

VD_GERICHTE ZD13.019585 vom 19. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.019585

FR: VD_GERICHTE ZD13.019585 du 19 septembre 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.019585 del 19 settembre 2014

Erwägungen

E. 27

août 2012 par la Dresse Q. _____, rhumatologue, et le Dr C. _____, psychiatre, de la Clinique D. _____. Il en ressortait notamment ce qui suit : "Diagnostics relatifs à la situation actuelle a. Sur le plan somatique : Si le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde a été retenu, la pathologie est toutefois peu active au jour de l'évaluation, puisqu'on ne retrouve qu'une arthrite du coude gauche. Il n'y a pas de ténosynovite associée, ni d'autres arthrites retrouvées à l'examen clinique. Par ailleurs, si la polyarthrite rhumatoïde est un diagnostic qu'on peut envisager, il s'agirait alors d'une forme très modérée avec une expression mono-articulaire, peu inflammatoire et peu destructrice. b. Sur le plan psychiatrique : Le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (ICD-10, F32.11) [...] est en première analyse retrouvé. Il faut toutefois noter que ce diagnostic est sous une dépendance multifactorielle d'éléments dépressiogènes. L'impact symbolique de l'annonce du diagnostic de polyarthrite n'est pas neutre et la personnalité à la fois pusillanime sans doute et exigeante de son rôle maternel se noue autour de cet aspect. Enfin, le traitement corticoïde au long cours présente des effets dépressiogènes réels et bien connus pour aggraver encore les symptômes dépressifs. De surcroît, une amplification des plaintes et une notion d'apitoiement sur soi sont tout aussi probables, vu la discordance entre les conclusions objectives de la clinique en rhumatologie à propos d'une forme actuelle très modérée de la maladie et les propos de l'explorée : « J'ai mal partout ». Suggestions pour le traitement

- 10 - a. Sur le plan somatique : Il semble indispensable de diminuer très lentement la corticothérapie, laquelle a été à l'origine d'une prise de poids et peut également donner des troubles de l'humeur. La décroissance pourra se faire sur un mois environ. [...] b. Sur le plan psychiatrique : Le traitement antidépresseur à base de Cymbalta®(duloxétine) 90mg/j est qualitativement adapté. La compliance est acquise puisque le dosage est à 700nmol/l pour un taux d'efficacité normé entre 100-400, ce qui est très élevé. Cela peut traduire un métabolisme lent, (par exemple du fait d'une interaction médicamenteuse ou d'une insuffisance hépatique) ou encore d'une prise incorrecte dans le sens d'un surdosage du médicament, étant donné l'attitude d'auto-majoration des prises concordantes avec la surcharge psychogène de personnalité. Ainsi, comme dans la pratique courante, la posologie du Cymbalta®(duloxétine) devrait être ramenée à 60mg/j. Il y a donc là également une autre source de questionnement d'autant que tout psychotrope surdosé peut être source de fatigue ou de sentiment de fatigue. Quoiqu'il en soit, il doit être conseillé à l'investiguée de strictement ramener la posologie à 60mg/j et d'effectuer un nouveau monitoring à J+7. Il en va de même pour la cortisone. En effet, au plan psychiatrique, il est indispensable et sage qu'une fenêtre thérapeutique soit instaurée puisqu'elle est possible, afin de mieux adapter l'attitude thérapeutique. Si les effets iatrogènes de ce traitement se

révélaient prédominants, éventualité non exceptionnelle, l'examinée aurait la bonne surprise de bénéficier des améliorations de sa condition thymique et de pouvoir envisager sa situation d'un autre œil. En outre, des consultations spécialisées, d'une manière plus intensive, devraient être instaurées. Limitations en lien avec les diagnostics retenus a. Sur le plan somatique : Dans la mesure où la polyarthrite rhumatoïde s'exprime actuellement sous la forme d'une monoarthrite du coude gauche, ce diagnostic n'est pas incapacitant dans son travail de secrétaire de direction, d'autant que la mobilité du coude et des poignets est parfaitement conservée. Il n'y a donc pas de limitations somatiques significatives. La limitation retenue lors du séjour à la Clinique H. _____, en l'occurrence des activités ne dépassant jamais un effort moyen, n'est pas actuellement retenue par l'évaluatrice. b. Sur le plan psychiatrique : Les limitations tiennent essentiellement aux phénomènes de fatigue, de troubles de la concentration accompagnés de ruminations au sujet de son état de santé et de la défaillance à ses fonctions maternelles. Par ailleurs, ces limitations dues à de probables effets iatrogènes du traitement à la cortisone au long cours sont à noter. Cet effet est bien connu et paraît non négligeable dans la situation présente. Le surdosage au Cymbalta®(duloxétine) peut constituer un facteur d'aggravation de la fatigue supplémentaire. Ceci n'exclut pas l'intervention d'une surcharge psychogène compte tenu de la personnalité même de l'assurée, comme d'une attitude d'amplification des plaintes, lesquelles en toute rigueur ne sont pas des facteurs de limitations.

