

FR_GERICHTE 608 2019 215 vom 17. August 2020

FR Kantonsgericht, 2020-08-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_215

FR: FR_GERICHTE 608 2019 215 du 17 août 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 215 del 17 agosto 2020

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 à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, la recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 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 du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

E. 2.2

Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

E. 3

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n. 4; 9C_910/2010 du

E. 3.2

p. 338 et les références). 4.2. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une, est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. C'est la méthode dite

spécifique d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 2 LAI). Enfin, lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité, l'on applique la méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI). 5. En l'espèce, force est d'emblée de constater que, à lire la décision contestée, la Cour n'est pas en mesure de déterminer la méthode appliquée par l'OAI. D'un côté, l'office se fonde sur "la capacité de travail dans une activité professionnelle inhérente à [son] domaine de compétences et de 100% avec une diminution de rendement de l'ordre de 30%". Cette terminologie fait référence à la méthode de comparaison des revenus. De l'autre, il soutient faire "application de la méthode dite spécifique" et que, "au regard des conclusions des rapports d'expertise et de l'absence manifeste de limitations fonctionnelles", il ne retient "aucun degré d'invalidité sur la seule partie ménagère". Cela étant, l'on constate d'emblée que l'assurée émarge à l'aide sociale depuis de nombreuses années. Or, l'aide sociale n'est pas un revenu minimal garanti qui serait dû à certaines conditions

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 définies par la loi. Au contraire, l'art. 5 de la loi cantonale du 14 novembre 1991 sur l'aide sociale (LASoc; RS 831.0.1) affirme le principe de la subsidiarité de l'aide sociale, ce qui implique tout d'abord le principe de l'auto-prise en charge qui obligerait la recourante à entreprendre tout ce qui est en son pouvoir pour sortir d'une situation d'indigence par ses propres moyens ou pour supprimer cette situation. En outre, il découle du principe de réciprocité – lequel est au centre des mesures destinées à favoriser l'intégration sociale et l'insertion professionnelle – que le bénéficiaire de l'aide sociale a le devoir de faire tout son possible pour atténuer sa situation de besoin, voire l'éliminer (voir not. arrêt TC 605 2019 50 du 20 avril 2020; ATF 130 I 71 consid. 4 à 6; arrêt TF 2P.156/2005 du 17 octobre 2005). En d'autres termes, dans le cas concret, cela signifie que, si l'assurée devait être considérée comme suffisamment en santé pour exercer une activité lucrative, le service social l'obligerait à le faire dans une mesure propre à réduire sa situation d'indigence. En l'occurrence, si l'assurée n'était pas restreinte dans l'exercice d'une activité lucrative pour des motifs médicaux et dans la mesure où ses enfants sont suffisamment âgés pour pouvoir se prendre seuls en charge, le Service social exigerait d'elle qu'elle subvienne par ses propres moyens à son entretien. Sur ce plan, dans son recours, l'assurée indique que 80% serait le "taux d'activité minimum [...] pour être indépendante financièrement". L'OAI n'apporte aucun élément permettant de mettre en doute ce pourcentage. Partant, il y a lieu de retenir l'application de la méthode mixte selon une répartition de 80% au titre de l'activité lucrative et de 20% au titre des tâches ménagères. 6. Compte tenu de la méthode mixte applicable, il convient d'examiner, dans un premier temps, l'impact des troubles de la recourante sur sa capacité de travail. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de cette dernière s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI, respectivement si la mise sur pied d'une expertise est nécessaire. La décision du 3 avril 2014 constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet 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 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). 6.1. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux

contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 6.2. 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 outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). 6.3. Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

E. 7

juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 4. La recourante critique la méthode d'évaluation de l'invalidité qui lui a été appliquée, soutenant qu'elle aurait été occupée à 80% dans une activité et à 20% dans le ménage.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 4.1. La loi consacre trois régimes distincts d'évaluation de l'invalidité, qui, pour une même atteinte à la santé, peuvent aboutir à des conséquences asséculogiques sensiblement différentes (arrêt TF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 5.5.1). Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel

de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid.

