



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

608 2019 128

## **Arrêt du 6 mars 2020**

### **II<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

Composition	Président :	Johannes Frölicher
	Juges :	Anne-Sophie Peyraud, Daniela Kiener
	Greffier-rapporteur :	Michel Bays

Parties **A. \_\_\_\_\_, recourante**, représentée par Me Alain Ribordy, avocat  
contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet Assurance-invalidité – Refus de rente, méthode mixte, délai d'attente  
Recours du 9 mai 2019 contre la décision du 21 mars 2019

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, née en 1963, mariée et domiciliée à B. \_\_\_\_\_, a travaillé en dernier lieu en tant que femme de ménage pour divers employeurs privés. Des douleurs à l'épaule droite ont motivé une incapacité totale de travail, attestée dès le mois de juin 2015 par le généraliste traitant, justifieront une intervention chirurgicale en août suivant. Son cas a été pris en charge par C. \_\_\_\_\_, assurance perte de gain maladie. L'assurée a déposé, le 4 décembre 2015, une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI).

Celui-ci a requis des rapports médicaux auprès du Dr D. \_\_\_\_\_, généraliste traitant, ainsi qu'auprès du Dr E. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste traitant. En date du 27 janvier 2016, ce dernier a attesté la possibilité pour l'assurée de travailler à 100% dès le 1<sup>er</sup> mars suivant à la condition de ne pas porter de charges au-delà de 1kg. Cela incitera C. \_\_\_\_\_ à annoncer la suspension de ses prestations, avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2016.

Par projet du 18 octobre 2016, l'OAI a fait part de son intention de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, en retenant que l'assurée était à nouveau en mesure, avant le terme du délai d'attente d'une année, de faire valoir une capacité de travail à plein temps et plein rendement. Dès lors toutefois que celle-ci a déposé de nouveaux certificats attestant d'une incapacité totale dès la mi-septembre 2016, l'instruction a repris et de nouveaux rapports ont été requis de la part des deux médecins traitants. Le Dr E. \_\_\_\_\_ fera état d'une re-rupture du supra-épineux de l'épaule droite et effectuera une nouvelle intervention, en janvier 2017, ce qui entraînera une incapacité totale de travail jusqu'en novembre 2017. Il attestera ensuite d'une capacité de travail de 50% dans une activité légère adaptée, à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2017.

Parallèlement, C. \_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'elle avait épuisé son droit aux indemnités journalières, ce qui motivera son inscription au chômage. Dans le même temps, une prise en charge psychiatrique a débuté auprès de la Dresse F. \_\_\_\_\_. Après avoir demandé l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie œuvrant auprès du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), l'OAI a procédé à une enquête ménagère au domicile de l'assurée, en juin 2018.

Suite au nouveau projet de décision du 19 juillet 2018, envisageant le rejet de la demande, l'assurée a déposé des objections, à l'appui desquelles deux nouveaux rapports des médecins traitants (généraliste et chirurgien orthopédiste) ont été remis. Ces documents n'ont toutefois pas modifié la position du médecin SMR. Le 29 janvier suivant, l'ergothérapeute ayant mené l'enquête à domicile s'est déterminée sur certains griefs relatifs à son enquête.

Par décision du 21 mars 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. En application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, il a retenu que celle-ci aurait travaillé à 22% et consacré les 78% restant à la tenue de son ménage. Il a en outre considéré que la présence d'une interruption notable de l'arrêt de travail, au cours de l'année 2016, entraînait un report du début du délai d'attente au 17 septembre 2016. S'agissant de la capacité de travail pour la partie lucrative, l'OAI a admis une incapacité totale du 17 septembre 2016 au 31 octobre 2017, puis une capacité de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour la partie ménagère, il a constaté l'absence de rapports médicaux attestant d'une incapacité de travail à cet

égard et s'est donc fondé sur le rapport d'enquête ménagère à domicile. Il a en outre fait application de la nouvelle réglementation en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 (extrapolation à 100% de l'activité lucrative à temps partiel). Il est parvenu, au final à un degré d'invalidité inférieur à 40% pour toutes les périodes concernées.

B. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Alain Ribordy, avocat, interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 9 mai 2019. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016. A l'appui de ses conclusions, elle remet tout d'abord en question la pondération de l'activité lucrative, alléguant avoir travaillé à plus de 22%, taux correspondant uniquement aux employeurs qui avaient déclaré ses salaires et requiert à cet égard sa propre audition, ainsi que celle de divers témoins (employeurs). Elle conteste l'interprétation de la jurisprudence donnée par l'OAI et invoque avoir apporté des indices suffisants pour retenir l'existence d'une activité plus étendue. Par un deuxième argument, elle réfute le fait qu'elle aurait retrouvé une pleine capacité de travail de mars à septembre 2016. Elle estime ensuite que l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée, en particulier la limite de port de charge, n'est pas claire. De même, l'interaction entre les atteintes physiques et psychiques n'a pas été correctement évaluée. Enfin, elle allègue que le fait d'être reconnue incapable de travail dans une activité de femme de ménage, mais dans le même temps capable de poursuivre la tenue de son ménage presque complètement, est insoutenable. Elle relève que l'OAI a répondu aux critiques émises dans ses objections au projet de décision via une prise de position de l'enquêtrice jointe à la décision, ce qui viole son droit d'être entendue et justifie en soi l'octroi d'une indemnité de partie. Quoi qu'il en soit, elle considère que cet avis n'est pas convaincant. Pour tous ces motifs, la recourante requiert que plusieurs mesures d'instruction soit menées directement par l'Instance de céans, rejetant au passage l'éventualité d'un renvoi à l'autorité intimée. Elle se réserve enfin le droit de compléter sa motivation une fois que dites mesures d'instruction auront été menées.

