

FR_GERICHTE 608 2020 25 vom 5. Juli 2021

FR Kantonsgericht, 2021-07-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_25

FR: FR_GERICHTE 608 2020 25 du 5 juillet 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2020 25 del 5 luglio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA 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. Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

E. 2.2

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond 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). 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). 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 citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 351 consid. 3a; 122 V 157). 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). En outre, 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). Enfin, 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).

E. 2.3

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGA). En d'autres termes, dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation.

E. 2.4

Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

E. 2.5

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). Le droit de faire administrer des preuves suppose que le fait à prouver soit pertinent, que le moyen de preuve proposé soit nécessaire pour constater ce fait et que la demande soit présentée selon les formes et délais prescrits (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3). Cette garantie constitutionnelle n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les arrêts cités).

E. 3

décembre 2019, dos. OAI 201 et 205; annonce d'un nouveau diagnostic par le Dr C._____, le

E. 3.1

En 2016, dans un contexte de déprime du fait de conflits familiaux, l'assurée a une consommation intermittente excessive d'alcool. En avril 2016, la présence d'une stéatose-hépatite alcoolique est établie histologiquement. Une gastroscopie de mai 2016 montre des varices de l'œsophage de grade I et une gastropathie hypertensive. Après une laparotomie (annexectomie, appendicectomie et omentectomie), le 29 juin 2016, l'assurée présentera un syndrome hépatorénal avec insuffisance rénale de stade 3, ainsi qu'une décompensation ascitique; cette dernière, récidivante, amène des ponctions (paracentèses) d'ascite itératives, parfois à un rythme quasi hebdomadaire. La cirrhose sera qualifiée de degré CHILD B; en juillet 2016, la consommation alcoolique est décrite à risque, avec un taux de CDT de 2.0% observé alors (normalité: <1.7%). Le 21 décembre 2016, un TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt -shunt portal) est posé. Le 26 décembre 2016, du fait d'une hernie ombilicale incarcerated avec 10 cm de nécrose du grêle, une résection de ce dernier intervient. Le 18 août 2017, son épaule gauche a été examinée (radiographie et ultrason); du fait de cette problématique douloureuse, deux infiltrations, acromio-claviculaire et de la coiffe, sont faites, le 18 septembre 2017 et le 12 février 2018. Le 13 juin 2019, elle a subi une néphrectomie partielle pour suspicion de cancer du rein droit.

E. 3.2

Le 29 janvier 2019, la Dre B. _____, spécialiste en médecine interne générale, rend son rapport d'expertise mise en œuvre par l'OAI (cf. dos. OAI 133). Elle pose les diagnostics, entraînant des limitations significatives actuellement, de tendinite de l'épaule gauche, depuis 2017, ainsi que de petite éventration abdominale, status post cure d'hernie ombilicale incarcérée le 26 décembre 2016. Pour l'experte (cf. p. 7), l'assurée a présenté une incapacité de travail complète entre le 2 mai 2016 et le 1er mars 2017 en raison de la cirrhose, de l'ascite et de l'intervention de chirurgie digestive. La cirrhose alcoolique avec décompensation ascitique et syndrome hépatorénal a nécessité de multiples ponctions d'ascite, ce qui a motivé la pose d'un TIPS, lequel a permis de résoudre ce problème. L'arrêt de la consommation d'alcool a amené une amélioration de la fonction hépatique. Il n'y a pas de limitation actuelle liée au foie, qui a récupéré. Ni d'insuffisance rénale. L'incapacité de travail totale pour la période précitée était justifiée par la décompensation cirrhotique.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 L'assurée présente une petite éventration au niveau de la cicatrice médiane consécutive au traitement d'une hernie ombilicale incarcérée; cela contre-indique le port de charges de plus de 10 kg. Depuis 2017, elle a une tendinite de l'épaule gauche, limitant l'abduction à 90°, en raison de laquelle elle ne peut effectuer de travaux répétitifs, de mouvements au-dessus de l'horizontale et de port de charges lourdes avec cette épaule; le pronostic est favorable. C'est la seule limitation objective; l'assurée a été expressément rendue attentive à la nécessité de reprendre la rééducation, susceptible de permettre la récupération d'une fonction normale (p. 3, 5 et 8); elle a dit son intention de refaire prochainement de l'ostéopathie, qu'elle préfère à la physiothérapie. Les douleurs chroniques des mains, surtout la nuit, chez une expertisée connue pour une arthrose des mains, font l'objet d'investigations; mais la force est conservée et il n'y a pas de limitation significative dans son activité habituelle; il en va de même pour les plaintes lombaires, la mobilité étant notamment maintenue. L'examen du dossier et clinique n'amène pas à retenir de limitations quant aux autres plaintes formulées (talon gauche, céphalées, fatigue en fin d'après-midi, etc.; p. 3s. et 7). L'assurée est plaintive lors de l'examen, pousse des soupirs (p. 5). Elle a des larmes aux yeux pendant la majeure partie de l'anamnèse et se plaint d'un moral diminué. Cependant, après téléphone de l'expert, son généraliste traitant et elle-même confirment que cela va beaucoup mieux qu'en 2016 et que cela n'affecte pas la capacité de travail (p. 4 s., 7). Son sommeil est bon. L'assurée explique avoir arrêté de travailler le 2 mai 2016, et avoir repris progressivement son activité habituelle dès mars 2017, d'abord 2x/semaine puis davantage (p. 4); actuellement, elle effectue 20 heures hebdomadaire pour une douzaine de bénéficiaires d'une institution, mais n'a pas repris de clients privés. L'activité lucrative habituelle de dame de ménage nécessitant souvent l'emploi des deux bras, elle n'est pas adaptée à la problématique de l'épaule gauche, de sorte que, du 1er mars 2017 à la date de l'expertise, la capacité de travail est de 50% (4h/jour), sans perte de rendement, et avec un pronostic favorable quant à l'évolution. Par contre, l'assurée ne présente pas d'incapacité dans son propre ménage où elle peut faire les choses en prenant son temps et demander l'aide de son mari; elle indique d'ailleurs tout y faire elle-même, son époux l'aidant pour l'aspirateur et certaines courses. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100% du 1er mars 2017 à la date de l'expertise également, sans perte de rendement, moyennant le respect des limitations de port de charges de 10 kg au plus, d'absence de mouvements répétitifs de l'épaule gauche, ainsi qu'au-dessus de l'horizontale; l'évolution de cette capacité de travail est stable. L'experte précise que cette appréciation est superposable à l'avis du médecin traitant.