E. 7.1

Dans un premier temps, compte tenu de la question litigieuse portant sur une aggravation de l'état de santé, il n'est pas sans intérêt de rappeler les circonstances ayant conduit l'OAI à considérer que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte invalidante dans la décision du 3 avril 2014. Sur le plan psychique, l'office se fondait sur le rapport d'expertise du 31 décembre 2013 rédigé par le Dr C. _____. Celui-ci estimait que l'assurée n'était pas limitée par des troubles psychiatriques, ne retenant que les diagnostics non invalidants de "trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01) à moyen avec syndrome somatique (F33.11)" et de "trouble de la personnalité sans précision (F60.9) (personnalité frustrée, à la limite de l'intelligence normale)" (dossier OAI, p. 57). Par ailleurs, on constate que les autres médecins interrogés n'attestaient pas d'incapacité de travail sur le plan somatique, y compris d'ordre neurologique (dossier OAI, p. 26, 29). En particulier, le Dr G. _____, spécialiste en neurologie, indiquait que l'exercice d'une activité était encore exigible, sans perte de rendement, d'un point de vue somatique, ne faisant état de restrictions que sur le plan psychique (dossier OAI, p. 28 et 30).

E. 7.2

Sur le vu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante a évolué au point d'impacter sa capacité de gain. Dans leur rapport d'expertise du 30 octobre 2018, le Dr D. _____ et la Dresse E. _____, experts auprès de F. _____, retiennent les diagnostics d'"épilepsie structurale sur cavernome temporal gauche", de "retard mental léger (F70)", de "troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2)" et de "troubles mentaux dus à une lésion cérébrale, un dysfonctionnement cérébral et à une affection physique (F06.8)". Ils estiment que la seule limitation de l'assurée réside en une perte de rendement de l'ordre de 30% liée à l'imprévisibilité des crises et à la fatigue post-critique engendrée par celles-ci (dossier OAI, p. 164).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 Pour arriver à ces conclusions, les deux experts avaient à disposition un exemplaire du dossier assécurologique de l'assurée, complété d'un rapport du neurologue traitant ainsi que d'une analyse sanguine. Ils se sont également entretenus avec celle-ci les 30 et 31 août 2018. A cette occasion, l'assurée a été en mesure d'indiquer le contexte de ses crises d'épilepsie (prodromes, forme des crises, phase postcritique, facteurs favorisants) ainsi que de décrire son parcours de vie, tant sur le plan familial que social, scolaire et professionnel. Pour leur part, les deux experts ont pu procéder à des examens complets dans leurs spécialités respectives. Les conclusions sont également suffisamment motivées, les deux experts fondant leurs diagnostics tant sur leurs propres observations que les pièces figurant au dossier. L'expert en neurologie estime que l'épilepsie structurale n'affecte pas les ressources de l'assurée dont les tests sanguins attestent la compliance,

évoquant une autonomie dans les activités de la vie quotidienne, l'existence d'un réseau social et d'une bonne relation avec ses enfants. Il constate aussi que la fréquence actuelle des crises – avec des périodes de plusieurs semaines à plusieurs mois sans crise – ne justifie pas de changement thérapeutique chez l'assurée. Pour sa part, l'expert-psychiatre constate l'existence de symptômes de la lignée dépressive (tristesse, difficultés de mémoire et de concentration), anxieuse (anxiété réactionnelle) et alimentaire (poids fluctuant). Ces symptômes sont cependant réactionnels au fait qu'elle ne peut pas vivre dans le même pays que son époux, interdit de séjour en Suisse. Ces symptômes, leur gravité et leurs manifestations lui font privilégier les diagnostics de "troubles anxieux et dépressifs mixtes" et de "troubles mentaux dus à une lésion cérébrale" à ceux de trouble de l'adaptation, de troubles dépressifs ou de troubles anxieux. Il exclut également le diagnostic de trouble somatoforme retenu par son prédécesseur, les critères n'étant pas réunis en l'absence de sentiment de détresse non expliqué et de manifestations anxieuses avant les chutes. Les deux experts procèdent également à une étude étayée de ces troubles sur la capacité de travail de l'assurée, y compris au regard des spécificités liées à l'évaluation de la capacité de travail chez les assurés souffrant de troubles psychiques. Sur le plan des ressources, dans leur évaluation consensuelle, les deux experts retiennent ce qui suit: "Il s'agit d'une assurée sans formation présentant une intelligence décrite comme à la limite inférieure de la norme dans le rapport psychologique de novembre 2013 (WAIS-4). L'expertisée est capable de communiquer, de s'exprimer. Elle est capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine flexibilité psychique, de s'organiser, elle est rationnelle et autonome. Elle est psychiquement endurante elle a des capacités relationnelles. Elle bénéficie de ressources sociales actuellement adéquates, d'un réseau familial et est bien entourée par des amis et par ses enfants. Il n'y a pas de facteur de surcharge". Partant, il apparaît que le rapport d'expertise du 30 octobre 2018 est suffisamment détaillé et argumenté pour se voir reconnaître une pleine force probante.

