

# FR\_GERICHTE 605 2018 163 vom 20. November 2019

FR Kantonsgericht, 2019-11-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2018\\_163](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_163)

FR: FR\_GERICHTE 605 2018 163 du 20 novembre 2019

IT: FR\_GERICHTE 605 2018 163 del 20 novembre 2019

## Regeste

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

## Volltext

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 — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2018 163 605 2018 164 Arrêt du 20 novembre 2019 Ie Cour des assurances sociales Composition Président : Marc Boivin Juges : Marc Sugnaux, Olivier Bleicker Greffier : Alexandre Vial Parties A. \_\_\_\_\_, requérante, représentée par Procac contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité; rente d'invalidité Recours du 2 juillet 2018 contre la décision du 25 mai 2018 Tribunal cantonal TC Page 2 de 10 considérant en fait A. A. \_\_\_\_\_, née en 1978, ressortissante de P. \_\_\_\_\_, divorcée, sans enfant, est titulaire d'un permis d'établissement. Elle a débuté un apprentissage de vendeuse en janvier 1996 auprès de la société B. \_\_\_\_\_, interrompu en juillet 1997. Elle a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage, travaillé auprès de la société C. \_\_\_\_\_ SA en janvier 1999, puis auprès de D. \_\_\_\_\_ (de mars 1999 à décembre 2000). L'assurée a ensuite alterné des périodes de chômage avec des emplois de courte durée jusqu'en mars 2010 (extrait du compte individuel AVS du 31 janvier 2018). Depuis 2003, elle est par ailleurs soutenue financièrement par le Service social E. \_\_\_\_\_. Le 13 octobre 2008, A. \_\_\_\_\_ a déposé une première demande de prestations de l'assurance- invalidité. Lors d'un entretien qui s'est tenu le 22 octobre 2008, elle a indiqué à une collaboratrice de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : l'Office AI) qu'elle travaillerait sans atteinte à la santé comme caissière-vendeuse à 100 % pour «gagner de l'argent et être autonome». Après avoir recueilli l'avis des médecins traitants, qui ont diagnostiqué des lombalgies sur troubles statiques du rachis, un probable retard mental (léger à modéré), un trouble anxio- dépressif mixte et une personnalité immature, dépendante et anxieuse, l'Office AI a soumis l'assurée à une expertise psychiatrique, complétée par des tests d'efficacité intellectuelle et neuropsychologiques. Dans un rapport établi le 30 décembre 2009, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué – sans répercussion sur la capacité de travail – un trouble anxieux et dépressif mixte (depuis l'été 2007); il a, en se référant à l'évaluation neuropsychologique menée par la neuropsychologue G. \_\_\_\_\_ (rapport du 28 décembre 2009), indiqué que les résultats des tests avaient révélé un quotient intellectuel de 20, soit celui équivalent à un enfant de moins de trois ans, et que ces résultats s'expliquaient par une absence délibérée de collaboration de l'assurée. Dans une lettre manuscrite reçue par l'Office AI le 11 mars 2010, A. \_\_\_\_\_ s'est excusée d'avoir menti aux experts, soulignant qu'elle avait cependant besoin d'aide pour trouver un travail. Le 8 avril 2010, l'Office AI a rejeté la demande de prestations. Non contestée, cette décision est entrée en force. B. En se fondant

sur l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant (du 12 juillet 2010), et sur le rapport d'évaluation de I. \_\_\_\_\_, psychologue (du 10 juin 2010), A. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 22 novembre 2010, faisant valoir que son quotient d'efficience intellectuelle de performance était de 49. Par décision du 14 février 2011, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande de prestations. Le 12 décembre 2012, le Tribunal cantonal, Cour des assurances sociales, a rejeté le recours formé par l'assurée contre cette décision. Il a retenu en substance qu'il n'existait aucun élément nouveau justifiant l'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations (cause 605 2011 81). C. A. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations le 30 septembre 2014. Dans un avis du 23 septembre 2014, produit en annexe à la demande, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin chef de clinique adjoint de K. \_\_\_\_\_, a relevé que l'assurée présentait une symptomatologie évoquant une décompensation psychotique (ralentissement psychomoteur et idéique, angoisse importante, pauvreté du discours, oublis fréquents, difficultés à effectuer des tâches ménagères, attitude très dépendante dans la relation, immaturité affective et émotionnelle, difficultés à faire des choix et à prendre des décisions, auto dévalorisation, comportement désorganisé, attitude régressive, symptomatologie psychotique faite d'hallucinations intra-psychiques, etc.) sur un probable retard Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 mental léger à modéré; selon le médecin, il était inenvisageable que l'assurée réintègre le marché libre du travail. Le 17 novembre 2014, L. \_\_\_\_\_ a réalisé à la demande du Service social E. \_\_\_\_\_ un bilan fonctionnel; selon l'ergothérapeute, l'assurée était en incapacité générale de gain. Par décision du 20 mars 2015, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande de prestations. Dans le cadre du recours formé par A. \_\_\_\_\_ devant le Tribunal cantonal, Cour des assurances sociales, l'Office AI a, en se fondant sur l'avis du psychiatre de son Service médical régional (SMR ; du 10 juillet 2015), annulé sa décision et repris l'instruction. Le 10 août 2015, le Tribunal cantonal a rayé le recours du rôle, par suite de nouvelle décision pendente lite (cause 605 2011 96). D. Le 27 octobre 2015, les docteurs J. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, médecin assistante auprès de K. \_\_\_\_\_, ont diagnostiqué une schizophrénie résiduelle et un probable retard mental léger à modéré (depuis l'enfance). Selon les médecins, A. \_\_\_\_\_ était incapable de travailler depuis le 24 janvier 2014 au moins (date du début de sa prise en charge K. \_\_\_\_\_); elle serait dans l'impossibilité d'intégrer de nouvelles informations, d'exécuter les tâches demandées, présenterait des troubles de la mémoire et de la concentration, une anxiété massive diminuant son rendement et, notamment, des performances sociales médiocres. Le 15 février 2016, le médecin du SMR a indiqué à l'Office AI que l'assurée présentait vraisemblablement une incapacité de travail complète. Le 30 juin 2017, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin chef de clinique de L. \_\_\_\_\_, a relevé que l'état de santé psychique de l'assurée était stationnaire (très peu d'évolution sur le plan clinique) et restait fragile (psychose chronique); selon le médecin, l'assurée présentait un ralentissement psychomoteur, une limitation au niveau de la capacité de concentration et de compréhension, des limitations très importantes au niveau intellectuel, des idées de persécution et des difficultés relationnelles qui peuvent déclencher des crises de colère avec une impulsivité pouvant aller jusqu'à une agression verbale et une mise en danger empêchant la patiente de trouver une place de travail dans l'économie libre. L'Office AI a ensuite requis une nouvelle expertise psychiatrique auprès du docteur F. \_\_\_\_\_. Dans un rapport établi le 1er décembre 2017, le psychiatre a diagnostiqué un trouble schizo-affectif, type dépressif (présent depuis 2014), et un retard mental moyen (présent depuis l'enfance);

le médecin a fait valoir que seule une activité dans un milieu protégé était envisageable depuis janvier 2014. Le 14 décembre 2017, le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a indiqué qu'il lui paraissait médicalement cohérent d'admettre l'incapacité de travail totale dès septembre 2014 (date du dépôt de la nouvelle demande). L'Office AI a demandé la réalisation d'une enquête économique sur le ménage. Dans un rapport du 29 mars 2018, l'enquêtrice a retenu que l'assurée présentait une incapacité de 6.92 % pour accomplir ses travaux ménagers (2 % pour le poste «Emplettes et courses diverses» et 4.92 % pour le poste «Alimentation»). Le 16 avril 2018, l'Office AI a, en se fondant sur la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité, indiqué à l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations. Le 17 mai 2018, A. \_\_\_\_\_ s'est opposée au projet de décision, soulignant notamment qu'elle avait constamment indiqué avoir recherché une activité professionnelle. Par décision du 25 mai 2018, l'Office AI a rejeté la nouvelle demande de prestations du 30 septembre 2014. Il a relevé que l'assurée n'avait pas repris d'emploi depuis 2010 et n'avait nullement apporté la preuve d'avoir effectué une quelconque recherche depuis cette date. Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 E. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, représentée par Procap interjette recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut à l'annulation de la décision du 25 mai 2018 et à ce que l'Office AI soit condamné à lui verser les prestations légales découlant de la LAI, en particulier une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, elle demande le renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recours est assorti d'une requête d'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Par ordonnance du 10 août 2018, le délégué à l'instruction a dispensé A. \_\_\_\_\_ du versement d'une avance de frais. Dans sa réponse du 20 août 2018, l'Office AI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Le 17 septembre 2018, Procap dépose sa note de frais et honoraires. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état de leurs arguments, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

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

2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Selon 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.

2.2. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (RFJ 2009 p. 320). 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 alors 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 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.).

2.3. 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut 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). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). 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).

3. Est litigieux en l'espèce le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

3.1. La recourante fait valoir que l'office intimé s'est fondé à tort sur la méthode spécifique pour évaluer son invalidité. Elle soutient qu'elle aurait exercé une activité professionnelle à 100 % sans atteinte à la santé, de sorte que la méthode ordinaire de comparaison des revenus devait trouver application. En tant que femme seule, sans enfant, elle n'aurait d'ailleurs pas eu d'autre choix que de travailler. Qui plus est, elle avait constamment indiqué rechercher une activité professionnelle. Dans sa réponse l'Office AI renvoie intégralement aux motifs de la décision entreprise du 25 mai 2018. A cet égard, l'office intimé a tout d'abord relevé qu'il avait reconnu à l'assurée une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dans la décision du 8 avril 2010, «confirmée par le Tribunal cantonal» (sic), et que l'expertise psychiatrique atteste que les troubles psychiatriques sont présents depuis 2014. Or, en se fondant sur l'extrait du compte individuel AVS, l'office intimé fait valoir que la recourante n'a pas repris une activité lucrative depuis 2010. Sans atteinte à la santé, elle n'avait dès lors pas rendu vraisemblable qu'elle aurait repris une activité lucrative après Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 le prononcé du 8 avril 2010 (même à tems partiel), ce d'autant moins qu'elle n'avait à aucun moment apporté la preuve de la recherche d'un emploi depuis lors.

3.2. Un assuré a droit à une rente s'il est invalide à quarante pour cent au moins (art. 28 al. 2 LAI; consid. 2.1. supra). Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte –, dont l'application dépend 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. 3.2.1. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1). 3.2.2. Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI). 3.2.3. Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels (Art. 27bis al. 2 RAI), puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis al. 3 et 4 RAI; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 et la référence). 3.3. 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. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1 et les références). 3.4. Dans le cadre d'une nouvelle demande, comme lors d'une procédure de révision (consid. 2.3 supra), le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité est la dernière décision entrée en force 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; 130 V 71 consid. 3). 3.4.1. A cet

égard, lors de la décision du 8 avril 2010, l'assurée émargeait entièrement à l'aide sociale depuis 2003 et avait été déclarée inapte au placement par l'assurance-chômage depuis mars 2004. Avec l'appui de son assistante sociale, elle avait occupé plusieurs emplois de courtes périodes (mai-juillet 2003, juin-août 2004, janvier 2005, août 2005, octobre-décembre 2005, mars- novembre 2006, janvier-février 2007, mars-mai 2007, juin-juillet 2008; expertise psychiatrique du 30 décembre 2009, p. 3 ss, complété par l'extrait individuel du compte AVS de l'assurée). Selon l'expert psychiatre, l'assurée souffrait à l'époque d'un trouble anxieux et dépressif mixte, affection qui n'était pas à l'origine d'une diminution de l'aptitude au travail, même partielle; il n'y avait par ailleurs pas de retard mental, même léger. S'agissant de l'inaptitude de l'assurée à répondre aux exigences de la vie, notamment professionnelle, au vu de la présence d'un manque d'énergie/d'intérêt et d'une tendance au retrait social rapportée par l'assurée, d'une relative pauvreté de la quantité et du contenu du discours, d'une tendance à la passivité et à l'hypoactivité, et d'une légère diminution de la communication non verbale, l'expert s'est interrogé sur la présence d'une schizophrénie. A ce propos, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé qu'il était, à l'heure actuelle, quasi impossible de déterminer la part de symptômes d'une schizophrénie simple éventuelle; en effet, la non collaboration manifeste de l'assurée lors des tests neuropsychologiques fait qu'il avait renoncé à la passation de tests projectifs; néanmoins, parlait contre la présence d'une schizophrénie simple le fait que la symptomatologie n'était pas survenue de manière insidieuse et progressive à partir du début de l'âge adulte mais qu'elle avait toujours été présente; il n'y avait pas non plus de notion d'aggravation progressive des symptômes. L'expert n'a dès lors pas retenu le diagnostic de schizophrénie. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a également exclu un retard mental en raison de la non collaboration délibérée de l'assurée lors des tests neuropsychologiques.

3.4.2. Lors du nouvel examen clinique du 29 novembre 2017, l'assurée a indiqué au Dr F.\_\_\_\_\_ qu'elle émargeait toujours à l'aide sociale et qu'elle n'avait pas retrouvé un travail depuis 2010 mais qu'elle continuait à rechercher du travail. Dans le rapport établi le 1er décembre 2017, l'expert a ensuite constaté que la pathologie mentale dont souffrait l'assurée allait au-delà de celle d'un trouble de la personnalité; dans les faits, elle souffrait d'un trouble schizo-affectif, avec des idées délirantes non systématisées de persécution, des phénomènes de «lecture de la pensée» (elle était persuadée qu'autrui est à même de lire dans ses pensées), des idées de concernement (elle était convaincue qu'il était fait allusion à sa personne à la télévision) et des phénomènes de déréalisation dans le passé. La symptomatologie psychotique s'était par ailleurs atténuée après l'introduction d'une médication neuroleptique mais pas amendée. La symptomatologie psychotique coexistait de plus avec une symptomatologie dépressive de degré moyen (réduction de l'énergie «modérée») et des idées de mort réitérées. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 diagnostiqué un trouble schizo-affectif, type dépressif (rapport altéré à la réalité, réduction de l'énergie, perte de la confiance en soi et ralentissement idéomoteur). En se fondant sur l'évaluation neuropsychologique du 10 juin 2010, il a également retenu que l'assurée présentait un retard mental moyen (QI entre 35 et 49), proche d'un retard mental léger (QI de 49). Cette affection participait selon le Dr F.\_\_\_\_\_ à l'incapacité de travail (ralentissement, intolérance à la pression psychique [stress] et difficulté pour comprendre les consignes). Selon l'expert, il n'était finalement pas possible de déterminer de manière formelle l'aptitude au travail antérieure au mois de janvier 2014, mais il était possible, voire probable, qu'une incapacité de travail existait déjà avant le 10 juin 2010 (évaluation neuropsychologique) en raison d'un retard mental moyen, proche d'un degré léger.

3.4.3. La Cour retient que la recourante présente par conséquent un

trouble schizo-affectif, type dépressif (depuis janvier 2014), et un retard mental moyen, proche d'un retard mental léger (depuis l'enfance). S'agissant de la diminution des facultés intellectuelles (quotient intellectuel de 49, selon l'évaluation neuropsychologique du 10 juin 2010, reprise par l'expert psychiatre), la pratique en vigueur jusqu'au 29 février 2016 considérait qu'un quotient intellectuel inférieur à 70 s'accompagnait en règle générale d'une capacité de travail réduite (anc. ch. 1011 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]). Par son absence délibérée de collaboration à l'évaluation neuropsychologique du 23 décembre 2009 (rapport du 28 décembre 2009), la recourante a cependant empêché l'expert psychiatrique de procéder à l'époque à une description objective des conséquences de son retard mental sur son comportement, son activité professionnelle, ses actes ordinaires de la vie et son environnement social. Aussi, le manque délibéré de collaboration de la recourante n'a pas permis de mettre en évidence en 2010 une atteinte à la santé susceptible de se répercuter de manière déterminante sur sa capacité de travail. Dans la mesure où la recourante n'a pas entrepris tout ce qu'on pouvait raisonnablement attendre d'elle à l'époque pour éviter que le risque d'invalidité ne se traduise par un dommage (art. 7 al. 1 LAI, en lien avec l'art. 43 al. 2 LPGa), le dépôt d'une nouvelle demande de prestations a pour conséquence que le droit à d'éventuelles prestations d'assurance ne pourra prendre naissance au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date du dépôt de cette nouvelle demande (cf. art. 29 al. 1 LAI). Contrairement à ce que l'office intimé a retenu, la recourante a cependant droit au terme de ce délai de carence aux prestations qui auraient probablement dû être allouées si elle avait participé activement aux évaluations médicales précédentes. En d'autres termes, le nouvel examen du droit à des prestations de l'assurance-invalidité pour le futur permet, sous l'angle du principe de la proportionnalité, de prendre en considération le manque de collaboration de la recourante lors de la précédente procédure. Aussi, on ne saurait suivre l'office intimé lorsqu'il oppose (fictivement) à la recourante qu'elle ne souffrait pas (à l'époque) d'un retard mental moyen, proche d'un retard mental léger, au motif que la décision du 8 avril 2010 est entrée en force, faute d'être contestée. 3.4.4. Il s'ensuit que le degré d'invalidité de la recourante doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité. A cet égard, il est constant que la recourante souffre d'une atteinte à la santé pertinente au point de vue du droit de l'assurance-invalidité depuis l'enfance (retard mental moyen, proche d'un retard mental léger) et qu'elle a tenté, à plusieurs reprises, de travailler depuis lors (en tout cas jusqu'à l'aggravation de son état de santé du point de vue psychique survenue dès janvier 2014 en tout cas). On ne trouve par ailleurs point d'indices au dossier accréditant Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 l'hypothèse que l'assurée aurait volontairement cessé toute activité (hypothétique) lucrative après 2010, par exemple pour se consacrer à des travaux ménagers ou à des tâches d'assistance. Au contraire, la recourante a présenté une aggravation de son état de santé d'un point de vue psychique, justifiant son suivi par K. \_\_\_\_\_ dès janvier 2014. En l'absence de modification de la situation personnelle ou du mode de vie de l'assurée, la seule inactivité professionnelle ne suffit par conséquent pas pour conclure à un changement de statut (cf. arrêt TF 9C\_36/2017 du 24 août 2017 consid. 3). 4. Des considérations qui précèdent, il résulte que l'Office AI a retenu en violation du droit fédéral que l'évaluation de l'invalidité de la recourante devait être évaluée au moyen de la méthode spécifique. L'instruction menée par l'office intimé est par conséquent insuffisante sur plusieurs points. L'Office AI n'a tout d'abord pas examiné le point de savoir si la recourante n'avait pas pu acquérir de connaissance professionnelle suffisantes à

