

FR_GERICHTE 608 2017 91 vom 14. Dezember 2017

FR Kantonsgericht, 2017-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_91

FR: FR_GERICHTE 608 2017 91 du 14 décembre 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2017 91 del 14 dicembre 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Déposé en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

E. 2

a) Aux termes de l'art. 8 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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. 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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 346 consid. 5.3 et 6). Ceci étant, 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 (arrêts TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1 et I 946/05 du 11 mai 2007; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6 et les références citées). L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé lege artis - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (arrêt TF 9C_395/2007 précité consid. 2.4 et les références). b) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au

moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (art. 28 LAI). D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et non pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie 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). 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 (ATF 125 V 351). 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). Conformément à l'art. 59 al. 2 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR

ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). d) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA - applicable par analogie en cas de nouvelles demandes 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 en conséquence, ou encore supprimée. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b).

E. 3

En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si l'état de santé de la recourante s'est ou non aggravé depuis la précédente décision du 25 mars 2015, lui ayant refusé le droit à une rente. a) Pour rendre cette première décision, l'OAI s'était fondé sur les rapports d'expertise rendus par le Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le 4 septembre 2013 et par la Dresse E. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, le

E. 6

février 2014. Au plan psychiatrique, le Dr F. _____ ne retenait, après avoir établi l'anamnèse et le status psychiatrique, aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail; une dysthymie (F34.1) pouvant tout au plus être admise. Un tableau de dépression chronique était certes présent, mais sa sévérité insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent. Il relevait en outre l'absence de symptomatologie anxieuse significative et écartait par ailleurs le diagnostic de trouble somatoforme, dès lors que les critères de sévérité n'en étaient pas remplis. Il concluait dès lors à l'absence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée et confirmait une pleine capacité de travail dans toute activité. Au plan somatique, la Dresse E. _____, après avoir rappelé l'évolution du dossier médical et les plaintes de l'assurée

ainsi que procédé à l'examen clinique, retenait le diagnostic de syndrome douloureux chronique de l'épaule droite persistant. Elle indiquait en substance que "le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout la perception d'handicap de la part de la patiente. L'examen clinique du jour est peu contributif. Le dernier bilan radiologique datant d'octobre 2012 exclut la présence d'une atteinte musculo- squelettique pouvant expliquer le tableau clinique. [...] Quant à une réintégration professionnelle, nous rejoignons l'avis de nos confrères de la clinique romande de réadaptation, à savoir que cette capacité de réintégration est faible. Des facteurs qui sortent du domaine médical somatique pourraient interférer dans une éventuelle réorientation professionnelle. En plus, l'exclusion fonctionnelle de son MSD de la part de la patiente pourrait limiter ses recherches professionnelles. La présence de litiges asséculogiques sous-jacents pourraient également influencer la procédure de réinsertion professionnelles, de même que le tableau clinique du syndrome douloureux chronique". Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit: "Il est difficile de se prononcer au vu de l'examen clinique limité mais on pourrait dire que la mobilité de l'épaule est limitée au niveau horizontal de 90° concernant la flexion et l'abduction, le port de charges à 5kg jusqu'à la taille et à 1kg jusqu'aux épaules". La précédente activité, impliquant des mouvements répétitifs et des ports de charges jusqu'à 20kg avait participé à la décompensation de la symptomatologie et était contre-indiquée. Par contre, une activité à plein temps, respectant les limitations précitées et dans un environnement encadrant et rassurant, était exigible selon

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 l'experte. Elle proposait toutefois une reprise progressive, tout d'abord à 50%, pour permettre à l'assurée de se réhabituer aux exigences professionnelles. b) Depuis lors, de nouvelles expertises ont été effectuées: la première, datant du

E. 9

novembre 2016, par le Dr G._____, spécialiste FMH en orthopédie, et la seconde, le