- 11 - Capacité de travail dans un emploi équivalent au dernier a. Sur le plan somatique : Dans l'emploi de secrétaire de direction à temps partiel ou dans un emploi équivalent, la capacité de travail est de 100%, horaire et rendement, au jour de l'examen soit le 27 août 2012. J'ai averti Madame T. _____ de mes conclusions. b. Sur le plan psychiatrique : Au jour de l'évaluation, au bénéfice de l'hypothèse iatrogénique dépressiogène du traitement à la cortisone, l'intéressée est en état d'incapacité totale de travail. Le sevrage de la cortisone étant réalisable sur un mois, la nécessité des réaménagements psychiques secondaires au sevrage étant aussi progressive et différée à la première, la durée de l'incapacité peut être estimée à 2 mois à partir du jour de l'évaluation. Dans le même temps, une régulation de la prise de Cymbalta®(duloxétine) devra aussi avoir lieu. Au total, au plan psychiatrique, la capacité de travail de secrétaire de direction à temps partiel ou dans un emploi équivalent est de : - 0% au 27 août 2012 - 100%, horaire et rendement au 27 octobre 2012. c.

Globalement : La capacité de travail de secrétaire de direction à temps partiel ou dans un emploi équivalent est de 0% au 27 août 2012 et de 100% horaire et rendement au 27 octobre de la même année. Capacité de travail dans une activité adaptée avec les diagnostics retenus a. Sur le plan somatique : La question tombe, car il n'y a actuellement pas de handicap motivant une adaptation de son poste de travail habituel. b. Sur le plan psychiatrique : Actuellement, l'épisode dépressif limite l'assurée dans tout type d'activité professionnelle, la gestion de son quotidien de mère de famille étant déjà source de grandes difficultés. Par ailleurs, au terme des délais mentionnés supra, elle sera apte à reprendre un emploi similaire au dernier, une adaptation de celui-ci ne sera donc pas nécessaire. c. Globalement : La question tombe. Commentaires a. Sur le plan somatique : Il s'agit probablement d'une polyarthrite rhumatoïde, mais sous une forme peu agressive et non érosive où il y a peu de critères de mauvais pronostic dans le sens où il s'agit d'une forme pauci-articulaire avec peu de syndrome inflammatoire et séronégatif. b. Sur le plan psychiatrique : Nihil. Quel est votre pronostic en ce qui concerne cette reprise ? a. Sur le plan somatique ■ Bon