E. 3.3

Pour la Cour, l'expertise réalisée est détaillée et remplit les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître force probante sur le plan formel. Pour son appréciation, l'experte s'est fondée sur l'étude de l'ensemble du dossier asséculo-logique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux a en particulier été mentionnée. Elle a fait état notamment de l'anamnèse, ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assurée, et des observations cliniques réalisées. Elle ne s'est pas contentée de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. Elle a pu livrer ses constatations objectives obtenues lors de l'examen clinique mené, à l'occasion duquel elle a examiné personnellement l'assurée, observé son comportement et appelé le généraliste traitant. C'est de façon claire qu'elle

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 a apporté une conclusion à son expertise, répondu aux questions qui lui étaient posées et s'est prononcée sur la question du suivi thérapeutique. La tâche de l'experte consistait précisément à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon elle. Ce qu'elle a fait, en particulier relativement à la période litigieuse (cf. infra). Le grief de la recourante de défaut d'expertise à cet égard est infondé. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales, en particulier de celles antérieures (avant opérations, etc.) ou rendues sans examen clinique; étant rappelé pour le surplus la certaine réserve à observer, cas échéant, par rapport à un document provenant d'un médecin traitant. A noter enfin qu'il revenait à l'OAI, et au Tribunal désormais, de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'assurée, la compétence des médecins n'allant pas jusque-là (cf. arrêt TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 in SVR 2020 IV n° 48 p. 63).

E. 3.4

Comme pour d'autres atteintes à la santé, un diagnostic de cirrhose du foie, même d'un degré intermédiaire CHILDB et accompagné d'autres atteintes, par exemple des varices œsophagiennes, ne suffit pas pour retenir sans autre une limitation de la capacité de travail au sens de l'assurance- invalidité (cf. arrêt TF 9C_818/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3.2 s.); il ne permet pas de faire débiter d'office le délai d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. infra) dès la date à laquelle il a été posé, voire antérieurement. Indépendamment du caractère sérieux de cette atteinte, pour déterminer si, quand et dans quelle mesure elle a éventuellement eu des répercussions sur les capacités fonctionnelles d'un assuré, il faudra apprécier la situation concrète, sous l'angle médical, en tenant compte de tous les éléments pertinents à cet égard. L'assuré supportera cas échéant les conséquences d'un défaut de preuve (cf. arrêt TF précité consid. 4.3.3; art. 8 CC). Pour la recourante, une incapacité de travail, totale, doit lui être reconnue du 15 mars 2016 au 20 août 2017. Elle se réfère à cet égard à l'avis du Dr C. _____, son généraliste traitant. Celui-ci explique, le 21 mars 2019 (dos. OAI 168), que sa patiente a été en arrêt de travail complet tout ce temps pour une pathologie extrêmement pénible et invalidante, soit une cirrhose avec varice œsophagienne, avec mise en place d'un TIPSS le 21 décembre 2016. Elle a ensuite été opérée pour une hernie ombilicale incarcerated (avec laparotomie et résection du grêle). Pendant toute cette période, elle ne pouvait absolument pas travailler et il l'a suivie régulièrement, avec des ponctions d'ascite toutes les semaines, de 8 à 10 litres. Il serait juste que l'AI l'indemnise

