

Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

9C 269/2018

Arrêt du 25 juillet 2018

Ile Cour de droit social

Composition

Mmes et M. les Juges fédéraux Pfiffner, Présidente,
Parrino et Moser-Szeless.
Greffière : Mme Perrenoud.

Participants à la procédure

A. _____,
représentée par Mes Alexis Overney et Sarah Riat, avocats,
recourante,

contre

Office de l'assurance-invalidité du
canton de Fribourg,
route du Mont-Carmel 5, 1762 Givisiez,
intimé.

Objet

Assurance-invalidité (évaluation de l'invalidité),

recours contre le jugement du Tribunal cantonal du canton de Fribourg, Ie Cour des assurances sociales, du
22 février 2018 (605 2017 3).

Faits :

A.

A.a. A. _____, née en 1969, mariée et mère de deux enfants (nés en 1991 et 1997), a travaillé en tant que secrétaire-comptable. En raison d'une fibromyalgie et d'un état dépressif, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité au mois de mars 2007. Au terme de son instruction, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'office AI) a rejeté la demande de prestations; il a considéré que la capacité de travail de l'assurée était entière dans son activité habituelle, avec une baisse de rendement inférieure à 30 % (décision du 19 juin 2008). Par jugement du 28 avril 2011, le Tribunal cantonal du canton de Fribourg, Ie Cour des assurances sociales a rejeté le recours formé par A. _____ contre cette décision.

A.b. Au mois d'avril 2014, A. _____ a présenté une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité; elle y indiquait souffrir d'une dépression et de double incontinence; elle mentionnait également une suspicion d'apnées nocturnes. Entre autres mesures d'instruction, l'administration a soumis l'assurée à une expertise psychiatrique auprès du docteur B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et d'état anxieux flottant d'intensité légère; il a conclu à une capacité résiduelle de travail de 40 % dans l'activité habituelle, considérée comme adaptée (rapport du 19 décembre 2015). L'office AI a égale-

ment diligenté une enquête économique sur le ménage (rapport du 27 avril 2016). Par décision du 24 novembre 2016, l'administration a rejeté la demande de prestations de A._____. Elle a considéré que l'intéressée avait un statut mixte de personne active à 60 % et de ménagère à 40 % et présentait un taux d'empêchement dans l'accomplissement des travaux ménagers de 7,5 %, si bien que le taux d'invalidité s'élevait à 23 % (3 % de taux d'empêchement dans l'accomplissement des travaux ménagers et 19,98 % d'invalidité dans la sphère professionnelle).

B.

Statuant le 22 février 2018 sur le recours formé par A._____ contre la décision du 24 novembre 2016, le Tribunal cantonal du canton de Fribourg, le Cour des assurances sociales, l'a rejeté.

C.

A._____ interjette un recours en matière de droit public contre ce jugement dont elle demande l'annulation. Elle conclut en substance au renvoi de la cause à l'instance cantonale ou à l'administration, pour instruction complémentaire, notamment la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et nouvelle décision au sens des considérants.

L'office intimé conclut au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral des assurances sociales a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit :

1.

1.1. Le recours en matière de droit public (art. 82 ss LTF) peut être formé pour violation du droit au sens des art. 95 et 96 LTF. Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF). Il statue sur la base des faits retenus par la juridiction précédente (art. 105 al. 1 LTF), qu'il peut rectifier ou compléter d'office si des lacunes et erreurs manifestes apparaissent aussitôt (art. 105 al. 2 LTF). Il n'examine en principe que les griefs allégués et motivés (art. 42 al. 2 LTF) surtout s'ils portent sur la violation des droits fondamentaux (art. 106 al. 2 LTF). Il ne peut pas aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Le recourant n'est habilité à critiquer les constatations de fait que si les faits ont été établis de manière manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF, et si la correction du vice est susceptible d'influer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF; ATF 134 V 53 consid. 4.3 p. 62 et les références).