■■■Réservé

- 12 - Comme précisé, on est face à un possible rhumatisme inflammatoire chronique, lequel est peu actif, ce qui contraste avec l'intensité des plaintes décrites par l'explorée et les pleurs. Le pronostic est réservé du fait de l'existence de facteurs de stress qui majorent les plaintes. En outre, elle ne signale pas de projets professionnels. Il semble surtout qu'une anxiété relative à ce diagnostic se manifeste au premier plan avec des craintes de non-reconnaissance et une kinésiophobie. b. Sur le plan psychiatrique ■ Bon ■■Réservé Depuis cette seule évaluation, il est difficile de se prononcer objectivement sur le pronostic de reprise, l'investiguée étant actuellement dans cette attitude où elle veut surtout faire reconnaître sa maladie." Aux termes d'une fiche intitulée « Communication sur la capacité de travail » datée du 27 août 2012 également et signée par les experts Q. _____ et C. _____ ainsi que par le Dr K. _____, medical manager à la Clinique D. _____, il était mentionné ce qui suit : "Dans l'activité professionnelle habituelle La capacité de travail est de 0% au jour de l'examen, soit au 27 août 2012. La reprise du travail à 100% horaire et rendement de son temps partiel sera possible dès le 27 octobre 2012. Cette reprise est subordonnée à un changement de traitement (sevrage à la cortisone et diminution de la posologie quotidienne de l'antidépresseur) dont il faudra informer les médecins traitants. Dans un emploi adapté La question tombe car il n'y a pas d'handicap. Un emploi similaire au dernier pourra être repris au terme du délai mentionné supra, à la fois pour motifs psychiques et rhumatologiques." Par avis médical du 26 octobre 2012, le Dr E. _____, du SMR, a pris position sur le rapport d'expertise de la Clinique D. _____. Il a relevé que son service avait « retenu une exigibilité de 50% en raison notamment de l'atteinte rhumatologique qu[e les experts] retrouvaient très modérée le jour de leur examen, mais il fa[[lai]t savoir qu'une telle affection évolu[ait] par poussée, ce qui p[ouvai]t expliquer la probable rémission le jour de l'examen ». Cela étant, le Dr E. _____ a considéré qu'il y avait lieu d'admettre une incapacité de travail totale jusqu'au 26 octobre 2012, avec une reprise théorique à 50% dès le 27 octobre 2012, et non à 100% tel que mentionné par les experts. Les conclusions du

- 13 - rapport SMR du 31 juillet 2012 restaient donc valables, hormis l'exigibilité de 50% qui devait être repoussée au 27 octobre 2012. Complétant ses objections le 8 novembre 2012 sous la plume d'un nouveau mandataire, l'assurée a conclu à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée dès le 1er août 2012. Pour l'essentiel, elle a contesté le statut mixte de 50% active et 50% ménagère retenu par l'OAI, soutenant que c'était à tout le moins le statut de 80% active et 20% ménagère retenu par l'enquêtrice de cet office qui devait prévaloir et que l'on pouvait même se demander s'il n'y avait pas lieu d'instruire la question d'un éventuel statut de 100% active. Elle a par ailleurs critiqué l'évaluation de sa capacité de travail par l'administration, se référant au compte-rendu du 21 août 2012 de la Dresse Z. _____ ainsi qu'aux documents suivants : - un rapport du 20 juin 2012 établi par la Dresse I. _____, psychiatre psychothérapeute à la Clinique H. _____, exposant que l'assurée, qui souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique ainsi que de polyarthrite rhumatoïde, avait séjourné dans cet établissement du 29 mai au 12 juin 2012 dans le cadre d'une réadaptation psychosomatique et qu'il était apparu dans ce contexte que des activités ne dépassant jamais l'effort moyen pouvaient être maintenues ; - un rapport du 31 août 2012 du Dr P. _____, indiquant que l'intéressée était toujours suivie pour un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, que l'incapacité de travail s'élevait au moins à 50% du point de vue de l'état de dépressif et que cette incapacité était totale avec l'effet cumulé de la polyarthrite, cela pour une durée indéterminée, étant précisé qu'à l'avenir la capacité de travail ne dépasserait pas 50% au mieux. Toujours le 8