Le 24 mai 2019, la recourante a transmis la liste des adresses des témoins dont elle demande l'audition par le Tribunal cantonal.

Le 28 mai 2019, elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-.

Dans ses observations du 3 juin 2019, l'OAI se réfère au contenu de sa décision et conclut au rejet du recours.

Par contre-observations du 2 juillet 2019, la recourante reproche principalement à l'OAI de ne pas avoir répondu à ses griefs. Elle complète en outre ses allégués, en transmettant les décomptes établis par sa caisse de chômage pour les mois de mars à septembre 2016. Selon elle, ces indemnités de chômage confirment uniquement son aptitude au travail dans une activité adaptée et avec des limitations. Elle réfute donc le report du début du droit à la rente, dès lors que l'incapacité de travail dans l'ancienne activité était alors complète.

Par ultimes remarques du 9 juillet 2019, l'autorité intimée campe sur sa position sans se déterminer plus avant.

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.

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.

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 1<sup>er</sup> 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.

2.2. 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.

2.2.1. 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 no 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 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).

2.2.2. 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).

Suite à cet arrêt, le Conseil fédéral a modifié l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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).

2.3. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2<sup>ème</sup> phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité.

Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1).

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).

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.

Par un premier grief, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue, considérant ne pas avoir pu se déterminer sur la prise de position de l'enquêtrice sur le ménage, déposée suite aux objections contre le projet de décision.

3.1. Le droit d'être entendu, inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. comprend le droit de s'exprimer, le droit de consulter le dossier, le droit de faire administrer des preuves et de participer à l'administration de celles-ci, le droit d'obtenir une décision motivée et, cas échéant, le droit de se faire représenter ou assister (cf. ATF 137 IV 33 consid. 9.2; 136 I 265 consid. 3.2 et réf. cit.; arrêt TAF 2010/35 du 17 juillet 2014 consid. 4.1.2). Le droit d'être entendu est consacré, en matière d'assurances sociales, aux art. 42 LPGA et 52 al. 2 LPGA. En particulier, la procédure du préavis selon l'art. 57a al. 1 LAI, laquelle est obligatoire, qui renvoie à l'art. 42 LPGA, permet à l'assuré de se déterminer et de participer à l'instruction avant que l'autorité administrative ne rende une décision.

En dépit du caractère formel du droit d'être entendu, le tribunal peut exceptionnellement renoncer au renvoi de la cause à l'administration lorsqu'il représenterait une vaine formalité et conduirait à des retards inutiles qui ne seraient pas conciliables avec l'intérêt de la partie concernée à un examen diligent de son cas (cf. ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2; arrêt TAF 2010/35 du 17 juillet 2014 consid. 4.3.1). En particulier selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2; 133 I 201 consid. 2.2; arrêt TF 8C\_414/2015 du 29 mars 2016 consid. 2.3).

3.2. Il ressort du dossier que l'enquêtrice précitée a effectivement pris position de manière détaillée le 29 janvier 2019, pour répondre à certaines objections de l'assurée. Cette dernière n'a pu prendre connaissance de ce document qu'après que la décision litigieuse a été rendue.

La Cour de céans constate que le document litigieux n'a pas modifié la motivation principale, ni le résultat de la décision, et n'a en soi servi qu'à répondre aux objections de la recourante et à s'assurer que ces dernières ne modifiaient pas le résultat envisagé dans le projet. De ce point de vue, il apparaît logique que l'OAI réagisse aux objections de l'assurée à l'encontre de son projet et, dans ce cadre, invite l'enquêtrice à se déterminer à l'égard des griefs portant sur son rapport



d'enquête. Dans la mesure où l'OAI ne s'y réfère qu'en toute fin de décision et de brève manière, il convient de retenir qu'il ne s'agit pas d'un argument ayant présenté beaucoup de poids. On rappellera que l'autorité n'est pas tenue de répondre à tous les griefs formulés par l'assurée.

Dans ce contexte, le fait de ne transmettre le contenu de cette prise de position qu'à l'appui de la décision ne peut être considéré comme une violation grave du droit d'être entendue de l'assurée. A tout le moins cette violation a-t-elle été réparée dans le cadre de la présente procédure.

4.

La recourante conteste ensuite l'existence d'une capacité de travail entre le 1<sup>er</sup> mars 2016 et le 16 septembre 2016 justifiant un report du délai d'attente.

4.1. Il convient de se référer au dossier médical, dans le but de déterminer l'évolution de la capacité de travail de la recourante.

La présence d'une incapacité totale de travail à partir du mois de juin 2015, telles qu'attestée par le Dr D. \_\_\_\_\_ et par le Dr E. \_\_\_\_\_, dans leurs rapports respectifs du mois de janvier 2016 (p. 78 et 89 dossier AI), n'est en soi pas remise en cause par les parties, et notamment par l'autorité intimée. Les problèmes constatés à l'épaule droite (rupture supra-épineux, conflit sous-acromial, arthrose) justifieront dans un premier temps l'arrêt de travail, lequel se prolongera suite à l'intervention chirurgicale réalisée à la fin août 2015 par le Dr E. \_\_\_\_\_.