cause de son invalidité (art. 26 al. 1 RAI) ou si elle avait été empêchée par son invalidité d'achever sa formation professionnelle (art. 26 al. 2 RAI). La seule lecture de l'extrait du compte AVS, ne permet de plus pas de savoir si le retard mental de l'assurée l'empêchait déjà d'exercer une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % en 1996 ou si elle avait délibérément choisi de travailler à temps partiel comme caissière/vendeuse. En outre, la méthode de comparaison des revenus, respectivement la méthode mixte, conduirait à retenir un degré d'invalidité vraisemblablement supérieur à 20 %, ce qui ouvrirait en principe le droit de la recourante à des mesures de réadaptation (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3 p. 403). Conformément au principe de la «réadaptation avant la rente» et au regard du jeune âge de l'assurée (née en 1978), la Cour ne saurait dès lors se prononcer sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité avant que l'Office AI ne se soit expressément exprimé sur le droit de celle-ci à des mesures de réadaptation (au sens des art. 7a et 8 ss LAI). 5. Bien fondé, le recours doit être partiellement admis et la décision entreprise annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision au sens des considérations qui précèdent. 6. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens, dès lors qu'un renvoi pour instructions complémentaires équivaut, de ce point de vue, à un gain de cause. Par correspondance du 17 septembre 2018, le mandataire de la recourante a produit le récapitulatif des opérations effectuées et requis le versement de la somme de CHF 2'111.35, soit 7,7 heures x CHF 250.-/heure (CHF 1925.-), CHF 35.40 de débours (27 photocopies à CHF 1.-/pièce et CHF 8.40 de frais de port) et CHF 150.95 de TVA (7,7 %). Il se justifie de fixer l'indemnité de Procap à CHF 1098.80, à savoir 7.70 heures à CHF 130.- de l'heure (CHF 1001.-; arrêt TC 608 2018 102 du 4 février 2019 consid. 4 et les références), plus CHF 19.20 de débours (les copies étant facturées à CHF 0.40/pièce ; art. 9 al. 2 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif JA; RSF 150.12]), plus CHF 78.60 au titre de la TVA (7.7 %). Cette indemnité est mise intégralement à la charge de Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 l'autorité intimée et sera directement versée à la recourante, en mains de son mandataire. La requête d'assistance judiciaire partielle limitée aux frais de justice est sans objet. la Cour arrête : I. Le recours (605 2018 163) est partiellement admis. Partant, la décision du 25 mai 2018 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée, à charge pour celle-ci de reprendre l'instruction au sens des considérants et de rendre une nouvelle décision. II. La demande d'assistance judiciaire gratuite partielle (605 2018 164), devenue sans objet, est rayée du rôle. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. IV. Une indemnité de partie de CHF 1098.80, dont CHF 78.60 de TVA (7,7%), est allouée à la recourante en mains de Procap, à charge de 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 20 novembre 2019/obl Le Président : Le Greffier :

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