novembre 2012, l'assurée a personnellement écrit à l'OAI pour inviter cet office à réexaminer son dossier. A cette fin, elle a résumé sa situation et a notamment souligné qu'elle n'avait cessé de baisser son taux d'activité depuis 2007-2008, étant passée d'un taux - 14 - de 70% à 60% et enfin à 50% dans une activité accessoire qu'elle avait rapidement dû abandonner eu égard à son état de santé. Le 30 janvier 2013, la Dresse Z._____ a répondu comme suit aux questions complémentaires posées par l'OAI : "1. Quelle est l'évolution de l'état de santé de Madame T._____ depuis votre rapport médical [du] 21 août 2012 [...] ? Peu favorable. Une tentative de sevrage aux stéroïdes a été effectuée, avec diminution jusqu'à 2,5 mg/jour, mais nouvelle récurrence. L'Humira se poursuit à 1 fois/semaine, toujours associé à du Cymbalta. Un dosage sanguin de ce dernier a été effectué qui s'avère normal. Depuis fin octobre et jusqu'en décembre, la patiente présente une pneumonie, justifiant une hospitalisation, une gastro-entérite justifiant une hospitalisation pour réhydratation. A chaque fois, Humira doit être interrompu. Une tentative d'adjonction de Salazopyrine échoue en raison d'effet secondaire, type nausées, vomissements. Humira est repris en fin d'année, à raison d'une fois/semaine. Lors du dernier contrôle, la patiente concède une diminution des douleurs, la Prednisone est à nouveau à 2,5 mg/jour. La problématique la plus importante reste l'état de fatigue. 2. Quelle est l'évolution des incapacités de travail depuis votre rapport médical ? Prolongation de l'incapacité de travail de 100% jusqu'au 25 janvier 2013. 3. Quelles sont les limitations fonctionnelles actuelles ? Tous les travaux de manipulations répétitives avec les mains et les membres supérieurs. La patiente est très fatig[a]ble et tol[è]re peu le stress. 4. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? En tant que secrétaire de direction, la capacité de travail est de 20% depuis le 26 janvier 2013. 5. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? 20% également, il serait souhaitable que la patiente puisse se confronter à une telle activité, qui serait réévaluée après deux à trois mois en vue d'une augmentation, si possible à 50%. Un taux supérieur ne paraît pas envisageable." Egalement invité par l'OAI à fournir des indications actualisées sur l'état de santé de l'assurée, le Dr P._____ a exposé dans un compte- rendu du 15 février 2013 que l'état de santé tant psychique que physique était stationnaire depuis le mois d'août 2012, étant précisé que

- 15 - l'intéressée demeurait fragile sur le plan psychique bien qu'elle fût désormais un peu plus active. Il a ajouté que cette dernière recherchait actuellement du travail à 50% et qu'il lui semblait impossible d'augmenter ce pourcentage. Selon le Dr P._____, l'assuré était tout à fait capable d'exercer son activité habituelle, aucune autre activité n'étant mieux adaptée. Par envoi du 28 février 2013, R._____ a transmis de nouveaux documents médicaux à l'OAI. Il en résultait notamment que dans un rapport du 21 novembre 2012, la Dresse Z._____ avait expliqué qu'un contrôle du taux de Cymbalta s'était avéré dans la norme, que la corticothérapie avait été diminuée sans pouvoir être interrompue et que l'incapacité de travail à 100% était prolongée jusqu'à la fin de l'année. Nantis de ces informations, les Drs Q._____ et C._____ de la Clinique D._____ avaient préconisé, le 14 décembre 2012, de recueillir des renseignements complémentaires et de réévaluer la situation au 31 décembre 2012. Suite à cela, dans un compte-rendu du 22 janvier 2013, la Dresse Z._____ avait exposé que les douleurs de la polyarthrite avaient nettement diminué sous traitement d'Humira et de Prednisone – médication qui allait se poursuivre de la même manière, si possible avec un sevrage complet de stéroïdes – mais qu'un état de fatigue invalidant persistait, certainement d'origine mixte en rapport avec la polyarthrite mais également avec l'état d'épuisement présenté par l'assurée ; quant à la

capacité de travail, elle était évaluée à 20% eu égard à l'état de fatigue, dans une activité adaptée en position alternée, sans port de charge et « sans travail de répétition répétitive ». Prenant position le 19 février 2013, les experts de la Clinique D._____ avaient alors considéré qu'il n'y avait pas lieu de valider le maintien de l'incapacité de travail au-delà du

E. 31

juillet 2012). Ultérieurement, le terme de l'exigibilité a été repoussé au 27 octobre 2012 pour faire suite à l'expertise de la Clinique D._____ (cf. avis SMR des 26 octobre 2012, 15 mars 2013, 26 juin 2013 et 2 octobre 2013). dd) On relèvera à ce stade qu'il n'est pas contesté que l'épisode dépressif, initialement qualifié de sévère sans symptômes psychotiques (cf. rapports du Dr P._____ des 15 novembre 2011 et 10 février 2012), a évolué de façon favorable puisque c'est finalement un épisode moyen, avec syndrome somatique, qui a été retenu (cf. rapports de la Dresse I._____ du 20 juin 2012, de la Clinique D._____ du 27 août 2012 et du Dr P._____ du 31 août 2012 ; cf. également rapport SMR du 31 juillet 2012). Cela étant, si le Dr P._____ a initialement évoqué une capacité de travail exigible de 50% tout au plus dans une activité adaptée du point de vue psychiatrique, (cf. rapports des 15 novembre 2011, 10 février 2012, 31 août 2012 et 15 février 2013), il est ensuite revenu sur ses conclusions en observant qu'en raison de son état de santé, l'assurée n'avait jamais été en mesure de reprendre une activité à 50% (cf. rapport du 26 août 2013). En tant que ce revirement demeure inexplicé en l'état du dossier, l'appréciation du Dr P._____ est donc sujette à caution et ne