1.2. Les constatations de l'autorité cantonale de recours sur l'atteinte à la santé, la capacité de travail de la personne assurée et l'exigibilité - pour autant qu'elles ne soient pas fondées sur l'expérience générale de la vie - relèvent d'une question de fait et ne peuvent donc être contrôlées par le Tribunal fédéral que sous un angle restreint (ATF 132 V 393 consid. 3.2 p. 398). Il en va de même du point de savoir si la capacité (ou l'incapacité) de travail s'est modifiée de manière déterminante au sens des dispositions sur la révision pendant une période donnée (par exemple, arrêt 9C 989/2012 du 5 septembre 2013 consid. 2). On rappellera également qu'il n'y a pas arbitraire du seul fait qu'une solution autre que celle de l'autorité cantonale semble concevable, voire préférable. Pour qu'une décision soit annulée pour cause d'arbitraire, il ne suffit pas que sa motivation soit insoutenable; il faut encore que cette décision soit arbitraire dans son résultat (ATF 141 I 70 consid. 2.2 p. 72).

2.

Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée en avril 2014. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, la juridiction cantonale était en droit de nier une péjoration de l'état de santé par rapport à celui existant au moment du refus de prestations prononcé par décision du 19 juin 2008.

Le jugement attaqué expose de manière complète les dispositions légales et les principes jurisprudentiels en matière de révision de la rente d'invalidité, applicables par analogie à l'examen matériel d'une nouvelle demande (art. 17 LPGA, art. 87 al. 2 et 3 RAI; ATF 141 V 9 consid. 2.3 p. 10 s.; 130 V 64 consid. 5.2.3 p. 68; 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références), d'appréciation des rapports médicaux (ATF 134 V 231 consid. 5.1 p. 232; 125 V 351 consid. 3 p. 352) et d'évaluation de l'invalidité (art. 16 LPGA et art. 28a LAI). Il suffit

d'y renvoyer.

3.

Examinant l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis la décision initiale du 19 juin 2008, l'instance cantonale est parvenue à la conclusion que "si l'on devait admettre [...] que la situation s'était objectivement modifiée", dans le sens d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, celle-ci était principalement due à des facteurs extra-médicaux. Quoi qu'il en soit, même en admettant un tel changement, le taux d'invalidité de l'assurée serait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Selon les premiers juges, en effet, au vu du statut mixte de la recourante (statut de personne active à 60 % et de ménagère à 40 %) et compte tenu de la capacité résiduelle de travail de 40 % attestée par l'expert B. _____ (rapport du 19 décembre 2015) et du taux d'empêchement dans l'accomplissement des travaux ménagers de 7,5 % retenu par l'enquêtrice (rapport du 27 avril 2016), le taux d'invalidité s'élève à 23 %.

4.

4.1. Invoquant un établissement manifestement inexact et arbitraire des faits ainsi qu'une application erronée du droit, la recourante fait d'abord grief à la juridiction cantonale d'avoir considéré que l'aggravation de son état de santé était principalement due à des facteurs extra-médicaux, et par conséquent, d'avoir nié que sa situation s'était objectivement modifiée depuis la dernière décision entrée en force. Elle reproche aux premiers juges d'être parvenus à cette conclusion sans avoir examiné l'ensemble des rapports médicaux établis par ses médecins traitants, c'est-à-dire, en ne tenant compte "de manière sélective que des aspects [qui lui étaient] défavorables". A cet égard, elle relève que seuls des rapports datant de plusieurs mois ont été appréciés; nulle référence n'a en revanche été faite notamment aux rapports de la doctoresse C. _____, spécialiste en médecine interne générale, en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, du 5 février 2017, et des doctoresses D. _____ et E. _____, toutes deux médecins à l'hôpital X. _____, du 30 janvier 2017 - produits en instance cantonale - qui, selon la recourante, attestent pourtant, d'une part, que les atteintes psychiques dont elle souffre ne sont pas principalement influencées par des facteurs extra-médicaux, et, d'autre part, qu'elle présente, en sus des atteintes à la santé psychique, également des pathologies somatiques.

4.2. Selon une jurisprudence constante, le tribunal des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 365 consid. 1b p. 366 et les références). Les faits qui sont survenus postérieurement et ont modifié cette situation doivent en règle générale faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). Le tribunal doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 p. 102; cf. aussi arrêt 9C 34/2017 consid. 5.2 et les références).