E. 7.3

Force est, au demeurant, de constater que les autres pièces au dossier, en particulier les rapports des différents médecins de l'assurée, ne remettent pas sérieusement en cause les conclusions des deux experts de F._____.

E. 7.3.1

Dans un rapport du 30 novembre 2018, le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retient les diagnostics de "trouble mixte des acquisitions scolaires, code F81.3", "suspicion d'un retard mental léger à moyen, code F70 à 71", "trouble de la personnalité type anancastique, code F60.5", "autre trouble anxieux mixte spéciali[s]é, code F41.8" et "épilepsie et syndrome épileptique généralisé idiopathique, code F40.3". En conclusion de son rapport, il affirme ce qui suit: "En résumé, les atteintes au niveau de ses capacités psychologiques

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 accompagnées par des troubles neurologiques importants et handicapants m'amènent à la conclusion que [l'assurée] ne possède aucune capacité lucrative" (dossier OAI, p. 248). Force est de constater que le rapport du psychiatre n'est que peu argumenté, le médecin se contentant surtout d'évoquer différents faits et constats sans justifier ses diagnostics et conclusions. L'on ne peut au demeurant pas exclure que le médecin traitant ne se fonde pas sur une pleine connaissance des pièces au dossier, ignorant l'expertise de F._____ pour critiquer celle du Dr C._____.

déjà, l'avis du Dr H._____ ne saurait mettre en doute l'avis, bien motivé sur plusieurs dizaines de pages d'une écriture dense, des deux experts. Par ailleurs, le médecin apparaît prendre en compte des éléments psychosociaux, lesquels ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. Tel est notamment le cas lorsqu'il souligne que sa patiente "n'a réussi aucune formation professionnelle", "n'a jamais eu un soutien psychologique" – étant relevé qu'il est sensé la suivre depuis 2012 (dossier OAI, p. 37) – et que "sa vie est meublée par des difficultés, des déceptions (mariage mais elle a dû élever ses 3 enfants seule, le mari ayant dû quitter la Suisse pour des questions juridiques)". Quoi qu'il en soit, l'on doit souligner que le psychiatre traitant émettait un avis en tout point identique dans un rapport du 2 juillet 2013, tant s'agissant de l'évaluation de l'incapacité de travail que sur le plan diagnostic. Il mentionne par ailleurs un traitement limité à de la Dépakine et à de l'Urbanyl, à savoir des antiépileptiques (dossier OAI, p. 37). Le médecin n'atteste donc d'aucune péjoration de l'état de sa patiente sur le plan psychiatrique mais uniquement d'un état stationnaire. Tout au plus se contente-t-il d'exprimer un avis divergent de celui des différents experts mandatés par l'OAI.

E. 7.3.2

Dans ses différents rapports, le Dr G._____ – spécialiste auquel renvoie par ailleurs le généraliste traitant, le Dr I._____, médecin praticien (dossier OAI, p. 136) – fait état du diagnostic d'"épilepsie symptomatique surcavernome temporal gauche", avec une fréquence des crises s'étant aggravée avec le temps (dossier OAI, p. 104). Dans un rapport du 25 novembre 2016, le médecin indiquait qu'une activité professionnelle n'était pas envisageable mais ne mentionnait pourtant une incapacité de travailler que durant l'"année 2011" (dossier OAI, p. 128). En revanche, dans un rapport ultérieur, il précise que sa patiente était en mesure de travailler à un taux de 50% à 70%, sans perte de rendement, évoquant des restrictions quant au travail à horaires irréguliers et au travail en hauteur. Il souligne au passage que "le problème est surtout psychosocial" (rapport du 21 mai 2017, dossier OAI, p. 104, 128 et 138; cf. ég. p. 224). Mis en lien, les différents rapports du médecin mettent en évidence que, si incapacité de travail il y a, celle-ci n'est que partiellement à mettre en relation avec des troubles neurologiques. D'un point de vue strictement médical, ceux-ci ne sont responsables que d'une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 30% à 50%, ce qui correspond en partie à la perte de rendement que retiennent les experts de F._____.

E. 7.4

Il ressort de ce qui précède que si, sur le plan psychiatrique, l'état de santé de la recourante n'a pas évolué, on constate une certaine aggravation sur le plan neurologique. Cette aggravation limite la recourante dans l'exercice d'une activité sous la forme d'une perte de rendement de 30%.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15

E. 8

Compte tenu de cette importante capacité de travail résiduelle dans une activité lucrative, la Cour est en mesure de procéder au calcul du degré d'invalidité sans examiner plus avant les empêchements de l'assurée dans la tenue de son ménage.

E. 8.1

Lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité, l'on applique la méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI). Selon cette méthode, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV n. 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références). La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564). La méthode mixte d'évaluation du taux d'invalidité a été souvent remise en cause, y compris devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CourEDH). Dans son jugement du 2 février 2016, celle-ci a considéré que, dans le cas précis d'une mère de jumeaux, l'usage de la méthode mixte représentait une violation du droit au respect de la vie privée et familiale (art. 8 CEDH) combiné avec l'interdiction de discrimination (art. 14 CEDH; cf. arrêt CourEDH n. 7186/09 Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016). Suite à cet arrêt, l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI a été modifié et sa nouvelle formulation est entrée en vigueur au 1er janvier 2018. Celui-ci prescrit désormais que, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative avec le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps et que la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

E. 8.2

La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. 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). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est

pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts TF 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées). Pour sa part, de jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5). En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C_260/2013 du

E. 8.3

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) (arrêts TF 9C_22/2010 du 2 juin 2010 consid. 4 et I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.3). Pour évaluer l'invalidité selon cette méthode spécifique, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, n. 3087 dans son état au 1er janvier 2014). De jurisprudence constante, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (cf. not. ATF 133 V 504 consid. 4.2).

E. 9

En l'occurrence, il convient d'abord de calculer le degré d'invalidité de l'assurée dans l'exercice d'une activité lucrative, étant rappelée l'application de la méthode mixte selon une répartition de 80% au titre de l'activité lucrative et de 20% au titre des activités ménagères. A lire les montants figurant dans l'extrait de compte individuel, il apparaît que l'assurée n'a

plus travaillé à temps plein depuis 1987. A l'exception de montants en lien avec des prestations de chômage pour les années 1992, 1993 et 1997, il s'agit en effet des seuls montants dont la valeur dépasse les CHF 20'000.-. Compte tenu de l'ancienneté de cette activité et des montants cotisés, la détermination exacte du revenu de valide apparaît donc complexe et ne saurait constituer la base de calcul adéquate pour la comparaison des revenus. Cela vaut d'autant plus que l'assurée a interrompu son activité professionnelle pour des raisons étrangères à son atteinte à la santé, vraisemblablement pour assurer l'éducation de ses enfants. En outre, l'on constate qu'elle ne bénéficie pas de formation professionnelle spécifique et que la diminution du rendement de 30% ne limite en soi pas les activités qui lui sont ouvertes. Dans ces circonstances, l'on peut – à l'instar de l'autorité intimée dans l'une des motivations de sa décision du 19 juin 2019 – procéder à une comparaison par pourcentage. Cela revient à ce que le degré d'invalidité correspond directement à l'incapacité de travail de 30% reconnue par les experts. Les circonstances du présent cas ne rendent pas plausible la nécessité de prendre en compte une réduction supplémentaire au titre de désavantage salarial, l'impact des atteintes à la santé ayant été pris en compte par le biais d'une diminution du rendement. L'on relève à cet égard que si une intelligence à la limite inférieure de la norme a été évoquée par les experts, laquelle préexistait à son problème de santé, elle n'a pas conduit à la prise en compte d'une quelconque diminution de la capacité de travail de cette assurée – au demeurant d'origine suisse et encore relativement jeune. Partant, sur le plan lucratif, l'on retient que le degré d'invalidité de la recourante est de 30%. Compte tenu du fait que la recourante n'exercerait, en santé, une activité lucrative qu'à un taux de 80%, cela correspond à un degré d'invalidité de 24%.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15

E. 10

Compte tenu de ce qui précède, les empêchements de la recourante dans la tenue de son ménage devraient correspondre à un taux supérieur à 75% pour qu'elle puisse se voir reconnaître le droit à une rente ($75\% \times 20\% = 15\%$, correspondant à un degré d'invalidité total de 39%). Or, à lire les différentes pièces au dossier, il apparaît exclu que l'état de santé de l'assurée la restreigne à ce point dans la tenue de son ménage. En particulier, les deux rapports d'expertise rapportent des limitations relativement réduites, décrivant notamment que l'assurée est en mesure de réaliser seule ses courses, de tenir seule son ménage et de s'occuper seule de ses activités administratives. En cas de crise, les experts indiquent que "l'expertisée chute (sans blessure), puis se relève après 10 min, reprenant son tonus et ses activités instantanément [...] Depuis que l'expertisée possède un chien (2015), « il l'avertirait de l'imminence des crises par de petits aboiements », ce qui permettrait à l'expertisée de s'asseoir avant que ça tourne et que ça chauffe, ce qui fait que l'expertisée ne chute plus. Son chien l'avertirait « de la fin imminente de la crise » ce qui lui permettrait de reprendre ses activités instantanément « avec plus de sécurité »" (dossier OAI, p. 173 et 200). Dans ce contexte, il n'est pas vraisemblable que l'assurée subisse des limitations d'une gravité telle qu'il faudrait lui reconnaître une incapacité significative sur le plan ménager. Cela est d'autant moins le cas que, de jurisprudence constante, la personne assurée est tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches – étant précisé que l'assurée habite avec son fils aîné (cf. dossier OAI, p. 200) – dans une mesure convenable (cf. not. ATF 133 V 504 consid. 4.2). C'est dès lors à juste titre que l'OAI n'a pas procédé à d'autres investigations sur ce plan. Compte tenu de ce qui précède, il est avéré que le degré d'invalidité de l'assurée est demeuré

inférieur à 40%, de sorte qu'elle ne saurait se voir reconnaître le droit à une rente d'invalidité. Partant, mal fondé, le recours (608 2019 215) est rejeté et la décision du 19 juin 2019 confirmée. Sous réserve de l'octroi de l'assistance judiciaire, les frais de procédure sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de la recourante qui succombe. Il n'est pas octroyé de dépens.

E. 11

La recourante sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire totale (608 2019 2016) dans le cadre du recours contre la décision du 19 juin 2019.

E. 11.1

En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). Dans la mesure où l'assistance judiciaire est une avance faite par la collectivité publique sur les frais de justice, la collectivité publique peut exiger le remboursement de ses prestations dans les dix ans dès la clôture de la procédure en cas de retour à meilleure fortune ou s'il est démontré que l'état d'indigence n'existait pas (art. 145b CPJA).

E. 11.2

La recourante est soutenue par le service de l'aide sociale de sa commune. Dans ces circonstances et sans de plus amples démonstrations, la condition de l'indigence est en l'occurrence vraisemblablement remplie. S'agissant de la seconde des conditions des chances de succès, il convient de relever que les arguments invoqués à l'appui du recours n'apparaissaient, à première vue, pas d'un très grand poids. Cela étant, l'examen du dossier auquel a dû se livrer la Cour a tout de même présenté certaines difficultés, de sorte qu'il n'est pas possible d'en conclure que le recours était d'emblée dénué de toute chance de succès. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 216) peut être admise et Me Daniel Känel, avocat, désigné comme défenseur d'office.

E. 11.3

Le 9 septembre 2019, le mandataire de la recourante a produit sa liste de frais, d'un montant total de CHF 1'806.80, à savoir CHF 1'710.- au titre d'honoraires (570 minutes à CHF 180.-/heure), CHF 85.50 au titre de débours (5%) et CHF 11.30 au titre de vacations. Le 17 juillet 2020, il corrige sa liste de frais du 9 septembre 2019, ayant mentionné les frais de correspondance à double, et précise ne pas être soumis à la TVA. La liste de frais

correspond désormais à un montant total de CHF 1'795.50, à savoir CHF 1'710.- au titre d'honoraires (570 minutes à CHF 180.-/heure) et CHF 85.50 au titre de débours (5%). Toutefois, même corrigées, les listes de frais produites n'apparaissent pas conformes aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12). En effet, les débours de CHF 85.50 sont calculés de manière forfaitaire alors que cette méthode n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017; cf. ég. art. 11 al. 2 Tarif JA; art. 68 du règlement du 30 novembre 2010 sur la justice, RJ; RSF 130.11). En revanche, le montant de CHF 11.30, indiqué au titre de "vacations" dans la liste de frais du 9 septembre 2019, correspond au total d'une colonne dénommée "frais". Ce montant sera retenu au titre de débours. Partant, l'indemnité du défenseur désigné est fixée à un montant total de CHF 1'721.30, à savoir à CHF 1'710.- au titre d'honoraires et CHF 11.30 au titre de frais. Il est mis à la charge de l'état de Fribourg. En raison de l'octroi de l'assistance judiciaire totale, les frais de justice ne seront pas prélevés. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours (608 2019 215) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 216) est admise pour la procédure de recours et Me Daniel Känel, avocat, est désigné défenseur d'office. III. Les frais de procédure, par CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante mais ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. IV. L'indemnité allouée à Me Daniel Känel, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'721.30, sans TVA, et mise intégralement à la charge de l'Etat 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. Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA). Fribourg, le 17 août 2020/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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