- 31 - saurait fonder l'appréciation du tribunal. Par surabondance, on ajoutera que contrairement à la thèse défendue par le psychiatre traitant notamment dans son rapport du 31 août 2012, le fait que la recourante présente une atteinte physique et une atteinte psychique n'a pas pour conséquence un cumul des atteintes mais justifie de procéder à une appréciation globale de la capacité de travail (cf. TF 9C_280/2012 du 23 novembre 2012 consid. 3.3 et la référence citée). S'agissant des conclusions de l'expert C._____, il apparaît que ce dernier a considéré que la capacité de travail était nulle sous l'angle psychique au jour de l'expertise, mais qu'elle pourrait être de 100% dans l'activité habituelle de secrétaire de direction à temps partiel ou toute autre activité analogue, moyennant un sevrage à la cortisone et une diminution de l'antidépresseur. Autrement dit, l'expert a retenu que la recourante serait en mesure d'effectuer une activité adaptée à 50% pour autant que son traitement soit adapté, les changements nécessaires étant considérés comme réalisables au 27 octobre 2012. Cette appréciation doit toutefois être relativisée dès lors que les experts de la Clinique D._____ ont ultérieurement admis la prolongation de l'entière incapacité de travail jusqu'à la fin de l'année 2012 (cf. avis des 14 décembre 2012 et 19 février 2013). Quoiqu'il en soit, il apparaît qu'en définitive, les adaptations préconisées par l'expert C._____ n'ont pas pu être accomplies. Il s'est en effet avéré que le dosage de l'antidépresseur était conforme à la normale sans modification et que la corticothérapie pouvait certes être diminuée mais pas interrompue (cf. rapports de la Dresse Z._____ des 21 novembre 2012, 22 janvier 2013, 30 janvier 2013 ch. 1) ; au surplus, on rappellera que, le 26 avril 2010, le Dr B._____ avait déjà signalé qu'une tentative de sevrage à la cortisone (Prednisone) avait engendré une recrudescence des douleurs. A la lumière de ces circonstances, on peut s'interroger sur le point de savoir si les changements médicamenteux auxquels l'expert C._____ a subordonné la reprise d'une activité professionnelle étaient exigibles médicalement. Dans la négative et à l'aune des explications fournies par cet expert quant aux conséquences de la médication, il y aurait lieu

d'admettre que, l'effet iatrogène dépressiogène du traitement ne pouvant être évité, la diminution de la

- 32 - capacité de travail persisterait, le cas échéant, dans des proportions considérables. Or, en l'état du dossier, rien ne permet de trancher ces questions. Ces interrogations demeurant entières, les conclusions de l'expertise de la Clinique D. _____ ne sauraient être retenues pour déterminer la capacité de travail de la recourante du point de vue psychiatrique. Quant au SMR, il s'en est tenu à une exigibilité de 50% initialement sur la base de l'avis du Dr P. _____ (cf. rapport SMR du 31 juillet 2012) puis des conclusions des experts de la Clinique D. _____ (cf. avis SMR du 26 octobre 2012), soit deux appréciations dont les paragraphes qui précèdent démontrent qu'elles ne peuvent être suivies en l'état. Par conséquent, il apparaît que sur le plan psychiatrique également, l'instruction s'avère insuffisante et ne permet pas de se prononcer en toute connaissance de cause sur la capacité résiduelle de travail de la recourante du fait de son atteinte psychique. d) Il convient dès lors de retenir que le dossier de la cause est manifestement lacunaire en ce qui concerne les conséquences des atteintes tant physiques que psychiques. La Cour de céans n'est donc pas en mesure de se déterminer sur le sujet à satisfaction de droit. 5. Pour le reste, la recourante conteste la détermination de son statut ainsi que l'évaluation de ses empêchements ménagers. a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant

- 33 - une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334, ATF 130 V 393, et ATF 125 V 146). aa) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet; cette dernière disposition énonce que 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. bb) Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'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 l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (cf. TFA I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI) – pratique dont le Tribunal fédéral a admis la conformité (cf. TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la

personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et

- 34 - rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (cf. ATF 128 V 93; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles. En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3). Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; cf. TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1). cc) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité (cf. art. 28a al. 3 LAI). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (cf. ATF 125 V 146 et 130 V 393 consid. 3.3). dd) La réponse apportée 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 (cf. ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les arrêts cités). 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

- 35 - être déduite d'indices extérieurs (cf. TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et la référence citée). b) En ce qui concerne le statut de la recourante, il y a lieu de relever qu'aux termes du formulaire 531bis complété le 14 octobre 2011, celle-ci a expliqué qu'elle aurait travaillé à un taux de 60 à 80% depuis le 1er janvier 2008 si elle avait été en bonne santé, cela par nécessité financière. A l'occasion de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 3 mai 2012, l'assurée a confirmé qu'elle aurait travaillé à 80% si elle avait été en bonne santé, attendu que son fils cadet pouvait être placé en garderie et que les deux aînés étaient autonomes ; elle a ajouté que les besoins financiers étaient importants avec trois enfants ayant tous des activités extra-scolaires et que du reste un poste de secrétaire de direction devait au moins être exercé à 80% pour être intéressant. Aussi l'enquêtrice de l'OAI a-t-elle proposé un statut de 80% active et 20% ménagère (cf. rapport d'expertise du 3 mai 2012 point 5 p. 2), repris par la recourante (cf. mémoire de recours du 6 mai 2013). L'office intimé a toutefois estimé qu'il y avait lieu de s'écarter de cette clé de répartition au profit d'un statut de 50% active et 50% ménagère (cf. décision du 25 mars 2013 et courrier explicatif du 26 mars 2013), motif pris que l'intéressée travaillait à 50% en tant que secrétaire de direction avant l'atteinte à la santé et qu'elle s'était ensuite inscrite au chômage à 50%. (cf. réponse du 9 juillet 2013). Les considérations familiales, financières et

professionnelles énoncées ci-dessus à l'appui d'un statut de 80% active et 20% ménagère méritent certes d'être prises en considération. Au même titre, le taux d'occupation de la personne assurée avant la survenance de la maladie peut également être révélateur de son taux d'activité hypothétique en bonne santé. A ce propos, il apparaît qu'en l'espèce l'assurée s'est vu diagnostiquer une polyarthrite rhumatoïde en 2008 et que ce n'est que par la suite, au 1er juin 2010, qu'elle a été engagée comme secrétaire de direction à 50% par l'entreprise N. _____ SA. La recourante a expliqué à cet égard qu'elle avait été contrainte d'abaisser son taux d'activité depuis 2007/2008 pour des raisons de santé – ayant travaillé à 70% puis à 60% et