Le 27 janvier 2016, ce dernier atteste toutefois d'une pleine capacité de travail, sous réserve de limiter le port de charge à 1kg, dès le 1<sup>er</sup> mars suivant. C'est ce qui conduira C. \_\_\_\_\_ (p. 111 dossier AI) à mettre fin à ses indemnités journalières et l'OAI à rendre un projet de décision refusant l'octroi de prestations (p. 114 dossier AI), dès lors que l'incapacité de travail n'avait pas duré une année. L'assurée présentera toutefois une nouvelle incapacité de travail dès le 17 septembre 2016, attestée tout d'abord par son généraliste traitant, puis par le Dr E. \_\_\_\_\_. En novembre 2016, ce dernier confirme la "*réapparition de douleurs de l'épaule droite début octobre 2016*", annonce une nouvelle intervention à ce niveau et atteste d'une incapacité totale jusqu'à la fin juillet 2017. En décembre 2016, le Dr D. \_\_\_\_\_ fait quant à lui état d'une aggravation "*du fait d'une redéchirure du muscle sus-épineux*". Il relève non seulement un handicap important au niveau de l'épaule droite, mais également l'apparition, depuis quelques semaines, de douleurs à l'épaule gauche, qu'il attribue au surmenage découlant du handicap de l'autre articulation.

L'intervention s'est déroulée le 23 janvier 2017 et a été suivie de mesures de physiothérapie. L'incapacité de travail se prolongera finalement jusqu'à la fin novembre 2017. Dans un rapport du 2 novembre 2017, le Dr E. \_\_\_\_\_ retiendra le diagnostic de rupture irréparable de la coiffe gauche, tout en évoquant un état de santé stationnaire. Il jugera exigible une activité à 50%, sans port de charges dépassant 1kg et sans travail au-dessus de la poitrine. Le 12 décembre 2017, il atteste "*que la patiente susmentionnée peut travailler en position assise, en position debout, dans la même position du corps pendant longtemps avec alternance des positions assis/debout et alternance assis/debout/marche, elle peut se mettre à genoux, peut incliner le buste et peut se positionner accroupie, elle peut faire des parcours à pied, se baisser et se déplacer sur sol irrégulier ou [en] pente. Par contre, elle ne peut pas utiliser les 2 bras, lever/porter et déplacer des charges de plus de 1kg, faire des mouvements répétés des membres ou du dos ainsi que travailler en hauteur ou sur une échelle*".

C'est dans ce contexte que débute la prise en charge psychiatrique par la Dresse F. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 15 janvier 2018, elle retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Après un rappel de l'anamnèse et des antécédents médicaux, elle fait état des plaintes de l'assurée, au premier rang desquelles figurent les difficultés relationnelles conjugales, qui avaient déjà justifié une prise en charge de septembre 2014 à septembre 2015. *"En mai 2017, elle a repris contact en raison de ses problèmes de couple, auxquels s'ajoutent aujourd'hui des ennuis de santé au niveau somatique, ainsi que le souci occasionné par le divorce de son fils et le fait qu'il ne trouve pas de travail"*. Le pronostic au plan psychiatrique est jugé favorable, malgré la fragilité de la patiente et cette dernière devrait pouvoir reprendre son activité habituelle *"lorsque son état psychique sera stabilisé"*. Une thérapie de soutien ainsi qu'une adaptation du traitement médicamenteux devrait permettre une amélioration des troubles cognitifs et de la confiance en soi pour retrouver une capacité de travail, *"probablement à 50%"*.

Le 6 mars 2018, le médecin SMR confirme que l'activité d'employée de maison n'est plus exigible. Il estime en revanche qu'*"un changement d'activité est médicalement possible de suite, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées et exercée à 50% d'un plein temps"*.

Le 5 juillet 2018, le Dr D. \_\_\_\_\_ apporte diverses précisions au sujet du précédent rapport du Dr E. \_\_\_\_\_. Il relève ainsi que le fait, pour ce dernier, d'attester d'une capacité de travail de 50% dans l'ancienne activité est manifestement infondé et qu'il s'agit bien d'une activité adaptée. Il précise en outre que la rupture de la coiffe concerne bien l'épaule droite, et non la gauche comme indiqué par son confrère.

Dans le cadre des objections au projet de décision, deux rapports seront encore déposés:

- Le premier, daté du 10 avril 2018, dans lequel le Dr D. \_\_\_\_\_ confirme un important handicap de l'épaule droite, ainsi que de fréquentes tendinites de l'épaule gauche. La première doit être ménagée et il convient d'éviter un surmenage de la seconde. Le généraliste évoque également un essoufflement à l'effort, ainsi que des tendances dépressives. Un effort moyen est exigible selon lui.

- Le second, daté du 18 octobre 2018, dans lequel le Dr E. \_\_\_\_\_ précise, sur question du mandataire de l'assurée, que cette dernière est également limitée par son épaule gauche dans la tenue de son ménage et qu'elle ne peut de ce fait porter des charges supérieures à 1kg ni travailler au-dessus de la poitrine.

Invité à se déterminer sur ces nouveaux rapports, le médecin SMR retient en substance, le 10 janvier 2019, que ces pièces ne font que confirmer l'exigibilité et qu'elles ne modifient pas ses conclusions.

4.2. Sur la base de ce qui précède, la Cour de céans retient que la présence d'une amélioration de la capacité de travail entre les mois de mars et septembre 2016 mérite d'être confirmée.

Le rappel de l'historique médical ci-avant démontre que, dans son rapport de la fin janvier 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_ qui, en tant que chirurgien orthopédiste traitant, dispose à la fois d'une connaissance étendue du dossier et d'un avis autorisé, a incontestablement attesté que l'assurée retrouverait une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> mars 2016. Les éléments mentionnés par le généraliste traitant dans son rapport du mois de décembre 2016 ne permettent pas d'aboutir à une

autre conclusion. En particulier, le fait que celui-ci atteste d'une incapacité de travail totale depuis le 23 juin 2015 s'explique par le fait que cela concerne l'activité habituelle d'employée de maison. Ainsi, quand bien même celui-ci évoque une *"évolution très lente au niveau de l'épaule D durant toute l'année 2016"* de même que l'apparition récente de douleurs à l'épaule gauche, il ne remet nullement en question l'évaluation de la capacité de travail effectuée par le Dr E. \_\_\_\_\_, lequel n'est d'ailleurs jamais revenu en arrière à ce sujet. Le fait que ce dernier évoque la *"réapparition de douleurs"* ou encore que le généraliste traitant évoque une *"redéchirure du muscle sus-épineux"* tend également à accréditer la thèse d'une amélioration suivie d'une rechute, plutôt que celle d'une atteinte durable et constante.

Il est donc possible de retenir que, suite à une période d'incapacité totale de travail, dès juin 2015, la recourante était à nouveau en mesure de travailler à plein temps, entre le 1<sup>er</sup> mars et le 17 septembre 2016, avant qu'une nouvelle aggravation ne survienne et n'entraîne une nouvelle période d'incapacité totale. Cela étant, on ne saurait retenir, comme l'a fait l'OAI, qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail: dans la mesure où le port de charges était limité à 1kg, l'activité habituelle de femme de ménage n'était manifestement plus adaptée. De ce fait, la condition d'une interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29ter RAI ne peut pas être considérée comme remplie en l'espèce (cf. supra consid. 2.1).

Il en découle que le délai d'attente n'a pas été valablement interrompu de mars à septembre 2016 et qu'il a donc couru de façon continue depuis le mois de juin 2015. Il convient dès lors d'admettre le recours sur ce point, de sorte qu'un éventuel début du droit à la rente peut être fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2016 déjà.

4.3. S'agissant de la seconde période d'incapacité, débutant en septembre 2016, la recourante se plaint d'une part de l'évaluation peu claire de sa capacité de travail, en particulier s'agissant des ports de charge attestés par le Dr E. \_\_\_\_\_. Elle ajoute que les douleurs à l'épaule gauche n'ont pas été prises en considération par le médecin SMR.

4.3.1. Quoi qu'en dise la recourante, la situation est suffisamment compréhensible sur le plan somatique. La variation de la limite de port de charges annoncée par le Dr E. \_\_\_\_\_ trouve une explication du fait de la variation de la capacité de travail elle-même: dite capacité était, logiquement, plus entravée durant le deuxième semestre 2015, suite à une arthroscopie, ainsi qu'au dernier trimestre 2016, à la veille d'une nouvelle intervention, soit pendant des périodes durant lesquelles l'incapacité de travail était totale. Il n'en demeure pas moins qu'en dehors de ces périodes d'aggravation transitoire, le chirurgien orthopédiste traitant a fixé la limite de charge à 1kg, que ce soit de mars à septembre 2016 (rapport du 27 janvier 2016), puis à nouveau dès décembre 2017 (rapport du 2 novembre et du 12 décembre 2017). Vu ce qui précède, le fait pour le médecin SMR de se fonder sur la dernière limite mentionnée par le chirurgien orthopédiste traitant paraît tout à fait cohérent.

4.3.2. Dans ce contexte, la problématique de l'épaule gauche, signalée en décembre 2016 par le Dr D. \_\_\_\_\_, n'a effectivement pas été expressément discutée par le médecin SMR. Il est malgré tout possible de se forger une opinion sur la base du dossier constitué. Les rapports établis par le médecin traitant précité, ainsi que par le Dr E. \_\_\_\_\_, démontrent en effet que l'atteinte principale se situe au niveau de l'épaule droite et que c'est elle qui a exercé une influence prépondérante sur la capacité de travail de l'assurée, depuis son apparition, en 2015, (au moins) jusqu'au moment de la décision attaquée. La problématique à l'épaule gauche présente un caractère plutôt secondaire; le généraliste traitant l'attribue d'ailleurs au surmenage découlant du

handicap de l'autre articulation. Dans son dernier rapport du 18 octobre 2018, le Dr E. \_\_\_\_\_ confirme, il est vrai, l'existence d'une limitation au niveau de l'épaule gauche dans l'activité ménagère, justifiant un port de charges limité à 1kg (identique à l'épaule droite). Ce faisant, il n'atteste nullement une diminution supplémentaire de la capacité de travail. Tout en admettant que l'atteinte avérée à l'épaule droite est susceptible d'influencer, par surmenage, l'épaule gauche, il n'en demeure pas moins que ces effets délétères doivent pouvoir être endigués en respectant la limite de charge imposée. Tout au plus pourra-t-il en être tenu compte dans le cadre de l'examen de l'incapacité ménagère (cf. infra consid. 5).

4.3.3. La recourante reproche encore à l'autorité intimée de ne pas avoir correctement analysé l'interaction entre les atteintes physique et psychique.

L'OAI, se fondant sur l'avis de son médecin SMR, a globalement retenu une capacité de travail limitée à 50%. Dans son rapport du 6 mars 2018, il a notamment relevé que *"les limitations fonctionnelles somatiques et psychiques sont décrites par les spécialistes respectifs et la capacité de travail est attestée de manière concordante à 50% dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles"*.

Il ressort du dossier que le Dr E. \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de 50% pour des motifs somatiques, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2017; pour sa part, la Dresse F. \_\_\_\_\_ n'atteste pas formellement d'une incapacité de travail dans son rapport du 15 janvier 2018, mais évoque, discrètement, une reprise possible à 50% une fois que son état psychique serait stabilisé.

Sur la base de ce qui précède, il ne semble pas exclu que l'atteinte psychiatrique ait pu venir se surajouter, partiellement du moins, à la composante somatique et le fait de conclure, comme l'a fait le médecin SMR, à une incapacité globale (somatique et psychiatrique) de 50%, peut paraître réducteur. Cela étant, une lecture attentive du rapport de la psychiatre traitante conduit à en relativiser le contenu. La problématique psychiatrique découle en effet clairement d'un conflit conjugal présent de longue date, à savoir un facteur étranger à l'invalidité (cf. supra consid. 2.3). En outre, la Dresse F. \_\_\_\_\_ établit d'emblée un pronostic favorable et entrevoit une reprise à 50% (soit le taux attesté par le Dr E. \_\_\_\_\_ sur le plan strictement somatique) une fois que le soutien thérapeutique et l'adaptation de la médication auront pu produire leurs effets. Dans la mesure où ce rapport n'a pas connu de suite (notamment dans le cadre des objections au projet de décision du 19 juillet 2018), on peut en déduire que la situation sur le plan psychiatrique n'a pas entraîné d'aggravation durable de l'état de santé de la recourante et que son état de santé psychique s'est rapidement amélioré. Tout bien considéré, les conclusions du SMR peuvent donc être avalisées ce ce sens que, conformément à l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_ (dossier AI p. 228), l'incapacité de travail a été totale du 17 septembre 2016 au 30 novembre 2017, puis de 50% à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2017.

5.

5.1. La recourante conteste l'évaluation de ses empêchements dans l'accomplissement de ses tâches ménagères avec, pour principal argument, le fait qu'il est incompréhensible qu'elle soit considérée comme incapable de poursuivre sa précédente activité de femme de ménage, tandis que l'OAI l'estime capable d'assumer son propre ménage avec de minimales restrictions seulement, alors que la nature de ces activités est essentiellement la même.

Sans nier le fait que l'activité de femme de ménage présente de fortes similitudes avec la tenue d'un ménage privé, il n'en demeure pas moins qu'elles ne se recoupent que partiellement. Ainsi que l'a récemment confirmé la Haute Cour (arrêt TF 9C\_568/2017 du 11 janvier 2018 consid. 5.3), la tenue d'un ménage privé recouvre nombre d'activités sans exigence physique particulière (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) ou dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes etc.). Elle permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel.

De ce point de vue, les conclusions de l'autorité intimée ne peuvent d'emblée être considérées comme erronées. Il convient toutefois encore d'examiner la valeur de l'enquête ménagère, sur laquelle s'est basé l'OAI pour évaluer la capacité de travail par la partie ménagère.

La recourante émet différents griefs à ce sujet. Elle se plaint notamment d'une vision surévaluée de ses ressources, du fait que l'enquêtrice se prononce sur l'existence d'affections psychiques et sur les limitations qui en découlent, du fait que l'impact de l'atteinte à l'épaule gauche retenu par l'enquêtrice est en contradiction avec l'avis des médecins traitants; enfin, elle conteste l'application d'une réduction forfaitaire de 30% du fait de l'aide que ses proches sont censés lui apporter dans les activités ménagères.

5.2. L'art. 69 al. 2 RAI prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de réaliser une visite domiciliaire. Il en va notamment ainsi dans le cas d'assurés qui s'occupent du ménage (cf. CIIAI, ch. 1058). 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 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 (ATF 128 V 93).

Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, 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 (arrêts TF 8C\_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1; I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 *in* VSI 2004 p. 139 s.). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt TF 9C\_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1).

5.3. D'emblée, la Cour relève que la recourante ne conteste pas la pondération des différentes activités ménagères. Elle se plaint, de manière générale et à divers titres, du contenu du rapport d'enquête, sans émettre de critique précise sur les taux d'empêchement retenus. De ce point de

vue, il est difficile, voire impossible, de déterminer précisément quel(s) poste(s) sont concernés, et dans quelle ampleur.

