



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

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

608 2020 20  
608 2020 21

## **Arrêt du 18 novembre 2020**

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

#### **Composition**

Président : Johannes Frölicher  
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux  
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

#### **Parties**

**A.**\_\_\_\_\_, **recourante**, représentée par Me Benoît Sansonnens,  
avocat

contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité; révision

Recours (608 2020 20) du 23 janvier 2020 contre la décision du  
4 décembre 2019 et requête d'assistance judiciaire totale (608 2020  
21) du même jour

## attendu

que A. \_\_\_\_\_, née en 1970, domiciliée à B. \_\_\_\_\_, divorcée et mère de trois enfants nés en 1999, 2000 et 2007, sans formation, travaillait en dernier lieu à 60% en tant qu'agente pour une société de sécurité;

que, le 16 juin 2009, elle a subi un accident sur son lieu de travail lui occasionnant des douleurs au genou droit. Une incapacité totale de travail est médicalement attestée du 17 juin au 2 août 2009, du 25 août au 5 octobre 2009 puis à partir du 9 août 2010;

que le cas a été pris en charge par C. \_\_\_\_\_ auprès de laquelle elle était, par le biais de son employeur, assurée contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles;

que, parallèlement à la procédure devant l'assureur-accidents, le 30 mai 2011, elle a déposé une demande de prestations devant l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), alléguant avoir de grandes difficultés à marcher et à rester debout depuis son accident et les interventions qui ont suivi;

que, dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a procédé à une enquête au domicile de l'assurée et demandé l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR);

que, dans un rapport du 11 février 2013, après examen de l'assurée, le médecin du SMR a conclu à l'existence d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée;

que, par décision du 25 février 2013, l'OAI a rejeté la demande de rente, se fondant sur un degré d'invalidité de 10%, calculé selon la méthode mixte (60% d'activité lucrative et 40% d'activité ménagère), le recours interjeté par l'assurée contre cette décision ayant été rejeté par le Tribunal cantonal le 16 décembre 2014 (608 2013 55) et par le Tribunal fédéral le 21 mai 2015 (9C\_117/2015);

qu'entretemps, le 27 mars 2014, l'assurée a informé l'OAI qu'elle était atteinte d'un cancer et a demandé la prise en charge de perruques, demande admise par communication du 8 avril 2014; le 4 juin 2014, l'assurée a en outre déposé une nouvelle demande de rente auprès de l'OAI en raison de ce même cancer, diagnostiqué en février 2014;

que l'office a alors mandaté la Dre D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, pour expertise. Dans leurs rapports du 25 novembre 2015 et du 1<sup>er</sup> février 2017, les deux experts concluent à l'existence d'une incapacité de travail totale;

que, par décision du 29 juin 2016, l'OAI a reconnu à son assurée le droit à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> février 2015 en raison d'un degré d'invalidité de 100% calculé cette fois selon la méthode ordinaire;

que, courant décembre 2016, l'OAI a procédé à la révision du cas, se faisant produire des rapports des médecins traitants et soumettant le cas au SMR;

qu'une expertise a été mise sur pied;

que, dans leur rapport d'expertise du 21 décembre 2017, complété le 6 juin 2018, les médecins de F. \_\_\_\_\_ SA estiment à deux heures par jour, sans diminution de rendement, la capacité de travail de l'assurée à une fonction et un poste adaptés, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2017;

que le médecin du SMR ne considérant pas l'expertise convaincante, l'OAI a mandaté G. \_\_\_\_\_ (médecine interne, neurologie, chirurgie, psychiatrie, rhumatologie et dermatologie) dont les médecins estiment inenvisageable la reprise d'une activité, considérant nulle la capacité de travail, dans un rapport du 17 septembre 2019;

que, par ailleurs, les 25 juin et 30 septembre 2018, l'OAI a procédé à une enquête au domicile de l'assurée;

que, par décision du 4 décembre 2019, reprenant un projet du 8 octobre 2019 et se fondant sur une incapacité totale de travail, l'OAI a réduit la rente entière à un trois-quarts de rente, se fondant sur un degré d'invalidité de 64.2%, calculé à nouveau, comme lors de la première décision de refus de rente prononcée en février 2013, selon la méthode mixte (60% d'activité lucrative et 40% d'activité ménagère), dès le 1<sup>er</sup> février 2020;

que, contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours (608 2020 20) devant le Tribunal cantonal le 23 janvier 2020 concluant, avec suite de frais et dépens, au maintien de sa rente entière;

que, à l'appui de son recours, l'assurée se plaint de ce que l'OAI ait changé son statut par rapport à la décision de 2016 et fait application de la méthode mixte; elle soutient par ailleurs que, en santé, elle se verrait obligée de travailler à temps plein pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille;

que, parallèlement à son recours, l'assurée demande (608 2020 21) à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et à ce que Me Benoît Sansonnens soit désigné défenseur d'office;

que, dans ses observations du 5 février 2020, l'OAI propose le rejet du recours, se référant à son dossier ainsi qu'à la motivation de sa décision;

que, autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt;

## **considérant**

que, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et possédant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée;

que, à 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;

que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294);

que la loi consacre trois régimes distincts d'évaluation de l'invalidité, qui, pour une même atteinte à la santé, peuvent aboutir à des conséquences asséculo-logiques sensiblement différentes (arrêt TF 9C\_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 5.5.1);

que le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel;

que, pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue;

que, dans la *méthode ordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI), le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas;

que, selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée;

que la rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d);

que le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b);

que le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4);

que, dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée; dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3);

que, pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir; la tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c);