4.3. Pour établir la situation prévalant au moment du second refus de prestations (décision du 24 novembre 2016), les premiers juges se sont principalement fondés sur les rapports des médecins traitants de l'assurée, les doctoresses F. _____, spécialiste en médecine interne générale (rapports des 8 octobre 2014 et 2 février 2015), et G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapports des 17 octobre 2014 et 15 janvier 2015), ainsi que sur le rapport d'expertise psychiatrique du docteur B. _____ du 19 décembre 2015. S'ils ont constaté que le corps médical avait admis "une aggravation de l'état de santé de la recourante sur un plan essentiellement psychique", ils ont cependant considéré que cette aggravation était principalement due à des facteurs extra-médicaux.

4.4. Le grief tiré d'une constatation manifestement inexacte des faits invoqué par la recourante est bien fondé en ce qui concerne la constatation cantonale selon laquelle l'aggravation de l'état de santé de la recourante est "très probablement [...] favorisée par de nombreux facteurs extra-médicaux, qui donnent à penser que la péjoration résulte bien plus d'une fixation de l'état de la recourante que d'une réelle aggravation au sens de l'art. 88

RAI”.

4.4.1. S’agissant de l’aggravation de l’état de santé de la recourante, on relèvera que dans son rapport d’expertise du 19 décembre 2015, le docteur B._____ a fait état d’un “[c]onstat d’aggravation assez net” et d’une ”réelle aggravation de [l’]état clinique”. La doctoresse F._____ a pour sa part constaté une ”aggravation très nette de la symptomatologie de [l]a maladie de base [de l’assurée] à savoir troubles douloureux chroniques avec facteurs somatiques et psychiques” (rapport du 8 octobre 2014). Quant à la doctoresse G._____, elle a fait état d’une ”dégradation importante” de l’état de santé (rapport du 17 octobre 2014). On ne saurait donc nier que l’état de santé de la recourante s’est péjoré sur le plan psychique.

4.4.2. Quant à la présence de facteurs extra-médicaux, on constate, certes, que tant l’expert B._____ que certains médecins traitants de l’assurée ont mentionné l’existence d’éléments externes à l’invalidité. Ainsi, parmi les facteurs faisant obstacle à une évolution favorable de l’état de santé de sa patiente, la doctoresse G._____ a cité des problèmes financiers et des difficultés relationnelles professionnelles et familiales (rapport du 3 février 2015); elle a également mentionné que les troubles de la personnalité importants de l’assurée étaient notamment liés à l’entourage biculturel (italo-suisse; rapport du 17 octobre 2014). La doctoresse F._____ a pour sa part relevé que la ”non-reconnaissance par les différentes assurances de la maladie [de la recourante] n’a fait que renforcer le cercle vicieux, ceci à la fois par la diminution de l’estime de soi que cette non-reconnaissance a entraîné et par le poids des soucis financiers actuels” (rapport du 2 février 2015).

Cela étant, il ne suffit pas d’énumérer, à la suite, des extraits des avis médicaux mentionnant des facteurs extra-médicaux, sans les mettre en lien avec les atteintes diagnostiquées par les médecins, et sans examiner si le tableau clinique comporte uniquement de tels facteurs. A cet égard, on relèvera l’importance que revêtent les évaluations médicales pour apprécier les situations dans lesquelles des facteurs externes à l’invalidité apparaissent au premier plan et imprègnent l’anamnèse: dans ces situations, il appartient aux médecins de préciser si l’atteinte à la santé diagnostiquée a toujours valeur de maladie ou si celle-ci passe au second plan par rapport auxdits facteurs externes (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299; arrêts 9C 848/2017 du 29 mai 2018 consid. 4.2 et 9C 55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4). Or, quoi qu’en dise la juridiction cantonale, l’expert B._____ a expressément mentionné que seule ”une légère partie des symptômes allégués sont attribuables à des facteurs extra-médicaux”. Ce médecin, ainsi que les doctresses C._____, D._____, E._____, F._____ et G._____ - dont le rapport du 30 janvier 2017 n’a sans motivation pas été pris en compte par la juridiction cantonale - ont par ailleurs

clairement lié l’atteinte à la santé psychique et l’incapacité de travail en découlant à un substrat médical et non à des facteurs étrangers à l’invalidité. Il ressort en effet déjà de l’expertise du docteur B._____ que les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et d’état anxieux flottant d’intensité légère entraînent une diminution de la capacité de travail de 60 %. Le tribunal cantonal ne pouvait donc, de son propre chef, nier l’influence du substrat médical en faisant fi des constatations médicales, et affirmer le caractère prépondérant des facteurs extra-médicaux sans réelle motivation.

4.5. En ce qui concerne les effets de l’aggravation des troubles psychiques de l’assurée sur sa capacité de travail, il n’y a pas lieu de s’écarter de l’expertise du docteur B._____, qui a conclu à une capacité résiduelle de travail dans l’activité habituelle de 40 %, taux qui a été retenu par la juridiction cantonale dans son raisonnement subsidiaire. A cet égard, c’est en vain que la recourante se réfère aux pièces médicales qu’elle avait produites devant le tribunal cantonal (rapports de la doctoresse C._____, du 5 février 2017, et des docteurs H._____ et I._____, tous deux médecins à l’hôpital X._____, du 27 juin 2017) en exposant qu’elles mettent en évidence la présence de troubles somatiques et psychiques la rendant totalement incapable de travailler.

On constate en effet que ces rapports n’apportent aucun élément qui justifierait de s’écarter de l’avis de l’expert B._____, voire de reconnaître des atteintes somatiques incapacitantes ou de compléter l’instruction médicale. D’une part, contrairement à ce que soutient la recourante, si la doctoresse C._____ a attesté la présence de troubles somatiques, elle a indiqué que les diagnostics psychiatriques occupaient le premier plan; en particulier, le syndrome lombo-vertébral qu’elle avait mentionné n’était pas incapacitant. Quant à la double incontinence également mise en évidence par ce médecin, elle a été prise en compte par le docteur B._____, à titre de comorbidité, sans que la doctoresse C._____ n’explique en quoi ce diagnostic imposerait une incapacité de

travail supérieure à 60 %. S'agissant du rapport des docteurs H. _____ et I. _____ du 27 juin 2017, la recourante ne peut rien en tirer, puisqu'il y est fait état d'un traitement hospitalier qui a eu lieu du 20 février au 23 juin 2017, soit en dehors du cadre temporel qui circonscrit l'état de fait déterminant pouvant être soumis à l'examen du juge et qui s'étend jusqu'à la date de la décision de l'office AI (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 p. 220; 131 V 242

consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366). Par ailleurs, les médecins ne se prononcent pas sur la situation médicale de l'assurée et sur sa capacité de travail au moment où la décision litigieuse a été rendue, puisqu'ils indiquent qu'"[a]ctuellement" son incapacité de travail est de 100 % (supra consid. 4.2).

On relèvera au demeurant que le rapport d'expertise psychiatrique du docteur B. _____ contient les éléments nécessaires à l'administration ou au juge au regard de la procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281. Ce médecin a tout d'abord fait état de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.1 selon CIM-10), ainsi que d'un état anxieux flottant d'intensité légère (F41.1 selon CIM-10), en motivant ces diagnostics en fonction des éléments cliniques qu'il a mis en évidence. Pour apprécier le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique présentées par l'assurée, il a procédé à un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, notamment des limitations fonctionnelles et des ressources de l'intéressée, de même que de la présence de comorbidités physiques (il a notamment insisté sur la présence d'une double incontinence, qui "représente à la fois une difficulté réelle à la fois psychologique pour faire face à une vie normale") et psychiques. Au titre de la cohérence, il a mis en évidence que les facteurs extra-médicaux n'influençaient les symptômes psychiques que pour une "légère partie" et que l'empêchement constaté valait tant pour l'activité lucrative que dans le domaine privé.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise complémentaire comme le demande la recourante, les rapports médicaux étant suffisants pour forger la conviction du tribunal, selon laquelle la recourante a subi une péjoration de son état de santé qui limite sa capacité résiduelle de travail à 40 %.

5.

5.1. Il reste à procéder à l'évaluation du taux d'invalidité de la recourante. A ce propos, elle conteste le choix de la méthode mixte opérée par l'office intimé et confirmé par les premiers juges.

5.2. Selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que ce dernier aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 141 V 15 consid. 3.1 p. 20 et les références). Cette évaluation tiendra notamment compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1), établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b p. 360 s.).