5.3.1. Dans le même ordre d'idées, la simple allégation d'une évaluation orientée par l'enquêtrice, en dehors de tout exemple concret, ne peut suffire à remettre en question la totalité de l'enquête ménagère. La Cour relève que, de manière générale, le rapport remis par l'ergothérapeute est détaillé et concluant. Il se base sur les constatations de cette dernière lors de sa visite au domicile de l'assurée et répond de manière convaincante au mandat qui lui a été confié, sans que l'on ne puisse y déceler l'expression d'un parti-pris en défaveur de l'assurée.

5.3.2. Le fait que l'ergothérapeute ait évoqué la problématique psychique n'est en soi pas réhibitoire, dans la mesure où le seul rapport médical portant sur ce domaine (celui du 12 janvier 2018 de la Dresse F. \_\_\_\_\_) ne contient aucune indication relative à une éventuelle limitation sur le plan ménager. Il est par ailleurs vraisemblable, comme évoqué plus haut (cf. consid. 4.3.3), que les effets de l'atteinte diagnostiquée par la psychiatre traitante n'ont présenté qu'un caractère passager, du fait notamment de la mise en place d'un traitement adéquat, quelques mois plus tôt, et qu'ils présentaient avant tout un caractère réactionnel à des rapports conjugaux tendus. La mention, en p. 7 du rapport d'enquête, d'une amélioration des relations entre les époux va également dans ce sens.

Dès lors que les constatations faites par l'enquêtrice lors de sa visite n'entrent pas en contradiction avec l'avis de la psychiatre traitante et que, de plus, elles sont présentées de façon concluante, il est possible de s'y référer.

5.3.3. Sur le plan somatique, les seules limitations retenues par les médecins ont trait à la limite de port de charges (1kg) et au travail au-dessus des épaules. A la lecture du rapport d'enquête, la Cour constate que l'enquêtrice en a raisonnablement tenu compte dans son rapport. Il sied tout d'abord de relever que seule une (petite) partie des travaux envisagés n'est réellement susceptible de poser problème. De manière générale, l'assurée reste en mesure d'accomplir la grande part des tâches ménagères et seuls les travaux lourds (par ex. vider les grosses casseroles, passer l'aspirateur, nettoyages à-fond, porter les courses, étendre ou plier le linge de grande taille) sont entravés. L'enquêtrice relève que l'assurée bénéficie alors de l'aide régulière de son époux, voire de son fils. Elle signale par ailleurs certaines adaptations adoptées par l'assurée ou en suggère d'autres (présence d'un sèche-linge et/ou d'un petit étendage, fractionnement des activités, réaménagement de la cuisine pour un accès plus aisé aux ustensiles), pour lui permettre de parvenir à effectuer certaines tâches *a priori* plus difficiles. Il sied également de tenir compte du fait qu'il s'agit de l'entretien d'un appartement locatif de 3 pièces, occupé par un couple sans enfants, de sorte que les contraintes ménagères demeurent relativement modérées.

La recourante reproche également à l'enquêtrice de ne pas avoir tenu compte de son atteinte à l'épaule gauche et des limitations qui en découlent. Il convient tout d'abord de relever qu'au moment où l'enquête a été réalisée, le seul rapport qui mentionnait cette problématique est celui que le Dr D. \_\_\_\_\_ a émis le 22 décembre 2016 et qui mentionnait simplement des douleurs à l'épaule gauche. Le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 23 janvier 2017 signalait certes une atteinte à l'épaule gauche, mais il s'agissait manifestement d'une méprise, laquelle a été dûment corrigée par le Dr D. \_\_\_\_\_ le 5 juillet 2018. La Cour note que ce n'est qu'en octobre 2018, sur demande du mandataire de l'assurée, que le Dr E. \_\_\_\_\_ a pour la première fois attesté d'une limitation fonctionnelle de l'épaule gauche, sans réelle explication. Vu ce qui précède, l'enquêtrice n'avait a priori pas de raison particulière de prêter attention à ce problème au moment où elle a réalisé son

examen, en juin 2018. Quoi qu'il en soit, et ainsi qu'elle l'indique dans sa réponse aux objections (p. 304 dossier AI), elle n'a pas été en mesure de constater de réelle limitation à cet égard et, surtout, cela n'a visiblement pas été évoqué non plus par la recourante elle-même.

Globalement, l'enquête ménagère emporte la conviction des juges de céans, dans la mesure où elle contient des indications détaillées et complètes sur la situation de l'assurée dans les différentes activités ménagères et qu'elle tient notamment raisonnablement compte de ses limitations fonctionnelles, sans que l'on ne puisse déceler de contradiction manifeste avec l'avis des médecins traitants.

5.3.4. Enfin, la réduction linéaire de 30% opérée par l'OAI au titre de l'aide que l'assurée est susceptible d'obtenir de la part de son mari dans la tenue du ménage est effectivement problématique, ainsi que cela a déjà été relevé par l'Instance de céans à plusieurs reprises (cf. arrêts TC FR 608 2017 157 du 22 mars 2018; 608 2018 45 du 16 juillet 2018 consid. 6.1; 608 2018 69 du 14 mai 2019 consid. 5 et 608 2018 156 du 2 septembre 2019 consid. 3.2.3). Il se justifierait en principe de renvoyer la cause à l'autorité intimée pour qu'elle procède à une nouvelle évaluation à cet égard.

Dans la mesure toutefois où le taux d'invalidité ménager s'élève, avant réduction, à 12,81%, un tel renvoi n'est en l'espèce pas indiqué. La Cour estime en effet qu'une réduction au titre de l'aide que la recourante est susceptible d'obtenir de ses proches, et en particulier de son époux, se justifie en tous les cas. Quand bien même une diminution d'une trentaine de pour-cent est discutable, on doit en revanche admettre qu'une baisse de l'ordre de 10 à 15% paraît parfaitement envisageable et adaptée aux circonstances.

Il découle de ce qui précède que le degré d'invalidité dans le ménage serait nul, à tout le moins négligeable.

## 6.

Dans la mesure où la capacité de travail dans les activités tant lucrative que ménagère a désormais été examinée, il est possible de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité.

Dans ce contexte, le recours à la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité n'est pas critiqué par la recourante. L'est, en revanche, la répartition des activités lucrative et ménagère. Dans ce cadre, celle-ci allègue qu'elle aurait travaillé à un taux bien plus élevé que les 22% retenus par l'OAI, évoquant un taux de l'ordre de 72%. Selon elle, le compte individuel AVS ou les taxations fiscales, sur lesquels s'est fondé l'OAI, ne sont pas représentatifs dès lors qu'une partie de ses employeurs ne l'avaient pas déclarée. Elle conteste la lecture faite par l'OAI de la jurisprudence fédérale à cet égard, invoquant avoir fourni des éléments suffisants pour mettre en doute la validité des documents précités, et reproche à l'autorité une instruction insuffisante. Afin d'étayer ses dires, elle requiert principalement sa propre audition ainsi que celle des employeurs concernés, en tant que témoins.

6.1. Il ressort du dossier que la recourante a d'ores et déjà contesté, au stade des objections (dossier AI p. 286), la référence aux revenus comptabilisés dans l'extrait de compte individuel AVS pour fixer son taux d'activité. Elle y invoquait avoir travaillé en 2014 pour d'autres employeurs qui n'avaient pas déclaré ses revenus, à raison de 30 heures par semaine en moyenne, soit un taux d'activité global de 72%.

Malgré ces objections, l'Office AI n'a entrepris aucune démarche quant à l'existence éventuelle d'activités "au noir". Or, s'il est en principe admis de se référer aux données figurant dans l'extrait de compte AVS, il n'en demeure pas moins possible, voire nécessaire, de s'en écarter. Il incombe en effet de déterminer le plus concrètement possible l'état de fait hypothétique, en l'occurrence le revenu hypothétique sans invalidité, ce qui peut justifier de s'écarter des revenus enregistrés à l'AVS (arrêt TF I 551/05 du 29 janvier 2007). Il importe en outre de rappeler que, dans le cadre de la méthode mixte, la fixation du taux d'activité peut certes se référer à l'horaire effectué en dernier lieu par l'assurée, mais doit également et surtout tenir compte de la volonté hypothétique de celle-ci (cf. supra consid. 2.2.1 *in fine*).

Le rapport d'enquête économique sur le ménage, établi le 5 juin 2018, ne fournit pas de réelle indication à ce sujet. Il se borne en effet à indiquer que l'assurée travaillait précédemment comme employée de maison auprès d'un ménage privé et que, "sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler comme femme de ménage", sans qu'un taux d'activité ne soit évoqué. En revanche, dans le questionnaire à l'intention des personnes s'occupant du ménage, complété en janvier 2016, la recourante annonçait que, par nécessité, elle aurait exercé une telle activité "entre 60 et 70%" sans handicap. Par ailleurs, dans le cadre de l'évaluation réalisée par la Fondation Intégration pour tous (IPT) à la fin juin 2018, il est notamment mentionné que l'assurée "est motivée et qu'elle désire trouver une activité adaptée à 50%" (cf. dossier AI p. 254); il convient toutefois de préciser que cette déclaration visait vraisemblablement une activité avec invalidité.

Quand bien même ces déclarations ne correspondent pas aux indications ressortant des documents sur lesquels s'est basé l'OAI, il n'en demeure pas moins qu'elles n'entrent pas en contradiction manifeste avec la situation personnelle de l'assurée (cf. supra consid. 2.2.1 *in fine*). On relève en particulier que ses enfants, nés en 1982 et 1984, sont majeurs et ont quitté le foyer parental, de sorte que sa disponibilité sur le marché de l'emploi n'est pas/plus entravée de ce point de vue. Ensuite et surtout, le domaine d'activité dans lequel l'assurée œuvrait est notoirement connu pour favoriser le travail "au noir". Il n'est ainsi de loin pas improbable que l'assurée ait œuvré pour différents employeurs privés sans avoir été déclarée à l'AVS, ni aux autorités fiscales.

Dès lors, bien que les activités déclarées durant les années précédant le dépôt de la demande de prestations tendent à accréditer l'idée d'une activité exercée de manière limitée, la Cour tient néanmoins pour vraisemblable que, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, la recourante aurait travaillé à un degré bien plus élevé. Dans le cadre d'une appréciation globale et prospective du dossier, elle arrive à la conclusion que l'exercice d'une activité de l'ordre de 70% ne se heurte à aucun motif patent.

Vu ce qui précède, la Cour renonce à procéder à l'interrogatoire des employeurs et note qu'il revient cas échéant à l'OAI de dénoncer les employeurs de la recourante aux autorités compétentes.

6.2. Il convient de procéder au calcul du degré d'invalidité en distinguant diverses périodes. Il y a d'emblée lieu de rappeler que les montants retenus par l'OAI dans ses calculs n'ont pas été formellement remis en cause par la recourante.

- Du 1<sup>er</sup> juillet 2016 (cf. supra consid. 4.2) au 16 septembre 2016, l'assurée était en mesure d'exercer une activité industrielle légère à 100% et réaliser ainsi un revenu annuel de CHF 54'384.70, conformément à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (tableau TA1 skill level, total des salaires niveau 1). Ce revenu étant supérieur à celui qu'elle aurait été en mesure



d'obtenir sans invalidité dans sa profession habituelle (fixé à CHF 49'516.- par l'OAI et non contesté), il en découle une invalidité nulle pour la partie lucrative. Vu l'absence d'invalidité ménagère supplémentaire (ou tout au plus d'un taux de l'ordre de quelques pour-cent, cf. supra consid. 5.3.4 *in fine*), aucun droit à une rente ne peut être admis pour cette période.

- Du 17 septembre 2016 au 30 novembre 2017, l'empêchement était total dans l'activité lucrative et (quasi) nul dans l'activité ménagère. Compte tenu d'une répartition 70/30 des activités (cf. supra consid. 6.1), il en découle un degré d'invalidité global de 70% ( $70 * 100 + 30 * 0$ ), ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité.

- Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2017, l'assurée était en mesure de reprendre une activité adaptée (industrie légère) à un taux de 50%, ce qui correspond à un salaire statistique de CHF 27'192.35. Sans atteinte à la santé, elle aurait exercé son activité d'employée de ménage à 70%, soit CHF 34'661.30. Il en découle un taux d'invalidité de 21.55% pour la partie lucrative. En l'absence d'invalidité ménagère supplémentaire (ou tout au plus d'un taux de l'ordre de quelques pour-cent, cf. supra consid. 5.3.4 *in fine*), ce taux est largement insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

- Enfin, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, compte tenu de l'application de la nouvelle réglementation relative à la méthode mixte (art. 27bis al. 3 RAI) et de l'extrapolation du revenu qui en résulte, l'empêchement de 45,08% s'applique sur la part lucrative (70%) tandis qu'aucun empêchement (ou tout au plus de l'ordre de quelques pour-cent, cf. supra consid. 5.3.4 *in fine*) ne s'applique sur la part ménagère. Le degré d'invalidité est par conséquent le suivant:  $70 * 45.08 + 30 * 0 = 31.55\%$ , là encore insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

En définitive, la recourante se voit donc reconnaître le droit à une rente entière pour une durée limitée, du fait de l'incapacité survenue entre le 17 septembre 2016 et le 30 novembre 2017. En application de l'art. 88a al. 1 et 2 RAI (cf. supra consid. 2.1 *in fine*), le début du versement est décalé de trois mois, au 1<sup>er</sup> janvier 2017, pour tenir compte de l'aggravation, et le terme en est prolongé de trois mois, au 28 février 2018, pour tenir compte de la stabilisation de l'amélioration ultérieure.

7.

Le recours de l'assurée est partiellement admis et la décision du 21 mars 2019 modifiée dans le sens que cette dernière se voit reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 28 février 2018. Il est rejeté pour le surplus.

La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.- Compte tenu de l'admission partielle du recours, ils sont proportionnellement répartis (cf. art. 131 al. 1 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative, CPJA; RSF 150.1) à raison de CHF 200.- (1/4) à la charge de l'autorité intimée et de CHF 600.- (3/4) à la charge de la recourante. S'agissant de cette dernière, les frais de procédure seront compensés avec l'avance de frais qu'elle a versée, le solde lui étant restitué.

Le mandataire du recourant a produit, le 21 février 2020, une note d'honoraires comprenant des honoraires de CHF 4'333.33 (17.33h à CHF 250.-), des débours de CHF 216.67 (correspondant à un forfait de 5%) et CHF 350.35 à titre de TVA à 7,7%.

L'indemnité de partie est fixée conformément aux art. 137 ss du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et aux art. 8 ss du tarif cantonal du

17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12). La Cour rappelle que la fixation à forfait des débours, valable en matière civile, ne correspond pas aux exigences du Tarif/JA.

De ce fait, l'indemnité de partie est fixée comme suit: CHF 4'333.35 d'honoraires (17.33h à CHF 250.-), CHF 150.- de débours, CHF 345.20 à titre de TVA à 7,7%, soit un total de CHF 4'828.55. Compte tenu du gain de cause partiel à raison de 1/4, un montant de CHF 1'207.15 est mis à charge de l'autorité intimée. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée au mandataire de la recourante (art. 141 CPJA).

### **la Cour arrête :**

I. Le recours est partiellement admis.

Partant, la décision rendue le 21 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 28 février 2018. Le recours est rejeté pour le surplus.

II. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 200.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 600.- à la charge de la recourante.

III. Le montant dû par la recourante est compensé avec l'avance de frais versée par celle-ci, le solde de CHF 200.- lui étant restitué.

IV. L'indemnité allouée à Me Alain Ribordy est fixée, compte tenu du gain de cause partiel, à CHF 1'207.15. Elle est intégralement prise en charge par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

V. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 6 mars 2020/mba

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :