dr E. \_\_\_\_\_ et du 25 janvier 2010 de D. \_\_\_\_\_ ainsi que à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_392/2014 du 3 septembre 2014, ne constitue pas un fait nouveau survenu depuis la dernière décision du 27 mai 2015. Au contraire, les circonstances déterminantes (situation sociale et mode de vie de la recourante) pour choisir la méthode d'évaluation qui lui est applicable sont demeurées inchangées. La recourante souligne, d'autre part, qu'elle travaillerait aujourd'hui à plein temps sans atteinte à la santé, ce qu'elle avait indiqué dans le questionnaire du 17 mai 2017 et lors de l'enquête ménagère du 20 juin 2018. En effet, depuis son arrivée en Suisse en 1985 jusqu'à fin 1987 (moment à partir duquel elle s'est retrouvée en incapacité de travail durable en raison de lombalgies chroniques, ce qui a donné lieu à une rente en 1989), elle a occupé divers emplois, à plein temps, dans l'horlogerie et dans la boulangerie. Depuis la suppression de cette rente en 2008, ses médecins ont toujours attesté une incapacité totale de travail, hormis durant une brève période. Ainsi, le seul fait qu'elle n'a pas travaillé durant 20 ans ne saurait permettre à l'OAI d'en inférer qu'elle n'aurait pas repris une activité professionnelle sans atteinte à la santé. Si la Cour devait retenir que, sans atteinte à la santé, elle n'aurait pas exercé d'activité lucrative, la

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 recourante est d'avis que le taux d'invalidité de 2.63% dans la tenue du ménage est manifestement erroné, la pratique de l'OAI consistant à réduire forfaitairement de 30 % les empêchements au titre de l'obligation de réduire le dommage ayant été sanctionnée récemment par la Cour. Par ailleurs, ni le projet de décision du 11 juillet 2018, ni la décision du 24 août 2018 ne contiennent de tableaux récapitulatifs fixant le taux des empêchements. Enfin, au vu des discordances figurant dans le rapport de l'enquête ménagère, l'OAI aurait dû demander à un médecin de procéder à une estimation

des empêchements. Le 31 octobre 2018, l'assurée s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 30 novembre 2018, l'OAI propose le rejet du recours. S'agissant de la méthode spécifique, il motive son application par le fait qu'aucun élément du dossier ne permet d'appuyer l'affirmation de l'assurée selon laquelle celle-ci aurait travaillé, sans atteinte à la santé, à plein temps. En ce qui concerne l'enquête ménagère, cette dernière a été réalisée par une ergothérapeute qui était, notamment de par son expérience, parfaitement en mesure d'évaluer les empêchements purement somatiques de l'assurée. Par ailleurs, l'expert a confirmé, dans sa prise de position du 28 novembre 2018, l'analogie entre les constats effectués par l'enquêtrice et ses propres observations. Il n'a pas été procédé à un autre échange d'écritures entre les parties. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par ces dernières à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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. 3. 3.1. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes, à savoir la méthode ordinaire, la méthode spécifique, la méthode mixte et la méthode extraordinaire, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente. Dans le cas d'espèce, seules les méthodes ordinaires et spécifiques entrent en ligne de compte. 3.2. La méthode ordinaire s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la

décision est rendue être prises en compte (arrêts TF 9C\_399/2007 du

#### **E. 14**

mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 129 V 222; 128 V 174). 3.3. La méthode spécifique, quant à elle, s'applique aux assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une. Il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RAI; RS 831.201). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI) (arrêt TF 9C\_589/2014 précité). Selon la Circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité établie par l'OFA (ci-après: CIIAI), la méthode spécifique s'applique, d'une part, aux cas des assurés qui n'exerçaient aucune activité lucrative lors de la survenance de l'atteinte à la santé et qui, par la suite, n'en ont ou n'en auraient assumé aucune s'ils n'étaient pas devenus invalides (par ex. les personnes qui s'occupent du ménage, les apprentis et les étudiants encore en formation, les membres de communautés religieuses). D'autre part, la méthode spécifique est applicable aux assurés qui auraient vraisemblablement cessé leur activité lucrative antérieure après la survenance de l'atteinte à la santé même si cette atteinte ne s'était pas produite (par ex. reprise d'une formation professionnelle sans lien avec l'atteinte à la santé; prise en charge de tâches non rémunérées telles que les travaux ménagers ou des tâches d'assistance) (CIIAI, n°3079 ss.; état au 1er janvier 2018).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 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 (CIIAI, n°3081 ss, cf. art. 69 al. 2 RAI). 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. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (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; I 685/02 du 28 février 2003 consid. 3.2). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe de réduire son dommage (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2) se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille; il faut se demander pour chaque

