

# FR\_GERICHTE 608 2015 137 vom 10. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2015\\_137](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_137)

FR: FR\_GERICHTE 608 2015 137 du 10 février 2017

IT: FR\_GERICHTE 608 2015 137 del 10 febbraio 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 31

octobre 2011 et enfin du 10 au 13 octobre 2014 auprès de E.\_\_\_\_\_. Lors de l'enquête ménagère, l'assurée a déclaré que sans atteinte à la santé elle exercerait une activité professionnelle à 70%. En se fondant essentiellement sur deux expertises psychiatriques successives, l'OAI a retenu que l'assurée pouvait exercer une activité adaptée à son état de santé à 50% pour la période de 2010 à 2014 et à 60% dès 2014. L'office a appliqué la méthode mixte et retenu une invalidité globale de 22% pour la période de 2010 à 2014 et de 12% dès 2014. Par décision du 1er juin 2015, l'OAI lui a dès lors refusé l'octroi d'une rente (dossier AI pce p. 415 à 418). C. En date du 9 juillet 2015, A.\_\_\_\_\_, représentée par Procap, à Bienne, interjette recours de droit administratif à l'encontre de la décision du 1er juin 2015 auprès du Tribunal cantonal. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision litigieuse et, principalement, à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision; l'intéressée demande, par mémoire séparé daté du même jour, à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle. La recourante fait en substance valoir que sa situation clinique devait être examinée dans sa globalité, que la problématique relative à sa hanche gauche a été occultée et que les celles relatives à la dépression et à la dépendance à l'alcool n'ont pas été correctement appréciées. Elle estime, au demeurant, que les deux expertises psychiatriques réalisées présentent certaines discordances inexpliquées. Par décision incidente du 14 août 2015, le greffier-rapporteur délégué à l'instruction a admis la demande (608 2015 148) d'assistance judiciaire partielle gratuite pour la procédure de recours et dispensé la recourante de l'avance de frais de justice (dossier AI pce p. 424 à 426).

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 Dans ses observations du 22 janvier 2016, l'OAI propose le rejet du recours. Il expose qu'aucune pièce médicale n'a fait état d'une aggravation de la problématique liée à la hanche. En outre, l'office estime que l'ensemble des diagnostics retenus ont été pris en considération et que les expertises sont concordantes. En raison d'un changement de pratique intervenu en 2015 quant à la pondération des empêchements ménagers, l'office procède à un nouveau calcul de pondération. D. Dans ses contre-observations du 10 juin 2016, la recourante précise qu'initialement elle avait déclaré que sans atteinte à la santé elle exercerait une activité professionnelle à 80%. Elle estime, de plus, qu'un abattement d'au moins 10% du salaire d'invalidité s'impose au vu des circonstances. Elle avance, enfin, que le revenu avec invalidité doit être inférieur à celui sans invalidité, étant donné que l'activité exigible ne pouvait selon l'expert être pratiquée

qu'à un niveau moindre qu'auparavant. La recourante réitère par ailleurs ses conclusions. Dans son écriture ampliative du 23 novembre 2016, l'autorité intimée précise s'être fondée sur les déclarations de l'assurée lors de la dernière enquête ménagère. Elle estime par ailleurs qu'au vu du salaire statistique utilisé, aucun abattement n'apparaît justifié. E. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments de ces dernières, développés par elles 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. en droit 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 et dûment représentée, le recours est recevable. 2. a) Aux termes 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. L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). b) D'après une jurisprudence constante, 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). 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%

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 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 (cf. art. 28 LAI). c) 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 maladif, 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 2ème 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.). La dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268). On ajoutera que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette

dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêts TF 8C\_356/2012 du 11 février 2013 consid. 3; 9C\_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2; 9C\_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2; sur l'ensemble de la question, cf. arrêt TF I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les références citées). Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 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). d) L'art. 16 LPGa dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, 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 (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). e) L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGa, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode spécifique; cf. art. 28a al. 2 LAI). Pour évaluer l'invalidité selon la méthode spécifique, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, n° 3079 ss dès le 1er janvier 2008). Cette enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale

une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et 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 (arrêt TF 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3; ATF 128 V 93). Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 133 V 504 et les références citées), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (également

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre d'eux, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (arrêt TF I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4; ATF 130 V 97 consid. 3.3). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 1997, p. 222). f) L'art. 28a LAI dispose que l'invalidité des assurés qui exercent une activité professionnelle à temps partiel doit être évaluée en application de la méthode mixte, prévoyant l'évaluation d'une part de l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique; cf. art. 28a al. 2 LAI) et d'autre part de l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire; cf. art. 28a al. 1 LAI); l'invalidité globale doit alors être obtenue 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 citées). En outre, soulignons encore que l'incapacité de travail ne se confond pas avec la perte de gain subie par l'assuré dans le cas où le taux d'activité professionnel n'est pas de 100 % (arrêt TF I 151/06 du 29 juin 2007). Il incombe en effet aux assurés exerçant une activité professionnelle à temps partiel de mettre à profit toute la capacité de travail raisonnablement exigible (ATF 123 V 230 consid. 3c et les références citées), de sorte que l'incapacité de travail correspond alors à la différence entre le taux d'activité professionnelle et la capacité de travail médicalement attestée. En ce sens, la jurisprudence considère d'ailleurs que l'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa

capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé (sur l'ensemble de la question, voir ATF 125 V 146; arrêt TF I 156/04 du 13 décembre 2005 publié in SVR 2006 IV no 42 p. 151 et la référence citée). Cela étant, les constatations d'ordre médical sur la capacité à accomplir les travaux habituels ont en principe plus de poids que les conclusions de l'enquête à domicile lorsque l'on est en présence d'une pathologie psychique et qu'il existe des divergences entre les deux types de données évoquées. Une telle priorité 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 et des empêchements en résultant (arrêts TF 9C\_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.3.1; 9C\_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2 et les références citées). Si les résultats de l'enquête divergent sensiblement de l'appréciation médicale, un examen par le service médical régional de l'OAI (SMR) sera requis (directives CIIAI, n° 1059). Enfin, pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'elle accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si elle aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou si elle aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de la personne assurée, 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 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées). La Cour européenne des droits de l'homme a, dans l'arrêt Di Trizio c. Suisse (n° 7186/09) du 2 février 2016, dit, par 4 voix contre 3, que la méthode mixte du droit suisse viole l'art. 14 (interdiction de la discrimination), combiné avec l'art. 8 (droit au respect de la vie privée et familiale) de la convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH; RS 0.101). Dans le cas particulier, « l'assurée travaillait initialement à plein temps et qu'elle avait dû en juin 2002 abandonner son activité à cause de problèmes de dos. Elle s'était vu reconnaître un taux d'invalidité de 50% pour la période allant du mois de juin 2003 à la naissance de ses jumeaux et octroyer une rente pour la période allant du 1er juin 2003 au 31 août 2004. Cette rente a été annulée ensuite, par application de la méthode mixte qui présupposait que – selon les déclarations de l'intéressée – même si elle n'avait pas été frappée d'invalidité, elle n'aurait pas travaillé à temps plein après la naissance de ses enfants. [...] Le refus de lui reconnaître le droit à une rente avait pour fondement l'indication de sa volonté de réduire son activité rémunérée pour s'occuper de son foyer et de ses enfants. De fait, pour la grande majorité des femmes souhaitant travailler à temps partiel à la suite de la naissance d'un enfant, la méthode mixte s'avère discriminatoire. La différence de traitement subie par la requérante ne repose pas sur une justification raisonnable ». Cet arrêt est entré en force de chose jugée et a autorité positive de la chose jugée pour la Suisse. La méthode mixte demeure toutefois applicable dans les cas n'entrant pas dans le champ d'application de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme précité, par ex. lorsque le choix d'exercer une activité professionnelle à temps partiel n'est pas motivé par des raisons familiales (arrêt TF 9F\_8/2016 du 20

décembre 2016 consid. 4.4 et les références citées). g) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande et la rejette au fond, un recours contre cette décision doit être examinée au regard des conditions de la révision du droit à la rente (art. 17 LPGA), applicables par analogie à l'examen des conditions matérielles d'une nouvelle demande (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). Lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente d'invalidité reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (cf. ATF 140 V 2 consid. 5.3 et arrêt TF 9C\_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 6); ainsi, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI), et la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). Selon l'art. 17 LPGA – applicable par analogie en cas de nouvelle demande après un refus de rente – 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 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 citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). 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). Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits. 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 citée; cf. également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17

LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C\_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2). 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). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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. A l'inverse, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 h) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, 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 (arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C\_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C\_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid.

5.2). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 274; cf. aussi ATF 140 I 285 consid. 6.3.1; 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence citée; arrêt TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d et la référence citée). 3. L'autorité intimée a, par la décision querellée, refusé à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité. Appliquant la méthode mixte, l'office lui a en effet reconnu une invalidité globale de 22% pour la période de 2010 à 2014 et de 12% dès 2014 (pondération de 70%-30%, 20% pour la période de 2010 à 2014 et 10% dès 2014 s'agissant de l'activité lucrative [28.57% pour la période de 2010 à 2014 – revenu sans invalidité de CHF 49'297.50 comparé au revenu avec invalidité de CHF 35'212.50 – et 14.29% dès 2014 – revenu sans invalidité de CHF 49'297.50 comparé au revenu avec invalidité de CHF 42'255.-] + 2% s'agissant de l'accomplissement de ses travaux habituels [30% x 6.3%, à savoir 0% pour la « conduite du ménage », 1.2% pour le poste

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 « alimentation », 0.6% pour l'« entretien du logement », 0% pour les « emplettes et courses diverses », 0% pour le poste « lessive et entretien des vêtements », 0% pour les « soins aux enfants ou aux autres membres de la famille » et enfin 4.5% pour les « divers »]). La méthode mixte doit bien être appliquée dans la présente espèce. En effet, au moment de la demande la recourante a déclaré que sans invalidité elle exercerait une activité lucrative à un taux réduit de 70%, ses enfants avaient 17 et 19 ans (cf. le rapport d'enquête économique sur le ménage du 10 janvier 2013; dossier AI pce p. 282 à 290). Son choix n'était dès lors pas motivé par des raisons familiales mais par des raisons personnelles (cf. supra 2f). Au demeurant, la pondération et le taux d'invalidité dans le ménage retenus par l'OAI peuvent être repris céans. Effet, la pondération de 70% pour la part lucrative et 30% pour la part ménagère appliquée par l'autorité intimée est conforme aux déclarations faites par l'assurée lors de la dernière enquête ménagère, seule déterminante pour la présente procédure; de plus, la recourante n'a jamais contesté le taux d'invalidité qui lui a été reconnu pour l'accomplissement de ses travaux habituels au jour de l'enquête ménagère et aucun élément patent figurant au dossier ne permet de douter du bien-fondé des conclusions du rapport d'enquête économique. Cela étant, seule l'évolution du taux d'invalidité de l'assurée dans son activité lucrative, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail, doit encore être déterminée. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la décision du 17 décembre 1992, décision lui ayant refusé un droit à la rente (cf. supra 2g), avec son état de santé au moment de la décision portée céans, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. a) Par décision du 17 décembre 1992, l'autorité intimée a retenu, en se fondant sur le rapport d'expertise du 16 novembre 1992 du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, que l'assurée présentait une dysfonction L5-S1 gauche avec périarthrite de hanche et dysplasie de fermeture de la lame L5 droite et ressentait dès lors une gêne dans certaines

positions prolongées (dossier AI pce p. 15 à 19). Elle a considéré que l'activité habituelle de secrétaire était exigible à plein temps et lui a dès lors refusé l'octroi d'une rente. b) Suite au dépôt de la nouvelle demande de l'assurée en date du 6 octobre 2010, les pièces médicales suivantes ont été déposées au dossier: - Le rapport médical du 6 décembre 2010 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué un état dépressif récurrent, épisode moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F33.21), un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (F43.22), ainsi que des troubles spécifiques de la personnalité, type borderline (F60.31). Elle a noté des incapacités de travail de 50% ou 100% entre novembre 2003 et 2010. Elle a cependant estimé qu'une capacité de travail de 50% dans l'économie libre apparaissait exigible, moyennant un traitement médicamenteux, une thérapie de soutien et des mesures de réadaptation professionnelle (dossier AI pce p. 99 à 103). - L'avis et la lettre de sortie des 18 novembre 2010 et 21 février 2011 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de E.\_\_\_\_\_, qui ont fait suite à une hospitalisation du 13 au 18 novembre 2010 en raison d'un trouble de l'adaptation, avec réaction anxieuse et dépressive, et d'une suspicion d'un trouble de la personnalité à traits immature et dépendant (dossier AI pces p. 98 et 112 à 114).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 - Le rapport médical intermédiaire du 19 décembre 2011 du Dr I.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de E.\_\_\_\_\_, qui a mentionné une hospitalisation du 19 au 31 octobre 2011 mais a renoncé à se prononcer au sujet de l'assurée (dossier AI pce p. 180 à 185). - Le rapport d'évaluation du 25 juin 2012 de J.\_\_\_\_\_ duquel il ressort que le stage a débuté par 3 semaines d'absence maladie et a été interrompu en raison d'un état de santé non-stabilisé et d'absentéisme. L'assurée n'a pas réussi à répondre aux minima exigés par une mesure d'entraînement à l'endurance, en raison de la gestion de ses crises d'angoisse, des éléments du diagnostic dans leur ensemble, d'un milieu social peu propice à la stabilité et d'une consommation mal voire non-maîtrisée d'alcool. Les chances de réinsertion sont jugées infimes (dossier AI pce p. 208 à 214). - Le rapport médical du 17 juillet 2012 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, qui a estimé que la situation était stationnaire/fluctuante et que les diagnostics suivants avaient nouvellement une influence sur la capacité de travail: un syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25), des troubles spécifiques de la personnalité, type borderline (F60.31) et une dysthymie (F34.1). Elle a réitéré ses conclusions relatives à la capacité de travail de sa patiente (dossier AI pce p. 215 à 219). - La prise de position du 6 août 2012 du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du SMR, qui a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique (dossier AI pce p. 222). - Le rapport d'expertise du 3 novembre 2012 de la Dresse L.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble anxieux sans précision (F41.9), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F13.25) et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3) et une boulimie (F50.2). Elle a noté que « [l'assurée] est aujourd'hui incapable de gérer à la fois une recherche de logement et un travail à plus de 50%. Toutefois, vu son âge et son envie de retrouver une vie professionnelle, une nouvelle évaluation devrait être envisagée dans un délai d'une année ». Sous le titre « Influence sur la capacité de travail », la psychiatre a conclu, vu les troubles anxieux et les alcoolisations

de l'expertisée qui l'empêchent de se rendre au travail, à une capacité de travail résiduelle de 50%, avec une diminution de rendement de 10% en raison de la diminution de la rapidité d'exécution; à cet égard, elle a encore précisé que l'incapacité actuelle ne devait être considérée comme définitive et qu'une nouvelle évaluation, une fois la situation de crise dépassée, sera nécessaire. Elle a relevé, en outre, que l'expertisée avait elle-même reconnue une capacité de travail de 50% sur le plan psychique, avec des périodes d'incapacité de travail totale lorsqu'elle ne peut se mobiliser et des périodes de capacités de travail plus élevées. L'experte a encore précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute les incapacités de travail certifiées par la Dresse G. \_\_\_\_\_; elle a noté qu'à partir du 8 février 2010 l'incapacité de l'assurée avait toujours été de 50% et à plusieurs reprises de 100% en août 2010, en avril 2012 et en mai 2012. La psychiatre a enfin souligné que les mesures actuellement en place étaient adéquates et permettaient à l'assurée d'assurer un travail à mi-temps, tout en ajoutant qu'une prise en charge spécifique en ce qui concerne l'addiction à l'alcool devrait peut-être être envisagée. Sous le titre « Influence sur la réadaptation professionnelle », l'experte a par contre explicitement soutenu qu'actuellement aucune activité, même adaptée, n'était envisageable, en raison de la situation clinique de l'expertisée; elle a

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 toutefois là encore ajouté que la situation devait être réévaluée une fois la crise passée (dossier AI pce p. 238 à 262). - La prise de position du 10 janvier 2013 d'un médecin inconnu du SMR, qui a noté que selon le rapport d'expertise produit, l'exigibilité d'une activité professionnelle était actuellement nulle au regard de la problématique de dépendance à l'alcool. Il a considéré qu'il n'y avait actuellement pas de contre-indication pour une cure de désintoxication (dossier AI pce p. 279). - Le rapport médical du 29 octobre 2013 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, qui a derechef fait état d'une évolution stationnaire/fluctuante et confirmé l'existence d'une dysthymie avec perturbation des fonctions cognitives telles qu'une diminution de l'attention et de la concentration, un manque de confiance et des angoisses. Elle a une nouvelle fois confirmé ses conclusions relatives à la capacité de travail de sa patiente (dossier AI pce p. 307 à 311). - La prise de position du 23 janvier 2014 du Dr M. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du SMR, qui a exposé que la dépendance à l'alcool – primaire sans séquelles cognitives – ne saurait dans le cas d'espèce justifier une incapacité de travail (dossier AI pce p. 315). - La lettre à contenu médical du 24 avril 2014 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, qui a noté que sa patiente était moins angoissée et a requis la reprise des mesures de réinsertion professionnelle (dossier AI pce p. 325). - Le rapport médical du 11 novembre 2014 du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de E. \_\_\_\_\_, qui a fait état d'une hospitalisation du 10 au 13 octobre 2014. Il a noté un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, intoxication aiguë (F10.0) et syndrome de dépendance (F10.2) (dossier AI pce p. 372 à 374). - Le rapport médical du 16 décembre 2014 du Dr O. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en gynécologie obstétrique, qui a fait état de l'apparition d'un LSIL avec HPV à haut risque en janvier 2014 (dossier AI pce p. 344 s., 370 s.). - Le rapport d'expertise du 4 avril 2015 du Dr P. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué des troubles spécifiques de la personnalité, une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), un état anxieux variable entre niveau léger et moyen (F41.1), un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation actuellement

épisode (F10.26); il a considéré qu'à ce jour seuls les deux premiers diagnostics avaient une répercussion sur la capacité de travail. L'expert a précisé que l'assurée souffre d'une « malformation psycho-émotionnelle » et que, contrairement à l'experte précédemment sollicitée, il estime qu'elle a un impact sur sa capacité de travail. A son sens, la problématique relative à la personnalité est centrale et trois problèmes psychiatriques lui sont subordonnés: la dépression, l'anxiété et la dépendance à l'alcool. S'agissant de la dépression, l'expert a rapporté une amélioration, notamment grâce à des périodes de décompensation et une meilleure compliance au traitement antidépresseur prescrit. En ce qui concerne l'anxiété, il a constaté une nette amélioration, avec beaucoup moins de symptômes neurovégétatifs et de déstabilisation qu'en 2002. Par rapport à la dépendance à l'alcool, il a précisé que des exacerbations pouvaient être situées en 2005 et en 2011, mais a noté que cette problématique constituait un aspect subordonné, partiellement dans un cadre de plaisir, social, partiellement liés à ses problèmes psychiques; il a estimé que la problématique était maîtrisable et qu'elle ne justifiait pas en soi une incapacité de travail. L'expert a finalement conclu à l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 60%, sans diminution de

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 rendement, dans l'activité habituelle, depuis l'expertise. Pour le passé, il a retenu que l'exercice de son activité à 50% était exigible, conformément aux conclusions de la Dresse L. \_\_\_\_\_. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a en effet attesté d'une légère amélioration de la situation clinique de l'assurée entre les deux expertises (dossier AI pce p. 376 à 399). - Les divers certificats d'incapacité de travail totale de la Dresse G. \_\_\_\_\_ et du Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de E. \_\_\_\_\_ (dossier AI pces p. 90, 188, 201 s., 336, 375). c) Dans la présente occurrence, la décision du 17 décembre 1992 a retenu que l'atteinte à la hanche dont souffre la recourante n'entraînait aucune incapacité de travail. Or, depuis lors, aucun des rapports médicaux produits n'indique que la situation clinique se soit péjorée sur le plan orthopédique. Il convient dès lors seulement d'examiner si les atteintes psychiques nouvellement présentées par l'assurée justifient l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Dans son rapport d'expertise, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a retenu que la recourante souffrait essentiellement d'anxiété, de dépression récurrente épisode actuel moyen et d'un syndrome de dépendance à l'alcool. Elle a conclu à l'existence d'une capacité de travail résiduelle médico- théorique de 50% avec une diminution de rendement de 10%. Elle a explicitement souligné que les mesures actuelles étaient adéquates et permettaient à l'assurée de maintenir une activité à 50%; seule une prise en charge spécifique pour l'alcool apparaissait encore nécessaire. Par ailleurs, clairement précisé que cette capacité de travail médico-théorique de 50% n'était pas définitive et qu'elle était à ce jour justifiée par le fait que l'assurée était incapable de gérer à la fois une recherche de logement et un travail à plus de 50%. Elle a ainsi retenu que sa capacité de travail devrait pouvoir être augmentée; c'est en ce sens d'ailleurs qu'elle a préconisé une nouvelle évaluation dans un délai d'une année. En fin de rapport, l'experte a cependant exposé qu'au jour de l'expertise l'assurée traversait une période de crise et qu'elle n'était dès lors temporairement pas capable de reprendre son activité; il ressort à cet égard du rapport en question que ces périodes de crises ont toujours été de courte durée (cf. les trois exemples données par l'experte au point B. 2.5 i.f. de son rapport, qui ont duré moins d'un mois). C'est le lieu de noter que l'existence d'une telle capacité de travail médico-théorique est confirmée par la médecin traitante de l'assurée, la Dresse G. \_\_\_\_\_, qui, dans ses rapports médicaux des 6 décembre 2010, 17 juillet 2012 et 29 octobre 2013, a mentionné

qu'une capacité de travail de 50% dans l'économie libre apparaissait exigible, moyennant un traitement médicamenteux, une thérapie de soutien et des mesures de réadaptation professionnelle. D'ailleurs, ainsi que cela ressort du rapport d'expertise de la Dresse L. \_\_\_\_\_, la recourante elle-même s'est estimée capable d'exercer une activité professionnelle à ce pourcentage. Or, le dossier médical de la recourante démontre qu'ensuite la période de crise s'est estompée et même qu'une amélioration de l'état de santé de l'assurée – pressentie par l'experte psychiatre – est survenue. Cela ressort essentiellement du rapport d'expertise du 4 avril 2015 du Dr P. \_\_\_\_\_, qui a expressément noté une amélioration de la dépression et même une nette amélioration de l'anxiété; au demeurant, il a estimé que la problématique de dépendance à l'alcool était maîtrisable n'avait aucun impact sur la capacité de travail. Se fondant sur ces constatations, l'expert a conclu à l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 60%, sans diminution de rendement, dans

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 l'activité habituelle. Le rapport d'expertise en question est très détaillé, prend en considération les plaintes exprimées par la patiente, se fonde sur des examens médicaux complets, a été établi en pleine connaissance du dossier, après que le psychiatre ait personnellement reçu l'assurée. De plus, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, l'appréciation médicale est claire et univoque et les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Ledit rapport a dès lors une pleine valeur probante. En outre, hormis que le Dr P. \_\_\_\_\_ a accordé plus d'importance à la « malformation psycho-émotionnelle », les deux experts psychiatres sollicités ont effectués des constatations et des appréciations superposables, le second ayant renvoyé aux conclusions relatives à la capacité de travail résiduelle de la première pour ce qui a trait à la période précédant son examen. Il convient de noter au surplus que l'amélioration a également été constatée d'abord par la Dresse G. \_\_\_\_\_, qui, dans sa lettre à contenu médical du 24 avril 2014, a mentionné que sa patiente était moins angoissée et a requis la reprise des mesures de réinsertion professionnelle; elle l'a, en outre, été par le Dr N. \_\_\_\_\_, qui, dans son rapport médical du 11 novembre 2014, a fait état d'un trouble dépressif récurrent en rémission. Pour sa part, le Dr M. \_\_\_\_\_, du SMR, a, dans sa prise de position du 23 janvier 2014, confirmé que la problématique de dépendance à l'alcool n'avait aucun impact sur la capacité de travail de l'assurée. En définitive, la Cour de céans retient avec le Dr P. \_\_\_\_\_, que la recourante a présenté une incapacité de travail de 50% avec une diminution de rendement de 10% (le Dr P. \_\_\_\_\_ ayant expressément renvoyé aux conclusions de la Dresse L. \_\_\_\_\_) du 8 février 2010 (début des incapacités de travail durables de 50% retenu par la Dresse L. \_\_\_\_\_) au 4 avril 2015 (date de l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_) et qu'elle présente une incapacité de travail de 40% depuis lors. Les preuves figurant au dossier, constituées essentiellement de pièces médicales, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une nouvelle expertise, ainsi que l'a sollicité à titre subsidiaire la recourante (appréciation anticipée des preuves, cf. supra 2h). En particulier, la production d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire ou d'avis médical pluridisciplinaire n'est pas requise, au regard du faible impact de l'atteinte à la hanche et de l'absence totale de rapports médicaux relatifs à l'atteinte orthopédique depuis le dépôt de la nouvelle demande. d) Les taux d'invalidité résultant de cette incapacité de gain et de la diminution de rendement doivent encore être déterminés. En appliquant ces taux à la comparaison de revenus effectuée par l'autorité intimée, on obtient, pour l'activité lucrative, un taux d'invalidité de 36% (revenu

sans invalidité de CHF 49'297.50 [70% de CHF 70'425.- (référence: ESS 2010, tableau TA1, div. 82, cat. 3)] comparé au revenu avec invalidité de CHF 31'691.25 [45% – 50% de capacité de travail résiduelle moins 10% de diminution de rendement – de CHF 70'425.-]) du 1er avril 2011 (fin du délai d'attente de 6 mois depuis la date de la demande du 6 octobre 2010; art. 29 al. 1 LAI) au 31 juillet 2015 (3 mois depuis l'expertise du 4 avril 2015; art. 88a al. 1 RAI), puis de 14% à compter du 1er août 2015 (revenu sans invalidité de CHF 49'297.50 [70% de CHF 70'425.-] comparé au revenu avec invalidité de CHF 42'255.- [60% de CHF 70'425.-]). Contrairement à l'opinion de la recourante, il n'y a pas lieu de procéder à un abattement supplémentaire du revenu d'invalidité, notamment au regard du fait qu'elle n'a pas à changer

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 d'activité professionnelle; il sied de noter, à cet égard, que le juge ne peut sans motif pertinent substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71). e) En appliquant la méthode mixte, on aboutit dès lors à un taux d'invalidité globale de 27% du 1er avril 2011 au 31 juillet 2015 (70% de 36% + 30% de 6.3%) puis de 12% à compter du 1er août 2015 (70% de 14% + 30% de 6.3%), taux insuffisants pour ouvrir le droit à une rente. C'est le lieu de relever que même avec une pondération de 80%-20%, la recourante n'atteindrait pas les 40% nécessaires à la reconnaissance d'un quart de rente d'invalidité, que ce soit après ou avant le 1er août 2015.

4. a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. b) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils ne sont toutefois pas perçus dans la mesure où l'assistance judiciaire gratuite lui a été octroyée. c) Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils ne sont toutefois pas perçus, A. \_\_\_\_\_ étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite partielle. III. Il n'est alloué de dépens. IV. Communication. 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 10 février 2017/who Président Greffier-stagiaire

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