pour toute cette période. Si elle a repris le travail actuellement, c'est parce qu'elle va mieux. La Cour souligne d'abord que l'experte n'a nullement ignoré les atteintes, opérations et traitements mentionnés par le Dr C._____. Ni celui-ci, ni la recourante ne remettent d'ailleurs en cause son appréciation médicale, hormis quant au début et à la fin de la période d'incapacité de travail. Le Dr C._____ lie la période plus étendue qu'il retient à la pénibilité de la maladie et notamment aux ponctions d'ascite régulières. A cet égard, on peut déjà relever que ces ponctions (paracentèses) sont apparues après la laparotomie du 29 juin 2016, du fait d'une décompensation (majoration) ascitique de la cirrhose, avec syndrome hépato-rénal et insuffisance rénale (cf. par exemple rapport de la clinique de gastroentérologie du 21 octobre 2016, dos. OAI 69). Parce que l'ascite était récidivante, avec des paracentèses à un rythme presque hebdomadaire (cf. rapport de la clinique en gastroenterologie du 24 octobre 2016, dos. OAI 69), un TIPS a été posé le 21 décembre 2016. Il n'est pas contesté qu'il a amené une amélioration claire de la situation quant à la cirrhose, à l'instar de la laparotomie du 26 décembre 2016 s'agissant de l'hernie ombilicale. Les

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 dernières ponctions rapportées dans le dossier ont été effectuées les 20/21 et 24 octobre ainsi que

E. 3.5

S'agissant du début de l'incapacité de travail, la Cour relève que le diagnostic de stéatohépatite alcoolique a été mentionné ensuite de la biopsie du 22 avril 2016 et figure bien dans l'expertise. Surtout, ainsi que dit, il ne suffit pas qu'il soit posé pour retenir une incapacité de travail au sens de l'assurance-invalidité. Au vu de l'ensemble des éléments rappelés ici, dont le fait que l'assurée elle-même a indiqué à plusieurs reprises la date du 2 mai 2016 comme celle du début de son incapacité de travail et que son généraliste traitant n'a attesté aucune incapacité de travail entre le 25 avril et le 17 mai 2016, il n'y a pas lieu de revenir sur cette dernière date retenue par l'OAI dans sa décision comme début de l'incapacité de travail déterminante. Quant à son terme, la Cour relève qu'à la consultation du 30 janvier 2017 déjà (cf. rapport de chirurgie viscérale et médecine du 7 février 2017, dos. 81), une évolution favorable est attestée tant par l'assurée que cliniquement, après l'arrêt de la consommation d'alcool, la pose du TIPS et la résection d'une hanse du grêle. En particulier, l'ascite est en régression. Même s'il souligne ne pas avoir examiné la question de la capacité de travail plus avant lorsqu'il a vu brièvement la patiente le 31 janvier 2017, le médecin assistant D._____ considère que l'exercice d'une activité adaptée ne paraît pas exclu et ne mentionne que de légères limitations corporelles et une légère augmentation de la fatigue dans l'activité habituelle (cf. rapport du 14 février 2017, dos. OAI 75). Le dossier n'indique pas quand est intervenue la régression du degré de cirrhose de CHILD B à CHILD A; sa première mention a été faite lors d'un contrôle en clinique le 23 avril 2018 (cf. expertise, p. 2; rapport du 11 mai 2018 de la clinique de chirurgie viscérale et médecine, dos. OAI 151). Rien