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

que, en l'occurrence, le litige porte sur la question de savoir s'il est justifié que la rente entière reconnue par décision du 29 juin 2016 soit réduite à un trois-quarts de rente;

que, sur le plan médical, la situation apparaît clairement établie vu que les médecins de G.\_\_\_\_\_ admettent que la reprise d'une activité n'est pas envisageable à l'heure actuelle (dossier OAI, p. 740 à 795);

que, cela étant, alors que, dans le cadre de la décision du 29 juin 2016, l'incapacité de travail était liée à la présence d'un *"lymphome de Hodgkin classique, de type sclérose nodulaire, en stade IV B"* (dossier OAI, p. 327, 342, 343, 395, 401, 407 et 542), cette incapacité de travail est désormais mise en lien avec des lésions cutanées inguinales, soit des troubles d'ordre dermatologique (dossier OAI, p. 740 à 795);

que c'est ce que rappelle en particulier le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, dans son rapport du 19 septembre 2019. Il souligne ainsi que, depuis la décision du 29 juin 2016, *"l'état de santé s'est amélioré sur les plans ostéo-articulaire, neurologique et oncologique. C'est maintenant l'affection cutanée (« hidradénite suppurative stade Hurley II compliquée par un lymphœdème fixe pubien ») qui justifie la poursuite d'une incapacité de travail totale dans toute activité"* (dossier OAI, p. 798);

que, en présence d'une incapacité de travail totale médicalement attestée depuis le 21 février 2014, en dépit du changement de diagnostics survenu dans l'intervalle, la réduction de la rente n'apparaît ainsi liée qu'au changement de la méthode applicable à la recourante;

que, en effet, alors que l'OAI faisait application de la méthode ordinaire dans sa décision du 29 juin 2016, après avoir appliqué la méthode mixte dans une première décision de 2013, il opère un nouveau revirement en faisant désormais application de la méthode mixte selon le pourcentage 60% consacré à une activité lucrative et 40% consacré à la tenue du ménage;

qu'or, aucun élément au dossier ne permet de justifier ce nouveau changement de méthode;

que les mesures d'instruction réalisées depuis 2016 aboutissent à un résultat contradictoire: d'un côté, l'enquête ménagère du 25 juin 2018 affirme que l'assurée travaillerait à 60%, sans indiquer d'où provient cette information ni donner plus de détails, alors que, de l'autre, l'assurée présente une explication détaillée – par l'intermédiaire de son mandataire, lequel était pleinement informé

de l'impact des déclarations sur le choix de la méthode – de ce qui la motiverait à travailler à 100%;

que, cela étant, la situation de l'assurée n'a que peu évolué depuis la décision du 29 juin 2016: l'assurée étant alors déjà séparée de son époux, lequel lui versait déjà une pension alimentaire de l'ordre de CHF 3'100.- (cf. dossier OAI, p. 160), et elle avait également déjà la charge de ses trois enfants nés en 1999, 2000 et 2007;

que tout au plus doit-on relever que, depuis cette décision, ses enfants ont grandi et que seule sa fille cadette suit désormais toujours l'école obligatoire, ses deux fils aînés étant actuellement en train de réaliser leur apprentissage, ce qui laisserait manifestement à l'assurée plus de temps à disposition pour travailler et irait plutôt dans le sens d'une activité à un taux plus élevé qu'un 60%;

que l'on se voit par ailleurs forcé de suivre la recourante lorsqu'elle soutient que sa famille ne pourrait pas tourner si elle travaillait à un taux de 60%, et cela que l'on tienne ou non compte d'une contribution de la part des deux fils aînés, puisque les revenus ne couvriraient pas les charges, qui plus est en adoptant une perspective à long terme (cf. arrêt TF 9C\_621/2013 du 28 janvier 2014 consid. 2.2 et 3);

que, partant, il ne se justifiait pas de changer de méthode d'évaluation de l'invalidité, de sorte que le degré d'invalidité doit toujours être calculé selon la méthode ordinaire;

que, compte tenu des conclusions médicales – non contestées – rappelés ci-avant, le degré d'invalidité correspond à l'incapacité de travail de 100% et donne dès lors toujours droit à une rente entière;

que la recourante se verrait également reconnaître le droit à une rente entière selon la méthode mixte, si l'on devait considérer qu'elle ne travaillerait pas à temps plein mais à un taux de plus de 70%, ce qui semble hautement vraisemblable compte tenu de sa situation financière;

que, dans ces circonstances, le recours (608 2020 20), bien fondé, doit être admis et la décision du 4 décembre 2019 modifiée dans le sens que l'assurée doit continuer à percevoir une rente entière après le 31 janvier 2020;

que, compte tenu de l'admission du recours, l'OAI est condamné au versement des frais de justice, par CHF 800.-;

que, pour ce même motif, l'assurée se voit reconnaître le droit à une indemnité de partie;

que, le 14 février 2020, son mandataire a produit une liste de frais d'un montant total de CHF 1'636.25, à savoir CHF 1'483.34 au titre d'honoraires (5.56 heures à CHF 250.-), CHF 35.90 au titre de frais et CHF 117.01 au titre de la TVA (7.7%);

que ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe;

que la demande d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2020 21) devient, de ce fait, sans objet;

## la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2020 20) est admis.  
  
Partant, la décision du 4 décembre 2019 est modifiée dans le sens que l'assurée continue à percevoir une rente entière après le 31 janvier 2020.
- II. Les frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge de l'autorité intimée
- III. Une indemnité de partie de CHF 1'636.25, y compris CHF 35.90 au titre de la TVA (7.7%), est mise à la charge de l'autorité intimée.
- IV. La demande d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2020 21), devenue sans objet, est rayée du rôle.
- 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 18 novembre 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :