

FR_GERICHTE 608 2017 239 vom 3. Dezember 2018

FR Kantonsgericht, 2018-12-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_239

FR: FR_GERICHTE 608 2017 239 du 3 décembre 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 239 del 3 dicembre 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 4

mai 2016. D. Depuis le 28 avril 2016, l'assurée est en incapacité de travail complète ou partielle, médicalement attestée. Cette incapacité de travail a été annoncée à l'OAI, qui a, dans un premier temps, refusé d'entrer en matière dans un projet de décision du 2 août 2016. Sur avis du médecin de son Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie. Dans son rapport du 12 avril 2018, celui-ci estime que l'état de santé s'est amélioré depuis début 2017 sur le plan rhumatologique de sorte que l'assurée est désormais en mesure de travailler à un taux de 100%, avec un rendement de 80%, dans une activité adaptée et, notamment, en tant que graphiste. Par décision du 7 septembre 2017, laquelle reprend un projet du 26 juin 2017, l'OAI a supprimé au 31 octobre 2017 la demi-rente qu'il octroyait à son assurée, se basant sur un degré d'invalidité de 20%.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 E. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Syndicom, interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 9 octobre 2017, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, au renvoi pour instruction supplémentaire ou, subsidiairement, au maintien de sa demi-rente. A l'appui de son recours, qu'elle complète les 20 et 27 novembre 2017, elle se plaint de ce que l'OAI se soit exclusivement fondé sur l'avis du Dr D. _____ dont elle conteste la méthode de travail et qu'elle qualifie d'appréciation différente d'un état de fait inchangé. Elle regrette aussi que l'autorité ait totalement occulté les problématiques gynécologiques qui la touchent et ait totalement ignoré l'avis de ses médecins traitants, dont elle se prévaut. Enfin, elle se plaint d'une violation du devoir d'instruction de l'autorité, estimant que l'OAI aurait dû l'informer de ce que le service de consultation psychologique de E. _____ ne transmettait pas les rapports demandés pour qu'elle entreprenne également des démarches de son côté. Elle produit par ailleurs un rapport dudit service. Le 27 novembre 2017, la recourante s'acquitte de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 26 janvier 2018, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève que la rente avait été octroyée en raison des seuls troubles rhumatologiques mais en se fondant sur les observations faites lors des stages, lesquels auraient été "parasités par le syndrome douloureux et les troubles fonctionnels". Selon lui, la capacité de travail n'avait jamais été définie "médicalement" avant l'expertise du Dr D. _____. A cet égard, l'office se rattache entièrement aux conclusions de l'expert-rhumatologue, qu'il estime entièrement probantes et que les allégations des médecins traitants ne permettent pas de remettre en cause. Dans ses contre-observations du 15 mars 2018, l'assurée réitère en substance ses arguments, joignant un rapport de son

rhumatologue et d'un psychiatre du service de consultation de E._____. Elle critique en outre les méthodes des assureurs, émettant des doutes sur le contenu des rapports médicaux établis par des experts qu'ils sollicitent régulièrement sur la base d'un reportage télévisé. Elle indique aussi que les nombreux traitements qu'elle suit (physiothérapie, balnéothérapie, chiropractie, auto-injection de médicaments) prennent du temps, ce qui n'est pas compatible avec une activité professionnelle à 100%, et qu'elle n'est en mesure de garder son emploi actuel qu'en raison du lien de filiation existant avec son employeur. Dans ses ultimes remarques du 1er juin 2018, l'OAI maintient sa proposition de rejet du recours, se référant à un nouveau rapport du médecin du SMR. Dans une intervention spontanée du 18 juin 2018, la recourante relève enfin que le Service public de l'emploi ne lui a reconnu qu'une aptitude au placement de 50%. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou la fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (cf. art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281; 127 V 294; 102 V 165; VSI 2001 p. 223). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281; 130 V 396). En outre, l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics, par exemple si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable qui permettent de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance. La capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. ATF 143 V 409; 141 V 281). 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 ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est

produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

E. 4.1

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 4.2

Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF

9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Il y a 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).

E. 4.3

Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4).