E. 14

novembre 2016, par le Dr H._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Au plan psychiatrique, ce dernier retient en substance ce qui suit: "Cette assurée ne présente pas de maladie psychiatrique handicapante, elle présente une dysthymie qui, selon la CIM-10, est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. [...] En outre, un trouble anxieux et dépressif mixte plutôt léger et secondaire à la douleur est présent, lequel n'est pas handicapant chez l'assurée dont le principal problème est la douleur et le fait qu'elle a l'impression qu'elle ne pourra plus travailler". Il conclut dès lors à une capacité de travail de 100%, avec plein rendement, du point de vue psychiatrique. Au plan somatique, le Dr G._____ retient, après avoir notamment procédé à un examen clinique très détaillé, avec passation de différents tests et questionnaires, les diagnostics suivants: fibromyalgie dans le cadre d'une hypermobilité articulaire selon les critères de Brighton, syndrome douloureux chronique de l'épaule D, hypermobilité articulaire selon les critères de Brighton et enfin probable état anxio-dépressif réactionnel. A la discussion, cet expert considère que les douleurs diffuses dont se plaint l'assurée "répondent aux critères de la fibromyalgie, mais [qu'elles] s'inscrivent aussi dans le cadre d'une hypermobilité articulaire selon les critères de

Brighton". Selon lui, cette hypermobilité peut expliquer l'échec relatif des approches chirurgicales, ainsi que la présence de facteurs secondaires (stratégies d'évitement du mouvement, fatigue, hypotonie musculaire), confirmés par une nette atrophie musculaire dans la région de l'épaule concernée. Il conclut dès lors à l'inexigibilité de l'activité exercée jusqu'alors (vente, gérance de magasin avec port de charges); une activité sans manipulation de charges bimanuelle, de type bureau, demeure par contre possible selon lui. L'expert relève également l'isolement social et la situation précaire dans laquelle vit l'assurée, ce ayant pour conséquence des ressources très limitées pour retrouver une activité professionnelle. En conclusion, celui-ci admet une capacité de travail de 50% dans une activité administrative, sans charges et épargnant le membre supérieur droit, après un programme de réadaptation physique de 6 à 9 mois. Le 50% manquant correspond à la diminution de rendement due au fait que ledit membre n'est pas fonctionnel. c) Postérieurement à la décision litigieuse, la recourante a encore remis deux documents médicaux. Une "attestation de suivi thérapeutique" établie le 10 juillet 2017 par sa psychologue, I. _____, confirmant l'existence d'une psychothérapie individuelle depuis le 26 août 2013 et précisant que, depuis le 19 mars 2016, le suivi se fait de manière bénévole. Un rapport de consultation du 17 juillet 2017 remis par la Dresse J. _____, médecin adjointe auprès du Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois, à Lausanne. Celle-ci rappelle l'existence de deux précédentes consultations en 2016, au cours desquelles différentes suggestions de traitements avaient été faites (thérapie en miroir, thérapie de connexion), sans bénéfice pour l'assurée, qui continue à souffrir de douleurs mécaniques, entraînant une incapacité fonctionnelle quasi-complète de l'épaule droite. Elle termine en relevant que "tout le bilan d'évaluation des capacités fonctionnelles a été fait par le Dr G. _____ lors d'une expertise médicale", en indiquant ne rien avoir à y ajouter.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 d) Appelée à statuer, la Cour de céans estime que la cause est insuffisamment instruite pour trancher. Au plan psychiatrique, la Cour de céans constate que la situation n'a pas subi d'évolution, puisque le Dr H. _____ aboutit à la même conclusion que le Dr F. _____, à savoir que la recourante ne présente pas d'atteinte psychiatrique invalidante à la santé. Cette dernière émet certes des critiques à l'encontre de l'expertise du Dr H. _____, mais celles-ci demeurent trop vagues pour remettre en cause son analyse. L'attestation produite à l'appui de ses contre-observations, établie par sa psychologue, confirme bien qu'un suivi est en place depuis le mois d'août 2013, mais ne précise en rien la fréquence ni le motif de ce suivi, en particulier durant l'année 2016. On note à cet égard que la mention, selon laquelle "depuis le 19 mars 2016, le suivi se fait de manière bénévole", incite plutôt à penser qu'il est peu intensif. Quoi qu'il en soit, ce document ne fournit aucun élément susceptible de remettre sérieusement en cause l'appréciation de l'expert psychiatre, notamment celle de la capacité de travail. L'expertise réalisée par ce dernier répond par ailleurs aux réquisits jurisprudentiels. C'est donc essentiellement sur le terrain somatique que se situe le litige, les parties s'opposant principalement sur la valeur probante de l'expertise fournie par le Dr G. _____. En effet, l'OAI, suivant l'appréciation de son médecin SMR, s'est distancié de l'appréciation de cet expert et a confirmé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, alors que ce dernier a retenu une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Il convient dès lors d'examiner plus en détail cette expertise, et en particulier les motifs qui l'ont conduit à conclure à une baisse significative de la capacité de travail de l'assurée. A la lecture de son rapport, on ne peut dénier que cet

expert a procédé à un examen approfondi de la recourante, l'examen clinique et les questionnaires s'étendant sur plus de vingt pages. Au niveau des diagnostics, on constate qu'il reprend ceux, déjà mentionnés précédemment, de fibromyalgie et de syndrome douloureux chronique de l'épaule droite, mais y ajoute celui d'hypermobilité articulaire selon les règles de Brighton; à noter qu'il mentionne également un probable état anxio-dépressif réactionnel, lequel relève toutefois de la sphère psychiatrique, de sorte qu'il convient de renvoyer, à ce sujet, à l'expertise du Dr H. _____. Dans sa discussion du cas, l'expert considère que c'est cette hypermobilité qui explique l'échec de la chirurgie et l'apparition de douleurs diffuses, de type fibromyalgie, avec notamment des stratégies d'évitement, ayant pour conséquence une nette atrophie musculaire. Quand bien même ces explications paraissent de prime abord convaincantes, les juges de céans n'en relèvent pas moins que ce nouveau diagnostic ne conduit, à bien lire l'expert, qu'à expliquer l'origine des douleurs ressenties par la recourante. On relève à cet égard que le simple fait d'ajouter un diagnostic supplémentaire (hypermobilité articulaire) paraît difficilement pouvoir justifier, à lui seul, une diminution de moitié de la capacité de travail, dans la mesure où les constats objectifs de l'expert sont semblables à ceux des autres spécialistes consultés jusqu'alors. En effet, alors qu'à l'approche du terme de sa discussion, le Dr G. _____ laisse entendre que l'assurée dispose encore d'une capacité de travail dans une activité adaptée ("Ainsi avec tous ces éléments en main, nous voyons difficilement comme A. _____ pourrait continuer une activité professionnelle dans la vente, ni comme gérante d'un magasin impliquant des activités de port de charges, vu les limitations fonctionnelles constatées. Tout au plus, il faudrait envisager une activité, soit dans le conseil avec l'absence de manipulation de charges de manière bimanuelle, ainsi que toute activité au-dessus du niveau des épaules à droite. On pourrait aussi envisager une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 activité de bureau, en tenant compte de la limitation de son membre supérieur droit, où le rayon d'action reste bien limité [...]), l'expert conclut néanmoins à une baisse de rendement de 50%, du seul fait que le membre supérieur droit n'est pas fonctionnel. Or, sur la base d'une situation, et en particulier de limitations fonctionnelles somme toute semblables (handicap fonctionnel de l'épaule droite), la Dresse E. _____ était parvenue à un résultat bien différent (pleine capacité de travail). Or, si le postulat du Dr G. _____ paraît recevable s'agissant d'une activité nécessitant le recours régulier au bras atteint (comme par exemple celle exercée précédemment dans le domaine de la vente), on peine à comprendre que tel soit également le cas dans une activité tenant précisément compte de cette problématique (activité de bureau). A ce titre, la réflexion selon laquelle les limitations du bras droit entraînent d'office une réduction de moitié de la capacité de travail semble pour le moins hâtive ou, tout du moins, est motivée de manière insuffisante, notamment en comparaison avec l'évaluation de la Dresse E. _____. Cela étant, constatant que les conclusions de l'expert n'étaient pas totalement concluantes, le médecin généraliste SMR n'était pas autorisé à simplement y substituer sa propre appréciation, alors qu'il n'a lui-même procédé à aucun examen clinique de l'assurée et qu'il n'est pas spécialiste dans le domaine concerné. Au contraire, lui incombait-il, respectivement incombait-il à l'OAI d'instruire plus avant le dossier afin d'éclaircir la situation (cf. supra consid. 2c). On songe à un complément d'instruction auprès du Dr G. _____ ou à la mise sur pied d'une nouvelle expertise. Dans ce contexte, on relèvera encore que le fait que des facteurs extra-médicaux (psychosociaux) aient pu jouer un rôle significatif dans l'évaluation de la capacité de travail de la recourante par le Dr G. _____ ne relève pas de l'évidence. On relève en effet que le médecin SMR se contente d'en

invoquer la présence, mais sans en préciser la nature exacte, une simple référence à l'isolement social de la recourante dans le cadre de la discussion n'étant à cet égard pas suffisant. Dans ce contexte, il se justifierait également de vérifier si la recourante dispose encore d'une pleine capacité de travail dans une activité industrielle légère, ainsi que cela avait été retenu par l'OAI sur la base de l'expertise E._____, ou si tel n'est plus le cas que dans une activité de bureau - dans une mesure encore à déterminer - auquel cas il conviendrait encore de procéder à une nouvelle comparaison des revenus et, cas échéant, d'envisager l'opportunité d'une reconversion professionnelle. En l'état, la Cour de céans n'est donc pas en mesure de trancher ce litige à satisfaction et il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI, à charge pour celui-ci de procéder aux mesures d'instruction complémentaires nécessaires, dès lors que l'on se trouve dans le cadre de l'une des exceptions aménagée par la jurisprudence autorisant un tel renvoi. Il convient encore de préciser que le rapport de la Dresse J._____, déposé par la recourante à l'appui de ses contre-observations, n'est pas de nature à modifier cette conclusion. Ce document a en effet été établi postérieurement à la décision litigieuse et ne relève donc pas de l'état de fait déterminant. Quoi qu'il en soit, cet avis est de toute manière insuffisamment motivé, notamment s'agissant de la capacité de travail de l'assurée, et n'est dès lors pas de nature à éviter un renvoi de l'affaire à l'autorité intimée. 4. Partant, sur le vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 La procédure n'étant pas gratuite, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure par CHF 800.-. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, ce qui rend sa demande d'assistance judiciaire gratuite (608 2017 102) sans objet. Sur la base de la liste de frais déposée le 29 novembre 2017 par la mandataire de la recourante, il se justifie de fixer l'équitable indemnité - entière, dès lors qu'un renvoi pour instruction équivaut à un gain de cause total (ATF 137 V 57; 133 V 450) - à laquelle elle a droit en l'indemnisant à raison de 8 heures à CHF 250.-, soit un montant de CHF 2'000.-. S'y ajoutent CHF 36.80 au titre de débours et CHF 162.95 au titre de la TVA à 8%. Cette indemnité totale de CHF 2'199.75 est intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée au mandataire de la recourante. la Cour arrête: I. Le recours (608 2017 91) est partiellement admis et la cause est renvoyée à l'autorité intimée, pour instruction 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. III. La demande d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 102), devenue sans objet, est rayée du rôle. IV. Il est alloué à la recourante pour ses frais de défense une indemnité de CHF 2'000.-, plus CHF 36.80 de débours, plus CHF 162.95 au titre de la TVA à 8%, soit un total de CHF 2'199.75. Elle est intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et sera directement versée à Me Ayer. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas

gratuite. Fribourg, le 14 décembre 2017/mba Président Greffier-rapporteur

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