5.3. En l'occurrence, la juridiction cantonale a considéré que la recourante, eût-elle été en bonne santé, aurait travaillé à temps partiel à raison de 60 %. Selon les premiers juges, la réduction du taux d'occupation en 2006 n'était pas motivée par des raisons médicales objectives, si bien que l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité n'était pas critiquable. Cette conclusion apparaît cependant insoutenable.

Il ressort en effet des différents éléments du dossier que la recourante a indiqué à plusieurs reprises que la réduction de son taux de travail à 60% à compter de 2006 était intervenue en raison de la détérioration de son état de santé et que, pour des raisons financières et d'épanouissement personnel, elle aurait exercé une activité lucrative à plein temps si elle n'avait pas subi une atteinte à la santé (cf. rapport du 1er entretien à l'office AI avec l'assurée du 4 avril 2007, courrier de l'assurée du 19 janvier 2016, questionnaire à l'intention des personnes s'occupant du ménage rempli le 20 janvier 2016 et rapport d'enquête économique sur le ménage du 27 avril 2016). Les déclarations de la recourante peuvent être suivies puisqu'elles sont confirmées notamment par la doctoresse J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a fait état d'une incapacité de travail de 40 % dès le 31 mars 2006 pour une durée indéterminée (certificat médical initial à l'attention de l'assureur perte de gain du 1er septembre 2006 et rapport médical du 11 mai 2007), ainsi que par son ancien employeur,

qui a mentionné une incapacité de travail de 40 % depuis cette même date, pour laquelle son assureur perte de gain est intervenu dès le

1er mai 2006 (questionnaire pour l'employeur complété le 12 avril 2007). Par ailleurs, dans sa décision du 19 juin 2008, l'office intimé avait lui-même retenu que l'assurée présentait une diminution de rendement, ce qui avait été confirmé par la juridiction cantonale, dans son jugement du 28 avril 2011. Il convient dès lors de s'écarter de l'appréciation manifestement inexacte de la juridiction cantonale et d'évaluer l'invalidité de la recourante en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

5.4. Au vu de la capacité résiduelle de travail de 40 % de la recourante dans son activité habituelle, et de son statut de personne active à plein temps, son taux d'invalidité doit être fixé à 60 %, en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, le taux d'incapacité de travail se confondant ici avec celui de l'invalidité. Ce résultat ouvre le droit à trois quarts de rente (art. 28 al. 2 LAI).

S'agissant de la naissance du droit à la rente d'invalidité, elle doit être fixée au 1er octobre 2014, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations intervenu au mois d'avril 2014 (art. 29 al. 1 LAI), dans la mesure où l'expert B. _____ a attesté d'une incapacité de travail d'au moins 40 % depuis le mois de mars 2013 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

6.

Il résulte de ce qui précède que le recours est bien fondé dès lors qu'il conduit à l'annulation du jugement entrepris et de la décision de l'office intimé du 24 novembre 2016.

7.

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires sont mis à la charge de l'office intimé (art. 66 al. 1, première phrase, LTF), qui versera une indemnité de dépens à la recourante (art. 68 al. 1 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce :

1.

Le recours est admis. La décision du Tribunal cantonal du canton de Fribourg, I e Cour des assurances sociales, du 22 février 2018 et la décision de l'Office AI du canton de Fribourg du 24 novembre 2016 sont annulées. La recourante a droit à trois quarts de rente de l'assurance-invalidité à compter du 1er octobre 2014.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à 800 fr., sont mis à la charge de l'intimé.

3.

L'intimé versera à la recourante la somme de 2'800 fr. à titre de dépens pour la procédure devant le Tribunal fédéral.

4.

La cause est renvoyée au Tribunal cantonal du canton de Fribourg, I e Cour des assurances sociales, pour nouvelle décision sur les frais et les dépens de la procédure antérieure.

5.

Le présent arrêt est communiqué aux parties, au Tribunal cantonal du canton de Fribourg, I e Cour des assurances sociales, et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 25 juillet 2018

Au nom de la IIe Cour de droit social
du Tribunal fédéral suisse

La Présidente : Pfiffner

La Greffière : Perrenoud