

FR_GERICHTE 608 2019 309 vom 25. Mai 2020

FR Kantonsgericht, 2020-05-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_309

FR: FR_GERICHTE 608 2019 309 du 25 mai 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 309 del 25 maggio 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 6

juin 2016, l'assurée était à nouveau en mesure d'exercer une activité légère adaptée, à 100% avec une diminution de rendement de 20% en raison des douleurs chroniques. Pour la partie ménagère, l'invalidité a été considérée comme nulle, en fonction des éléments figurant dans le rapport d'enquête ménagère à domicile. L'OAI a en outre fait application de la nouvelle réglementation en vigueur dès le 1er janvier 2018 en matière de méthode mixte (extrapolation à 100% de l'activité lucrative à temps partiel). Il est parvenu, au final, à un degré d'invalidité inférieur à 40% pour l'ensemble des périodes concernées et a, partant, refusé de prester. B. Contre cette décision, A. _____, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 25 novembre 2019. Elle conclut, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2015 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour mise en œuvre d'une expertise orthopédique. A l'appui de ses conclusions, elle remet tout d'abord en question la pondération de l'activité lucrative, alléguant que, si elle n'avait pas été invalide, elle aurait travaillé à 70%. Par un deuxième argument, elle réfute le fait qu'elle aurait retrouvé une pleine capacité de travail dès le 6 juin 2016. Elle allègue à cet égard l'absence de documents médicaux prouvant que son état de santé se serait sensiblement amélioré à cette date. Le 6 décembre 2019, elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 13 décembre 2019, l'OAI se réfère au contenu de sa décision et conclut au rejet du recours. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de

cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'incapacité de travail évoquée à l'art. 28 al. 1 let. b LAI consiste en la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou son champ d'activité habituel. Il n'y a donc pas lieu, contrairement à ce qui prévaut dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, de se référer à l'ensemble du marché du travail et au devoir de l'assuré de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2; VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, art. 28 n° 9 p. 388). D'après l'art. 29ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs 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. Aux termes de l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. 2.2. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2; 125 V 413 consid. 2d; arrêts TF 9C_344/2010 du 1er février 2011 consid. 4.2 et 9C_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3). En revanche, l'art. 88bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2). En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit quant à lui que si l'incapacité de gain s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, le droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 2.3. 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). 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 ligne de compte dans le cas présent. 2.3.1. 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 n° 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références). La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564). L'invalidité totale s'obtient en additionnant les degrés d'invalidité correspondant aux parts respectives attribuées aux activités lucrative et non lucrative (VSI 1999 p. 231 consid. 2b et les références). 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

E. 8

août 2008 consid. 3.2). La réponse à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêts TF 9C_62/2011 du 16 août 2011 consid. 4 et 9C_667/2007 du 12 juin 2008 consid. 3). 2.3.2. 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'art. 14 CEDH interdiction de discrimination (arrêt CourEDH n° 7186/09 Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016). Selon le Tribunal fédéral cependant, en dehors de la constellation décrite dans l'arrêt de la CourEDH, la méthode mixte continue à s'appliquer (cf. arrêt TF 9F_8/2016 du 20 décembre 2016 consid. 4.4).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 Suite à cet arrêt, le Conseil fédéral a modifié l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI, entré en vigueur le 1er janvier 2018. Cet article, applicable au cas d'espèce, la décision ici attaquée étant postérieure à son entrée en vigueur, prescrit 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). Cela étant, l'invalidité ne peut être évaluée selon la nouvelle méthode mixte qu'à partir de la date d'entrée en vigueur de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI, soit le 1er janvier 2018 (arrêts TF 8C_462/2017 du 30 janvier 2018 consid. 5.3; 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2). 2.4. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des

éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsqu'il s'agit d'examiner 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 de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'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). 3. La recourante conteste l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir du 1er juin 2016. Il convient de se référer au dossier médical, dans le but de déterminer l'évolution de son état de santé. Dans la mesure où le litige ne porte que sur la problématique orthopédique découlant des séquelles de son opération au pied (hallux valgus), il n'est pas nécessaire de s'intéresser aux rapports touchant à la sphère psychiatrique, laquelle a quoi qu'il en soit fait l'objet d'une expertise dont les conclusions n'ont pas été contestées. De même, la recourante ne conteste pas ne subir aucun empêchement dans l'accomplissement de ses tâches ménagères à partir du printemps 2016. 3.1. Le rapport médical primordial en l'espèce est celui établi le 6 juin 2016 par le Dr F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation (dossier AI p. 92). C'est en effet sur celui-ci que l'OAI s'est fondé pour fixer la date de l'amélioration de l'état de santé de la recourante, amélioration que cette dernière conteste précisément. A l'anamnèse, ce médecin rappelle que la patiente se plaint d'une douleur mécanique depuis une intervention pour un hallux valgus avec exostose latérale au pied gauche. "Elle a de la peine à dérouler le pied et ni physio ni médicament la soulagent suffisamment. A force d'avoir des douleurs chroniques à la marche, elle a développé un état anxio-dépressif et une fatigue générale [...]". Au terme de son examen clinique, il confirme que "le problème de A. _____ remonte effectivement à son opération correctrice. La patiente a eu un double problème tel qu'une arthrose et un valgus plus une exostose latérale". Il explique que la présence d'arthrose nécessitait une prise en charge

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 spécifique lors de l'intervention chirurgicale, à savoir qu'il aurait fallu décompresser l'articulation, ce qui n'a pas été fait et qui a conduit à une décompensation de l'arthrose. Une infiltration a permis de diminuer partiellement (30 à 50%) les douleurs dans l'articulation, mais non celles venant de la partie distale, difficiles à expliquer. "Sur le plan thérapeutique, je n'ai pas grand-chose à proposer. Les mesures de médecine physique et rééducation ne vont guère régler ce problème. A mon avis, il faudrait représenter ce pied à un chirurgien du pied afin de voir s'il ne faudrait pas faire une arthrodèse. J'ai encore oublié de mentionner qu'il y a aussi un défaut de rotation dans la partie distale causant un déplacement des os sésamoïdes". Le 20 mars 2017 (dossier AI p. 102), le Dr G. _____ considère que le rapport ci-dessus "est détaillé et médicalement cohérent : il propose une intervention chirurgicale à cette assurée afin d'améliorer la situation locale pour son pied gauche. La situation médicale à ce niveau me paraît claire, une expertise orthopédique n'apportera probablement aucune nouvelle information médicale, une consultation chez un chirurgien du pied suffira à faire bénéficier l'assurée d'un traitement approprié". Le 4 septembre suivant (dossier AI p. 160), ce même médecin réitère sa recommandation en vue d'orienter l'assurée vers un orthopédiste spécialiste du pied. Il estime qu'il faut d'abord que l'assurée puisse bénéficier d'un traitement approprié, car c'est l'impotence à la marche qui est responsable de l'incapacité de travail; ce n'est qu'ensuite que la question d'une activité adaptée pourra être discutée. Dans un rapport du 21 septembre 2017 (dossier AI p. 179), le Dr J. _____, spécialiste en radiologie, donne le résultat des clichés du pied gauche de l'assurée. "On retrouve un status après probable chirurgie de la partie distale du premier métatarsien avec une légère atteinte dégénérative de l'articulation métatarso-phalangienne de ce premier rayon. Pas d'autre atteinte ostéo-chondrale significative. A noter une calcification dense à l'intersection calcanéenne du fascia plantaire". Le 27 septembre 2017 (dossier AI p. 179), le Dr I. _____,

spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, partage l'avis de son confrère F. _____ concernant l'origine des douleurs de l'assurée. Il ajoute qu'il est probable qu'en cours d'intervention, "les nerfs cutanés médiaux de l'hallux aient été lésés, ce qui provoque actuellement une importante hypersensibilité et dysesthésie locale". Il en déduit ce qui suit: "Pour moi, actuellement la seule prise en charge raisonnable que l'on pourrait proposer à A. _____ serait tout d'abord de s'occuper de ces lésions neurologiques avant d'envisager un quelconque geste chirurgical, car en effet si l'on s'aventure actuellement à proposer une quelconque chirurgie, on risque fortement de déclencher des problèmes de type algo-neuro-dystrophie et de péjorer encore le status local. En effet, la seule chirurgie qui pourrait actuellement être proposée à cette patiente serait une arthrodèse métatarsophalangienne, mais je pense qu'il ne faut absolument pas envisager cette prise en charge tant que la patiente n'a pas bénéficié d'un traitement de désensibilisation locale bien conduit". Dans un rapport du 15 mai 2018, le Dr D. _____ (dossier AI p. 198) retient une capacité nulle dans l'activité habituelle, mais de 80 à 100% dans une activité adaptée, en position assise. Le 4 juin 2018 (dossier AI p. 217), le Dr G. _____ prend position sur ces nouveaux rapports. Il constate que la symptomatologie n'a pas évolué, mais que le rapport du Dr I. _____ a permis de poser un diagnostic précis (allodynie mécanique avec douleurs neuropathiques sur l'articulation

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 métatarsophalangienne I du pied gauche, suite à une cure d'hallux valgus en 2014, avec lésion de la branche terminale du nerf saphène gauche). "Les limitations qui en découlent me paraissent évidentes: pas d'activité en position debout, pas de marche, pas de port de charges, pas de travail en hauteur". Il se réfère à l'évaluation de la capacité de travail du Dr D. _____ dans une activité en position assise. S'agissant d'une expertise orthopédique, demandée par l'assurée, le médecin SMR juge qu'elle n'est pas indispensable "puisque le diagnostic est établi et les limitations sont suffisamment bien définies". Il atteste dès lors d'une capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 10-20% pour les douleurs chroniques. Le 20 juin suivant (dossier AI p. 222), il précise sa position à la demande de l'OAI et retient, sur la base du dossier médical, que "la situation médicale peut être considérée comme stabilisée depuis le rapport médical du Dr F. _____ du 06.06.2016, depuis cette date, une activité adaptée est exigible à 100% avec une diminution de rendement de 20% annoncée par son médecin de famille dans son rapport médical du 17.05.2018. Si cela serait contesté, une expertise orthopédique serait alors indiquée, afin de déterminer les limitations actuelles et la date d'une reprise d'une activité adaptée à la suite de l'opération du 17.10.2014". 3.2. Sur la base de ce qui précède, on constate que la problématique médicale qui fait l'objet du présent dossier est relativement aisée à appréhender, puisqu'elle est essentiellement circonscrite à l'atteinte au pied gauche. Dans ce contexte, la plupart des investigations médicales qui ont été menées ont eu pour but de déterminer l'origine des douleurs alléguées par celle-ci. C'est précisément en ce sens que les rapports ont été requis de la part du Dr F. _____, puis du Dr I. _____. De ce point de vue, ceux-ci ont rempli leur mission, dès lors qu'ils ont permis d'objectiver la symptomatologie et d'en déterminer l'origine. Cela étant, aucun d'eux ne s'est déterminé au sujet de la capacité de travail et/ou sur les limitations fonctionnelles de l'assurée. L'exigibilité a toutefois été fixée par le médecin SMR, lequel s'est en particulier appuyé sur un rapport du généraliste traitant datant du mois de mai 2018 et admettant la présence d'une capacité de travail de 80 à 100 % dans une activité adaptée, en position assise. Amenée à trancher, la Cour de céans concède que le fait que ni le Dr F. _____, ni le Dr I. _____ ne se sont prononcés sur la capacité de travail de l'assurée est regrettable.

Cela n'enlève cependant rien à la valeur de l'appréciation effectuée par le médecin SMR, fondée sur l'avis du médecin traitant. On peut en effet donner foi au fait que l'atteinte au pied limite toute activité nécessitant la station debout et/ou des déplacements, mais on ne discerne pas en quoi un emploi épargnant ce membre serait de fait contre-indiqué. Cela est indirectement confirmé par le Dr I. _____, lequel mentionne la présence de douleurs à la mobilisation de l'articulation. On relève enfin que l'avis du Dr G. _____ n'a été contredit ultérieurement par aucun autre médecin, alors que la recourante avait tout le loisir de requérir un rapport en ce sens; on relève en particulier qu'elle n'a pas produit le résultat de l'expertise extrajudiciaire à laquelle elle s'est soumise au printemps 2019 (cf. dossier AI p. 273 s.). De même, le fait de retenir la date du rapport du Dr F. _____ pour fixer la résurgence de la capacité de travail n'est, là non plus, pas en désaccord avec la situation médicale. Au contraire, il est parfaitement admissible de considérer qu'à l'exception d'une période d'incapacité totale durant les mois qui ont suivi l'opération, l'assurée disposait à nouveau d'une capacité de travail dans une activité ménageant son pied. Cela est d'ailleurs corroboré par les rapports de son généraliste traitant qui, en 2015 déjà, estimait que tel était le cas (dossier AI p. 42 et 56). De ce point de vue, la date retenue par le médecin SMR et, à sa suite, par l'OAI est très favorable à la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Dès lors, le fait pour le médecin SMR, en sa qualité de spécialiste en chirurgie, de retenir que l'assurée présentait à nouveau une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, avec diminution de rendement de 20%, à partir du mois de juin 2016, soit plus d'une année et demie après l'intervention, est parfaitement cohérent et rejoint l'avis de son médecin traitant; il emporte ainsi largement la conviction de la Cour. Il découle de ce qui précède que l'évaluation de la capacité de travail à laquelle a procédé l'OAI doit être confirmée et qu'une expertise orthopédique ne se justifie pas en l'espèce. 4. Dans la mesure où la capacité de travail est désormais connue, il est possible de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité. Le recours à la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité n'est pas critiqué par la recourante. Celle-ci conteste par contre la répartition des activités lucrative et ménagère et allègue que, sans invalidité, elle aurait travaillé à un taux bien plus élevé que les 35% retenus par l'OAI, évoquant un taux de l'ordre de 70%. Elle reproche en particulier une instruction lacunaire de cette question. 4.1. On peut certes déplorer l'absence du questionnaire à l'intention des personnes s'occupant du ménage, qui figure habituellement dans ce type de dossier et dans lequel les assurés sont invités à indiquer le taux auquel ils auraient travaillé s'ils n'avaient pas été atteints dans leur santé. Il est vrai que l'assurée a déclaré qu'elle aurait travaillé "jusqu'à 70%" lors du premier entretien d'intervention précoce (dossier AI p. 45), en mars 2015. Cela étant, et contrairement à ce qu'elle allègue, elle a aussi été amenée à s'exprimer à ce sujet lors de l'enquête économique sur le ménage, réalisée en septembre 2018. A la question 3.5 (dossier AI p. 233) il est ainsi mentionné que, "sans atteinte, elle aurait continué à travailler chez le même employeur sans changement", ce dont on peut légitimement déduire qu'elle entendait poursuivre son activité aux mêmes conditions que précédemment. Or, il est manifeste qu'elle ne travaillait pas à un taux de 70% jusqu'alors. Il ressort de l'extrait de compte individuel AVS (dossier AI p. 16) que le salaire versé par le dernier employeur a été stable durant les six dernières années précédant l'atteinte à la santé (2008-2013), oscillant entre CHF 15'553.- et CHF 17'499.- par année. Les contrats de travail remis par l'assurée, seulement à l'appui de son recours, comportent différents horaires de travail (20 heures par semaine dès le 8 mai 2008, la même chose dès le 1er janvier 2009, 17.5 heures hebdomadaires à partir du 1er juin 2010 et enfin 40 heures par semaine à partir du 28 juin

2013). Toutefois, aucun d'entre eux n'est daté et seuls deux d'entre eux comportent la deuxième page signée; de plus, le salaire horaire figurant dans le plus récent d'entre eux (CHF 17.40/h) ne correspond pas à celui annoncé par l'employeur dans le questionnaire ad hoc (CHF 18.40/h; dossier AI p. 69). Surtout, les horaires inscrits ne sont nullement corroborés par les données du compte individuel, lesquelles doivent être privilégiées. La recourante invoque également la préretraite, dont son époux aurait bénéficié à partir de 2016, pour justifier une augmentation de son taux d'activité. La Cour relève toutefois qu'elle n'a fourni aucun document à ce sujet, ni aucune indication précise sur l'impact financier que cela a eu sur leur situation. Elle constate en outre que, pour autant qu'avérée, cette préretraite est intervenue alors que l'assurée était déjà atteinte dans sa santé et qu'elle avait déjà entamé des démarches auprès de l'assurance-invalidité, sans toutefois en connaître l'issue. Force est donc de constater qu'il est peu probable que le couple eût pris une telle décision si les conséquences sur leur budget avaient été négatives. Plus généralement, la situation personnelle et familiale stable depuis de nombreuses années, en particulier au niveau de l'absence d'enfants à charge ainsi que de la

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 situation conjugale, ne permet pas de reconnaître sans autre une augmentation du degré d'activité. Aucun élément ne permet donc de retenir le taux de 70% tel qu'allégué par la recourante. Pour établir le taux de 35%, déterminant pour l'activité lucrative de l'assurée, l'OAI s'est-il fondé sur les indications figurant dans la demande de prestations (dans laquelle celle-ci indiquait travailler 3h par jour; dossier AI p. 10) et sur l'attestation de l'employeur (mentionnant 15h hebdomadaires; dossier AI p. 69). Au vu d'un salaire horaire de CHF 18.40, ce degré d'activité aboutit à un revenu annuel de l'ordre de CHF 15'500.-, compte tenu du versement d'un 13ème salaire, ce qui correspond peu ou prou aux revenus figurant dans le compte individuel AVS. En définitive, on ne saurait donc reprocher à l'autorité intimée d'avoir conclu à la poursuite d'une activité lucrative de l'ordre de 35%, telle qu'exercée avant la survenance de l'atteinte à la santé. 4.2. Dès lors que tant l'évaluation de la capacité de travail que la répartition des activités lucrative et ménagère retenues par l'autorité intimée sont confirmées, les modalités du calcul du degré d'invalidité auquel celle-ci a procédé peuvent être avalidées. En résumé, la capacité de travail est nulle du 17 février 2014 au 5 juin 2016, puis entière dans une activité adaptée, avec une diminution du rendement de 20%. Sur le plan ménager, un empêchement de 15.50% avait été retenu dans l'enquête du 17 septembre 2018 (dossier AI p. 226); ledit empêchement n'a nullement été contesté par la recourante. Celle-ci a en revanche critiqué l'obligation de réduire le dommage, l'enquêtrice ayant tenu compte d'une participation de l'époux aux travaux ménagers à hauteur de 30%. L'enquêtrice a alors procédé à un nouveau calcul (dossier AI p. 285) en renonçant à une réduction linéaire, mais en répartissant l'aide de l'époux au ménage dans les diverses rubriques. En définitive, la Cour retient que la réduction du dommage a été évaluée alors que l'époux était à la retraite, ce qui n'était-il pas le cas lorsque l'assurée était totalement incapable de travailler. On peut estimer que l'aide que ce dernier était susceptible d'apporter dans la tenue du ménage était moindre, mais pas nulle. Or, une participation de l'ordre de 10% à la tenue du ménage, qui est ici tout à fait proportionnée, fait chuter l'empêchement ménager aux alentours de 5%, ce qui aboutit, après pondération, à un degré d'invalidité global inférieur à 40%. En définitive, sur toutes les périodes à considérer, le degré d'invalidité est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. 5. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais

versée le 6 décembre 2019. Pour les mêmes motifs, l'assurée n'a pas droit à des dépens.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 25 mai 2020/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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