E. 5

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré au point de justifier qu'il soit mis fin à son droit aux prestations AI, respectivement si la mise sur pied d'une expertise est nécessaire. La décision du 26 septembre 2012 constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, étant rappelé que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant pour examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2). Partant, il s'agit de comparer ici les faits qui prévalaient lors de l'octroi initial de la demi-rente avec ceux existant au moment de la décision attaquée plus de cinq ans plus tard. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si l'état de santé de la recourante s'est ou non modifié entre ces deux dates au point de devoir entraîner une diminution de sa perte de gain. Initialement, le Dr F. _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, citait les diagnostics invalidants de "fibromyalgie" et de "douleurs [illisible] sur endométriose". Selon lui, la capacité de travail était entière, évoquant des limitations fonctionnelles dans le port de charges lourdes (rapport du 19 mars 2011, dossier OAI, p. 78). Le Dr G. _____, spécialiste en endocrinologie/diabétologie, médecine intensive et en médecine interne générale, faisait état d'un "état douloureux chronique invalidant", de "céphalées récidivantes", de "rachialgies", de "troubles du transit digestif" et de "douleurs per [sic] et prémenstruelles". Ces troubles causaient des douleurs ainsi qu'un épuisement physique et psychique, de sorte qu'il estimait la capacité de travail de sa patiente inférieure à 50% (rapport du 28 mars 2011; dossier OAI, p. 87). Le Dr H. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, estimait pour sa part que sa patiente était atteinte d'une "spondylarthropathie axiale probable" et que la capacité de travail était de 50% avec un rendement de 80%. Il évoquait cependant la possibilité d'une amélioration selon le "traitement de la fibromyalgie" (rapport du 24 mars 2011, dossier OAI, p. 110). Interrogée à l'époque, la Dresse I. _____, spécialiste en médecine interne générale, du SMR, estimait qu'il y avait une atteinte invalidante provoquant de "très vastes" limitations fonctionnelles. Elle ne quantifiait cependant pas la capacité de travail de l'assurée, indiquant "on ne peut pas le prédire" et attendait des informations du Dr H. _____ (rapport du 14 avril 2011, dossier OAI, p. 121). Si ce dernier a évoqué l'hypothèse d'une amélioration de la capacité de travail

dans le cadre d'une reprise très progressive (dossier OAI, p. 163, 226 et 256), il l'a par la suite niée et a maintenu que sa patiente ne pouvait travailler qu'à 50% "en raison des douleurs et de la persistance des problèmes gynécologiques". C'est cette capacité de travail qu'il attestait au moment de la décision litigieuse (rapport du 15 mars 2012, dossier OAI, p. 251). Pour sa part, le Dr F. _____ estimait que l'état de santé s'était aggravé. Selon lui, les douleurs de sa patiente diminuaient sa capacité de travail à environ 50% dans toutes les activités légères, permettant l'alternance des positions et sans certaines postures (rapport du 19 mars 2012, dossier OAI, p. 254). Ces dernières évaluations médicales de la capacité de travail correspondent, en substance, aux conclusions tirées des stages effectués par la recourante à la même période. Les responsables de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 C. _____ relevaient par exemple que, "après des absences répétées, le taux de 80% du début de la mesure, a dû être abaissé pour le reste de la mesure à 50%" pour des "raisons médicales", soulignant au passage "l'adéquation de cette décision puisque [la recourante] a retrouvé beaucoup d'énergie et fournit, depuis lors, plus de travail dans l'absolu avec cet horaire réduit" et "rejoint ainsi le plein rendement" (rapport du 11 avril 2012; dossier OAI, p. 270; cf. ég. p. 299). Ainsi, contrairement aux allégations de l'OAI – lequel affirme que "la rente avait été octroyée au regard des conclusions des stages sans véritable confirmation médicale" – il existait une évidente concordance entre les avis des médecins traitants et les observations faites par les responsables des stages. La demi-rente d'invalidité a dès lors été octroyée pour des motifs tant rhumatologiques (spondylarthropathie ankylosante) que gynécologiques (endométriose) confirmés par des spécialistes en la matière. Dans ces circonstances, la décision initiale ne peut pas être qualifiée de manifestation erronée comme semble le soutenir l'OAI.

E. 6

Sur le vu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante a évolué au point d'influencer son degré d'invalidité.

E. 6.1

Dans sa décision du 7 septembre 2017, l'OAI se fonde exclusivement sur l'expertise rhumatologique du Dr D. _____ du 12 avril 2018. Celui-ci confirme le diagnostic de "spondylarthrite indifférenciée avec atteinte axiale et périphérique". Selon lui, ce diagnostic occasionne, "dans le cas de l'assurée", les limitations fonctionnelles suivantes: "pas de port de charge de plus de 5kg, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position à genoux ou accroupie, [...] pas de rotation du tronc, pas d'extension du tronc. Il faut pouvoir prévoir des changements de position toutes les heures". Il considère que "le tableau rhumatologique actuel ne justifie plus une incapacité de travail de 50%", mais retient que la capacité de travail est désormais de 100% horaire avec 80% de rendement (dossier OAI, p. 636). Les conclusions de l'expert sont fondées sur le dossier assécurologique, que l'autorité intimée avait mis à sa disposition, ainsi que sur un entretien avec l'assurée. A cette occasion, l'expert a pu procéder à des examens complets de cette dernière. Pour sa part, la recourante a pu détailler ses troubles – notamment la nécessité de procéder à des injections bimensuelles pour la soulager, de nombreuses douleurs au dos et aux genoux – mais également ses autres douleurs (endométriose). L'expert a dès lors pu fonder ses conclusions sur un examen complet de l'assurée, en ayant pleine connaissance de l'anamnèse et de la situation médicale. Pour leur part, les conclusions de l'expert sont bien motivées. Ainsi, sur le plan diagnostic, s'il admet s'être écarté des "critères de classification", l'expert indique avoir utilisé un