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 n'exclut cependant que cette régression ne soit intervenue auparavant, au vu de l'amélioration décrite dès janvier 2017 et des contrôles espacés auprès de la clinique. De toute manière, que le degré soit B ne suffit pas pour retenir une incapacité de travail. Le Dr C._____ n'explicite pas de façon détaillée, motivée, pourquoi il faudrait s'écarter de l'appréciation de l'experte, que corroborent au reste les indications de l'assurée de reprise de l'activité habituelle dès mars 2020. La seule atteinte que le dossier met en relation avec la date du 20 août 2017, c'est celle de tendinite à l'épaule

gauche (expertise p. 3), qui fera, le 18 août 2018, l'objet d'un ultrason et d'une radiographie ne montrant pas de lésion osseuse ou des tendons de la coiffe décelables, mais une discrète quantité de liquide péri-tendineux le long du tendon du sus-épineux. On notera qu'après obtention des résultats de ces examens, le praticien ne retiendra pas une incapacité de travail totale; il ne le fera pas non plus ensuite des deux infiltrations réalisées, des 18 septembre 2017 et 12 février 2018. De toute manière, l'experte a bien pris en compte cette atteinte, même modeste, en retenant des limitations fonctionnelles dont ne s'écarte pas le Dr C. _____ (cf. ainsi rapport du 11 octobre 2018, dos. OAI 113 et 116: limite de charge de 10 kg, identique à celle de l'experte). Le Dr C. _____ mentionne, le 23 janvier 2020, diverses atteintes psychiques dont avait, selon lui, souffert l'assurée durant la période d'incapacité totale de travail qu'il a retenu. Cet avis médical est ultérieur à la décision attaquée, qui marque en principe le terme de la période soumise à l'examen de la Cour, mais il porte sur des faits antérieurs. Au vu du dossier, et notamment des propres indications données par le généraliste traitant à l'experte puis confirmées par l'expertisée, il faut en tout état de cause considérer que la consommation d'alcool excessive et la déprime liées à des problèmes familiaux, pas davantage que la prise de conscience de la gravité du diagnostic de cirrhose et la lourdeur de son traitement, n'ont eu une incidence sur sa capacité de travail ultérieurement à 2016 et n'auraient justifié la mise en œuvre d'une évaluation par un spécialiste selon une grille normative et structurée (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.5.3). Que l'assurée n'a pas été "indemnisée" durant la période d'incapacité de travail totale est sans influence ici: l'assurance- invalidité n'a pas fonction d'assurance perte de gain, ou autre. Enfin, il n'est pas allégué, et il n'y a pas lieu de le retenir, que la néphrectomie partielle effectuée le 13 juin 2019 pour suspicion de cancer du rein droit et le diagnostic de douleur localisée à la partie supérieure de l'abdomen (R.10.1) consécutivement posé ont induit une incapacité de travail déterminante au sens de l'AI (cf. rapports du Dr E. _____, urologue, des 12 septembre 2019 et

E. 3.6

Selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, pour que puisse s'ouvrir un droit à la rente, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 En l'espèce, l'assurée aurait dû présenter une incapacité de travail sans interruption notable jusqu'au 17 mai 2017. Ce qui n'a pas été le cas, puisqu'elle disposait d'une capacité pleine et entière dans une activité adaptée depuis le 1er mars 2017. Elle ne peut ainsi prétendre à aucune rente. Dans ces circonstances, le calcul du degré d'invalidité et les griefs de l'assurée à cet égard ne doivent pas être examinés plus avant. Au demeurant, ni les limitations fonctionnelles, ni l'absence de formation, ni l'âge, bien inférieur à celui pris en compte par la jurisprudence pour retenir une difficulté de ce fait, ne l'empêchent d'exercer un large panel d'activités, par exemple celles mentionnées par l'OAI. La méthode mixte de calcul n'a pas été remise en cause par la recourante, et la Cour ne voit pas de motif de le faire. L'absence d'enquête ménagère n'apparaissait au surplus pas arbitraire dès lors que l'experte a examiné l'influence des atteintes et limitations fonctionnelles retenues sur la capacité d'effectuer des tâches ménagères. L'incapacité de travail de 50% comme dame de ménage n'a pas d'incidence à cet égard: les empêchements dus aux atteintes objectives dans l'exercice d'une telle profession ne peuvent être repris sans autre pour son propre ménage. L'assurée peut s'organiser autrement, effectuer ses tâches à un autre rythme que lorsqu'elle travaille et surtout, demander l'aide des proches, ce à quoi

elle ne recourt qu'à peine.

E. 4

Le recours, mal fondé, doit dès lors être rejeté, et la décision attaquée, confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils seront compensés par l'avance de frais du même montant. Il ne sera pas alloué de dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante et seront prélevés sur son avance de frais, d'un même montant. 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 5 juillet 2021/djo Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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