empêchement constaté si un proche pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (arrêt TF 9C\_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3; ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les arrêts cités). Il s'ensuit qu'une réduction forfaitaire de 30% ne tient pas compte de l'aspect individuel de l'invalidité, lequel découle de la séparation des empêchements au travers de différents postes ménagers ("conduite du ménage", "alimentation", etc.). Seul le cumul pondéré des empêchements dans chacun de ces postes permet une évaluation des limitations dans l'accomplissement des travaux ménagers habituels qui tient compte des circonstances concrètes du cas particulier. De plus, le nombre d'heures consacrées au travail domestique varie fortement selon, notamment, le groupe d'âge des parents et des enfants, le sexe, la situation familiale, le degré de formation et l'exercice (ou non) d'une activité lucrative (cf. OFS, Travail domestique et familial en 2016), de sorte qu'une réduction forfaitaire des empêchements ménagers ne respecte pas le principe de l'égalité de traitement, lequel impose de traiter de manière différente des situations qui ne sont pas semblables (arrêts TC FR 608 2018 45 du 16 juillet 2018 consid. 6.1 et réf. cit.; 608 2018 192 du 13 mars 2019 consid. 5.2). 3.4. Quant au changement de méthode d'évaluation de l'invalidité suite à une nouvelle demande, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que la méthode ordinaire reste applicable tant que la situation et le mode de vie de l'assuré n'ont pas évolué depuis la dernière décision matérielle, étant donné que seule l'inactivité professionnelle prolongée pour raisons de santé ne justifie pas le changement pour la méthode spécifique (arrêt TF 9C\_36/2017 du 24 août 2017 consid. 3).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 4. 4.1. Lorsqu'une nouvelle demande est déposée suite à un refus de rente pour degré d'invalidité insuffisant, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI en lien avec art. 87 al. 2 RAI; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; 130 V 71 consid. 2.2). Si l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification que l'assuré cherche à rendre plausible est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). 4.2. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). 4.3. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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 – dans le cas d'application de méthode ordinaire – 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). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé

(ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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). 4.4. Selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante, applicable dans le droit 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. 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

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 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). Si une cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, s'ils estiment qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou qu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 5. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI. La décision du 27 mai 2015, par laquelle l'OAI a refusé des prestations à l'assurée, constitue le point de départ temporel pour apprécier l'évolution de son état de santé. Il s'agit de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, étant rappelé que le moment où a été rendue la décision litigieuse, soit le 24 août 2018, délimite l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2). A titre liminaire, il sied d'examiner l'application de la méthode d'évaluation de l'invalidité. En effet, la recourante conteste en particulier l'application de la méthode spécifique. 5.1. Par décision du 7 mai 2012, à laquelle renvoie explicitement la dernière décision du 27 mai 2015 (dossier OAI p. 995), l'OAI a refusé l'octroi de prestations en évaluant l'invalidité sur la base de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (dossier OAI p. 762 s.). 5.2. Dans la décision ici querellée du 24 août 2018, l'OAI a justifié l'application de la méthode spécifique comme suit: "Au regard de l'extrait de votre compte individuel AVS, nous constatons qu'hormis de faibles revenus perçus à titre d'indemnités de chômage et d'une petite activité exercé[e] auprès de « F.\_\_\_\_\_ Sàrl » en 2012, vous n'avez pas exercé [d'activité] lucrative depuis 1998. Aucune pièce du dossier [ne] laisse supposer que vous avez cherché à travailler depuis ces 20 dernières années" (dossier OAI p. 1286). En outre, l'OAI s'est référé à l'expertise orthopédique du 30 novembre 2011 (cf. dossier OAI p. 727ss), le bilan de sortie de D.\_\_\_\_\_ du 25 janvier 2010 (cf. dossier OAI

p. 517ss) ainsi qu'à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_392/2014 du 3 septembre 2014, lesquels s'accordent tous à dire que si l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative, c'est pour des raisons étrangères à l'assurance-invalidité (dossier OAI p. 1287). 5.3. Cela étant, les pièces au dossier permettent de conclure que l'assurée a exercé, avant d'être atteinte dans sa santé, une activité à plein temps de 1985 à 1987 (cf. anamnèse de l'expertise rhumatologique au dossier OAI p. 1206; cf. CV au dossier OAI p. 317). Suite à la suppression de la rente en 2008, l'assurée s'est inscrite au chômage dès avril 2008 (dossier OAI p. 423) et a consenti à faire un stage auprès de G. \_\_\_\_\_ prévu fin 2008 pour faciliter son intégration sur le marché du travail (dossier OAI p. 1179). Lors de l'accident subi au genou gauche en février 2009, l'assurée aurait alors travaillé auprès de H. \_\_\_\_\_; c'est du moins ce que certains documents évoquent, tandis que d'autres l'infirmement (dossier OAI p. 501, 504; cf. 535, 536). Pour le genou gauche accidenté, qui a nécessité des interventions chirurgicales en mars et juin 2009

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 (arthroscopies) et en novembre 2012 (prothèse totale), la SUVA a octroyé à l'assurée des indemnités journalières de mars 2009 jusqu'en juin 2013. 5.4. Depuis la dernière décision du 27 mai 2015 – qui a considéré l'assurée comme une personne qui, en bonne santé, exercerait une activité lucrative à plein temps – on ne trouve point d'indices au dossier accréditant l'idée selon laquelle l'assurée aurait vraisemblablement cessé son activité lucrative hypothétique depuis lors, par exemple pour se consacrer aux travaux ménagers ou à des tâches d'assistance – autre cas d'application de la méthode spécifique (cf. CIIAI, n° 3079 s.). Au contraire, les pièces médicales au dossier font état d'une multitude d'ennuis de santé, dont certains nouvellement apparus, constitutifs de plusieurs périodes d'incapacité de travail. A titre d'exemple, selon le chirurgien orthopédique traitant, la pathologie plurifactorielle touchant en juin 2015 les deux genoux, les pieds ainsi que le rachis lombaire bas ne permettaient pas une reprise de travail (dossier OAI p. 999). S'agissant du syndrome du tunnel carpien – dont l'intervention sur les deux mains s'est faite en février et mars 2016 (dossier OAI p. 1066 s.) – le médecin SMR l'a reconnu constitutif d'une incapacité de travail de quelques semaines par côté (dossier OAI p. 1006). A partir de juillet 2016, les chirurgiens orthopédiques de I. \_\_\_\_\_ ont attesté une incapacité de travail totale en raison de ses lombo-sciatalgies respectivement de sa névralgie brachiale, (dossier OAI p. 1051 s., 1057, 1062 s., 1065 s.). Enfin, dès janvier 2017, c'est l'expert en rhumatologie, appuyé par le médecin SMR, qui confirme une incapacité totale de travail, compte tenu de la polyarthrite rhumatoïde séronégative. Dans ces circonstances, l'inactivité professionnelle de l'assurée depuis 2015 est expliquée par des raisons médicales et on ne peut y voir l'expression de sa prétendue volonté d'être femme au foyer. S'agissant de son statut, il est vrai que la recourante a déclaré dans une demande de moyens auxiliaires du 10 avril 2015 être femme au foyer (dossier OAI p. 986). Ceci dit, dans le questionnaire à l'intention des personnes s'occupant du ménage du 17 mai 2017, la recourante a déclaré qu'elle exercerait, sans handicap, une activité lucrative pour des raisons financières (dossier OAI p. 1143). S'agissant du taux exercé, elle a, lors de l'enquête ménagère du 22 juin 2018, soutenu que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un pourcentage de 100% (dossier OAI p. 1253). 5.5. Au vu de ce qui précède, tous les éléments parlent en faveur d'une personne qui exercerait, sans atteinte à la santé, une activité lucrative à 100%. En l'absence de modification de la situation personnelle et du mode de vie de l'assurée, la longue durée d'inactivité professionnelle ne suffit pas pour conclure à un changement de statut (cf. arrêt TF 9C\_36/2017 du 24 août 2017 consid. 3). Dès lors, à défaut de justification pour appliquer la méthode spécifique, il y lieu d'appliquer la méthode

ordinaire de comparaison des revenus pour évaluer le taux d'invalidité de l'assurée. Partant, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle procède à l'évaluation du taux d'invalidité en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. 6. Pour des raisons d'économie de procédure, le Tribunal peut cependant déjà relever les points suivants relatifs à la capacité résiduelle de travail de la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 La détection d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative a amené l'OAI, sur recommandation du médecin SMR (dossier OAI p. 1156), à diligenter une expertise rhumatologique, dont le rapport rédigé par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie au nom de K. \_\_\_\_\_ a été rendu le 21 février 2018 (dossier OAI p. 1183 ss). S'agissant du diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, il convient de noter que l'expert a attesté une incapacité totale de travail à partir du 1er janvier 2017, tout en proposant de procéder à une réévaluation au terme d'une année, à savoir en février 2019. Cette réévaluation, qui a été approuvée par le médecin SMR, devait servir à confirmer le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde et, cas échéant, à vérifier sa rémission pour ensuite examiner dans quelle mesure l'assurée a pu retrouver sa capacité de travail. Cette position a été confirmée par l'expert dans sa prise de position du 28 novembre 2018. Or, une telle réévaluation, qui est indispensable pour apprécier l'évolution de l'état de santé dès janvier 2017, n'a jamais été faite. Dès lors, l'on ignore comment l'état de santé de la recourante a évolué depuis l'expertise du 21 février 2018, laquelle atteste une incapacité de travail totale dès janvier 2017. Par ailleurs, l'expert ne s'est pas prononcé sur la question de savoir s'il y a eu détérioration de l'état de santé entre la dernière décision matérielle du 27 mai 2015 et le début 2017. Cet aspect devra également être examiné plus précisément dans le cadre du renvoi. Pour compléter l'instruction, l'autorité intimée devra ainsi d'abord faire réévaluer la situation médicale suite au traitement d'épreuve de la polyarthrite rhumatoïde pour ensuite se prononcer sur l'évolution de l'état de santé sur toute la période déterminante à compter du 27 mai 2015, en prenant en considération l'ensemble des atteintes diagnostiquées. Eu égard au diagnostic de bronchopneumopathie chronique obstructive (posé pour la première fois par l'expert-rhumatologue), de fibromyalgie (qui demande selon l'expert des tests neuropsychologiques, cf. dossier OAI p. 1222) et des atteintes orthopédiques multiples – pour lesquelles la rhumatologue SMR a recommandé de faire une expertise orthopédique en 2011 –, il incombera également à l'autorité de déterminer dans quelle mesure il faut compléter l'expertise rhumatologique par des volets dans d'autres domaines de la médecine (cf. arrêt TF 9C\_296/2018 du 14 février 2019 consid. 6.1.). 7. Au vu de ce qui précède, le recours doit ainsi être admis et la décision querellée annulée. L'affaire doit être renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. 8. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de l'OAI, qui succombe. L'avance de frais versée par la recourante à hauteur de CHF 800.- lui est remboursée. La recourante a droit à des dépens entiers (art. 61 let. g LPG), dès lors qu'un renvoi pour instruction équivaut à un gain de cause total de ce point de vue (ATF 137 V 57; 133 V 450). L'indemnité de partie est fixée conformément aux art. 137 ss du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et aux art. 8 ss du tarif du

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11

## **E. 17**

décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12). Le mandataire de la recourante a produit, le 12 mars

2019, une note d'honoraires d'un montant total de CHF 1'945.95, comprenant des honoraires de CHF 1'806.85 (6 heures 53 minutes à CHF 250.-/heure, y compris des débours de CHF 86.05 ainsi que CHF 139.10 au titre de la TVA à 7,7%. L'indemnité de partie est mise intégralement à la charge de l'OAI, qui la versera directement au mandataire de la recourante (art. 141 CPJA). la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 24 août 2018 est annulée et l'affaire lui est renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision, en application de la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité. II. Les frais de justice fixés à CHF 800.- sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais de CHF 800.- versée par A.\_\_\_\_\_ lui est remboursée. IV. Une indemnité de partie est allouée à A.\_\_\_\_\_ à hauteur de CHF 1'945.95, dont CHF 139.10 au titre de la TVA (7,7%), et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 9 avril 2019/asp Le Président : La Greffière :

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