"faisceau d'indices cliniques et paracliniques", lesquels comprennent non seulement les symptômes présentés par la recourante mais également des "signes objectifs" qui ressortent de son propre examen et des documents radiologiques à sa disposition. Pour sa part, la quantification de la capacité de travail est fondée sur la situation rhumatologique stabilisée ainsi que sur la nécessité, pour la recourante, d'aménager des pauses de quelques minutes toutes les 45 à 60 minutes en raison des arthralgies. Il relève, au passage, que l'assurée est non seulement en mesure de travailler à mi-temps dans le cadre d'une activité salariée, mais aussi d'effectuer, en sus, des mandats en tant que graphiste indépendante, ce qui va dans le sens d'une capacité de travail

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 supérieure aux 50% allégués. Quant à l'amélioration de l'état de santé, l'expert la met en lien avec l'introduction d'un traitement au Cosentyx "qui a permis de diminuer les douleurs depuis début 2017 et de diminuer la fréquence des consultations rhumatologiques". Sur un plan strictement formel, l'expertise du Dr D._____ apparaît dès lors remplir les conditions pour lui voir reconnaître une pleine valeur probante.

E. 6.2

La recourante conteste les conclusions de l'expert, s'appuyant en cela essentiellement sur les critiques de son rhumatologue traitant, le Dr H._____. Celui-ci indique expressément n'avoir "aucun reproche" s'agissant des diagnostics retenus par le médecin, confirmant en cela la méthode utilisée par l'expert, et retient également que sa patiente souffre d'une "spondylarthrite avec atteinte axiale et périphérique". En revanche, le médecin rejette l'appréciation faite de la capacité de travail de sa patiente, affirmant qu'on ne peut pas déduire d'un diagnostic des limitations fonctionnelles. Plus que par un diagnostic, il estime que la capacité de travail est avant tout définie par le "retentissement fonctionnel de la maladie en termes de fonction, douleurs, handicap et fatigue, et ce en particulier dans les rhumatismes inflammatoires". S'agissant de l'expertise du Dr D._____, il regrette l'absence de scores d'auto-évaluation, seuls moyens permettant d'évaluer ce retentissement fonctionnel. Selon lui, si l'expert avait évalué ces éléments, il aurait partagé son avis et fixé la capacité de travail à 50% (rapport du 4 octobre 2017, bordereau, pièce 6; cf. ég. dossier OAI, p. 391, 455, 504, 538, 577, 593 et 665). Dans un rapport ultérieur du 26 février 2018, le médecin ajoute que, si le Cosentyx a une certaine efficacité, celle-ci n'est que partielle et permet, tout au plus, "de maintenir une capacité de travail de 50%, mais certainement pas de reprendre une vie active pleine". Il conteste également la corrélation faite selon lui par l'expert entre le syndrome inflammatoire et la capacité de travail, laquelle n'aurait pas été retrouvée dans la littérature (rapport annexé aux contre-observations du 15 mars 2018). Cependant, force est de constater que les critiques du médecin ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de l'expert. La Cour relève d'abord que le diagnostic ne détermine pas les limitations fonctionnelles, contrairement à ce qui est soutenu par le médecin traitant. L'expert indique ainsi expressément que "dans le cas de l'assurée, le diagnostic M46.9 occasionne les limitations fonctionnelles suivantes [...]", ce qui ne peut être compris que comme un renvoi au cas concret. En outre, force est de constater que l'expert ne fait pas un lien entre le syndrome inflammatoire et la capacité de travail, l'absence d'inflammation étant uniquement vue comme un indice le conduisant au diagnostic de "spondylarthrite indifférenciée", soit le même diagnostic que le médecin traitant. L'appréciation du Dr H._____ tend à s'écarter de considérations purement rhumatologiques pour prendre en compte, plus largement, des atteintes psychiatriques et (surtout) gynécologiques (cf. dossier

OAI, p. 391, 455, 504, 538, 577, 593 et 665). L'évaluation de l'incidence de telles problématiques sur la capacité de travail d'un assuré appartient aux spécialistes des domaines concernés. A tout le moins, cette problématique peut expliquer la différence d'appréciation entre le rhumatologue traitant et l'expert.