- 36 - finalement à 50% (cf. écriture du 8 novembre 2012) – et qu'elle n'avait donc pas occupé un emploi à 50% par convenance personnelle (cf. objections du 21 août 2012). Dans le même sens, la Dresse Z. _____ a exposé que l'intéressée travaillait à 70% en 2008, au début de la polyarthrite, et avait spontanément diminué ce taux à 60% puis à 50% en raison de la symptomatologie douloureuse et de la fatigue (cf. rapport du 21 octobre 2011). Rien au dossier ne vient toutefois confirmer les allégations de l'assurée et de sa rhumatologue traitante. Bien plus, la Dresse Z. _____ a paradoxalement indiqué que c'était suite à une poussée de polyarthrite en fin d'année 2010 que la situation professionnelle de l'intéressée avait posé problème (cf. rapport du 21 août 2012). Force est dès lors de constater que les informations recueillies au cours de la procédure administrative sont équivoques. Ce nonobstant, aucune démarche n'a été mise en œuvre par l'intimé en vue d'éclaircir la situation. En particulier, les médecins traitants de l'époque – la Dresse Z. _____ n'ayant débuté son suivi qu'en août 2010 (cf. rapport du 21 août 2012) – n'ont pas été interpellés sur le sujet, pas plus que les employeurs successifs de l'assurée n'ont été invités à s'exprimer sur le taux d'occupation de cette dernière pour la période concernée, respectivement sur le point de savoir si ses problèmes de santé avaient influencé la fixation de son horaire de travail. Pour le surplus, on notera que la recourante a rajouté à la confusion en procédure judiciaire, soutenant avoir réduit son taux d'activité à 50% depuis le 1er janvier 2008 en raison de ses problèmes de santé (cf. mémoire de recours du 6 mai 2013 p. 12). Cela étant, les lacunes et les contradictions émaillant l'état de fait ne permettent pas de se prononcer – au degré de la vraisemblance prépondérante – quant à une baisse du taux d'activité de l'assurée pour des raisons de santé. Plus particulièrement, le doute subsiste quant au point de savoir si l'intéressée a accepté un engagement à 50% auprès de N. _____ SA en raison de ses problèmes médicaux, ainsi qu'elle le prétend, ou par convenance personnelle, comme le retient l'OAI. Dans ces conditions, il n'est pas possible de déterminer si le taux d'activité de la recourante dans ses précédents emplois est susceptible d'être pertinent pour la fixation de son statut. L'instruction étant incomplète sur ce plan, on ne peut se rallier ni au statut de 50% active et 50% ménagère retenu

- 37 - par l'OAI, ni au statut de 80% active et 20% ménagère proposé aux termes de l'enquête domiciliaire du 3 mai 2012. A cela s'ajoute que le taux auquel l'assurée s'est inscrite au chômage en mai 2012 – une fois malade et, qui plus est, sur les conseils de la collaboratrice de l'OAI en charge de son dossier (cf. courriel du 23 mai 2012) – ne saurait être déterminant pour savoir à quel taux elle aurait travaillé en bonne santé, cela d'autant moins qu'elle a finalement été déclarée inapte au placement dès le 1er juin 2012 (cf. décision du Service de l'emploi du 15 août 2012). En définitive, on retiendra là encore qu'en ce qui concerne la détermination du statut de la recourante, des incertitudes persistent et méritent d'être levées dans le cadre d'une instruction complémentaire. c) Partant, la Cour de

céans ne disposant pas d'informations médicales suffisantes sous les angles somatique et psychique et n'étant pas en mesure de trancher la question du statut de la recourante, il ne saurait être question de procéder ici à l'examen du degré d'invalidité de l'intéressée. En ce qui concerne plus particulièrement l'évaluation des éventuels empêchements rencontrés par l'assurée dans l'accomplissement de ses travaux habituels, il convient de relever que selon la jurisprudence, la valeur probante d'un rapport d'enquête ménagère est subordonnée – notamment – au fait que ce dernier ait été établi en pleine connaissance des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux (cf. consid. 5a/bb supra). Dès lors qu'en l'espèce des mesures d'investigation s'imposent pour évaluer les conséquences invalidantes ou non des atteintes tant somatique que psychiatrique de l'assurée (cf. consid. 4b et 4c supra), il s'ensuit qu'aucune valeur probante ne peut de toute manière être accordée au rapport d'enquête domiciliaire du 3 mai 2012 en tant qu'il procède à l'évaluation des empêchements ménagers sur la base d'un dossier médical incomplet.

- 38 - Pour le surplus, les autres griefs invoqués par l'assurée n'ont pas à être examinés dans la mesure où il s'impose préalablement de compléter l'état de fait. 6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, l'instruction diligentée par l'OAI s'avère insuffisante tant en ce qui concerne l'aspect médical (cf. consid. 4 supra) que pour ce qui touche à la détermination du statut de la recourante (cf. consid. 5 supra), avec pour conséquence que l'on ne peut en l'état procéder à l'évaluation de l'invalidité de celle-ci. Compte tenu de ces circonstances particulières, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe

- 39 - inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPG) – apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise somatique et psychiatrique (cf. art. 44 LPG) et qu'il procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins de déterminer le statut de la recourante ainsi que, le cas échéant, ses empêchements dans l'exécution des travaux ménagers. Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision. 7. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour

complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'OAI.

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