E. 6.3

Cela étant, on ne peut pas ignorer que la recourante souffre de problématiques qui ne sont pas limitées à un aspect purement rhumatologique. Ainsi qu'il a été relevé ci-avant (consid. 5), la demi-rente avait également été octroyée en raison de l'incidence des troubles gynécologiques sur la capacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 En l'état actuel du dossier, des troubles non-rhumatologiques sont toujours médicalement attestés. Ainsi, sur le plan gynécologique, le Dr J._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, affirme que, du "point de vue de la capacité de travail, je ne peux me prononcer que par rapport à l'aspect gynécologique. Il est clair que l'endométriose est une maladie certes bénigne mais chronique qui peut causer des douleurs invalidantes ayant un impact majeur sur la qualité de vie. Actuellement, la situation du point de vue des douleurs n'est pas améliorée par les traitements prescrits. Ces douleurs peuvent justifier un absentéisme mais je ne peux pas me prononcer pour sa situation globale et sa capacité de travail" (rapport du 3 avril 2017, dossier OAI, p. 652; cf. ég. 579 et bordereau, pièce 9). Quant à l'aspect psychiatrique, le Dr G._____ atteste depuis mars 2016 que sa patiente souffre d'un état dépressif (dossier OAI, p. 471), dont le Dr H._____ fait également mention depuis juillet 2016 (dossier OAI, p. 504 et 538). Ces troubles psychiatriques ont motivé l'OAI à demander que les médecins du département de psychiatrie E._____ lui transmettent un rapport en novembre 2016, mais l'office a statué sans attendre de le recevoir. Ce n'est que postérieurement à la décision litigieuse et sur demande de la recourante que les médecins du département de psychiatrie du E._____ attestent de l'existence d'un suivi psychiatrique depuis juin 2016 (annexe au mémoire spontané du 27 novembre 2017). Ces problématiques gynécologiques et psychiatriques n'ont pas fait l'objet d'investigations particulières par l'autorité intimée. S'agissant de la problématique psychiatrique, le Dr K._____, spécialiste en anesthésiologie, admet par exemple que "l'état de santé psychique actuel de l'assurée et son éventuel impact sur la capacité de travail exigible ne peuvent pas être établis en pleine connaissance de cause en l'état du dossier" (annexe aux ultimes remarques du 1er juin 2018). Cet aveu du médecin du SMR n'a cependant pas conduit l'OAI à remettre sa décision en cause dès lors qu'il considère – à tort, on l'a vu – que le suivi est postérieur à la décision litigieuse. Or, l'on ne peut pas exclure que ces troubles aient (encore) une incidence sur la capacité de gain de la recourante. Ainsi qu'on l'a relevé ci-avant, dans son appréciation de la capacité de travail de sa patiente, le Dr H._____ prend non seulement en compte l'incidence des troubles rhumatologiques, mais également, plus largement, les atteintes psychiatriques et gynécologiques (cf. dossier OAI, p. 391, 455, 504, 538, 577, 593 et 665). C'est également le cas de la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle estime que sa patiente, "connue pour une spondylarthrite ankylosante, un état dépressif et une sévère endométriose" n'est "pas capable d'effectuer une activité à plus de 50%, sachant que celle exercée actuellement est tout à fait adaptée à sa situation médicale" (rapport du 3 octobre 2017, bordereau, pièce 8). Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que la cause est insuffisamment instruite pour permettre à la Cour de céans de statuer. Si l'on peut admettre, à lire les conclusions du Dr D._____, que la capacité de gain de la recourante s'est, dans

une certaine mesure, améliorée sur le plan rhumatologique, les pièces au dossier ne permettent pas, pour autant, de quantifier la capacité de travail (résiduelle) au vu des autres problématiques gynécologiques et psychiatriques alléguées. Cette instruction médicale insuffisante justifie le renvoi à l'autorité intimée pour reprise de l'instruction sous forme d'un examen pluridisciplinaire.

E. 7

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle ordonne des mesures d'instruction complémentaires au sens des considérants et nouvelle décision.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 Compte tenu de l'issue du litige, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure par CHF 800.-. L'avance de frais effectuée par la recourante, à raison de CHF 800.-, lui est restituée. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire, il se justifie de la fixer à CHF 1'000.-, éventuelle TVA comprise, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. la Cour arrête : I. Le recours est admis et la décision attaquée annulée. Partant, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée; l'avance de frais effectuée par la recourante, à raison de CHF 800.-, lui est restituée. III. Une indemnité de partie de CHF 1'000.-, éventuelle TVA comprise, est allouée à la recourante et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. IV. 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 3 décembre 2018/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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