

# FR\_GERICHTE 608 2020 101 vom 26. April 2021

FR Kantonsgericht, 2021-04-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2020\\_101](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_101)

FR: FR\_GERICHTE 608 2020 101 du 26 avril 2021

IT: FR\_GERICHTE 608 2020 101 del 26 aprile 2021

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable à la forme. En outre, la recourante, dûment représentée, est directement atteinte par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, il y a lieu d'entrer en matière sur les mérites du recours.

### E. 2.1

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, Cst.; RS 101), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. La jurisprudence a notamment déduit du droit d'être entendu en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3; 142 III 48 consid. 4.1.1; 141 V 557 consid. 3; 135 I 279 consid. 2.3; arrêt TAF A-8271/2015 du 29 août 2016 consid. 3.1.2). Le droit d'être entendu impose en outre à l'autorité de motiver clairement sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; 133 III 439 consid. 3.3; arrêts TF 4A\_408/2010 du 7 octobre 2010 consid. 2.1; TAF A-5228/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.1).

### E. 2.2

Une partie à un procès doit pouvoir prendre connaissance de toute observation ou pièce soumise au tribunal et se déterminer à son propos, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement de nature à influencer le jugement à rendre. Il appartient en effet d'abord aux parties, et non au juge, de décider si une prise de position ou une pièce nouvellement versée au dossier contient des éléments déterminants qui appellent des observations de leur part. Elles doivent à cette fin pouvoir s'exprimer dans le cadre de la procédure, ce qui suppose que la possibilité leur soit concrètement offerte de faire entendre leur point de vue.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 En ce sens, il existe un véritable droit à la réplique qui vaut pour toutes les procédures judiciaires (ATF 133 I 98 consid. 2.1; 133 I 100 consid. 4.3 - 4.6).

### **E. 2.3**

Le droit de consulter le dossier s'étend à toutes les pièces décisives figurant au dossier et garantit que les parties puissent prendre connaissance des éléments fondant la décision et s'exprimer à leur sujet (ATF 132 II 485 consid. 3.2; 129 I 85 consid. 4.1; 125 II 473 consid. 4c/cc; 121 I 225 consid. 2a). La garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 126 I 7 consid. 2b; 122 I 112 consid. 2b et les arrêts cités; cf. ATF 115 V 302 consid. 2e). Lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, l'autorité est tenue d'en aviser les parties. Encore qu'elle ne soit pas obligée de les renseigner sur chaque production de pièces, car il suffit qu'elle tienne le dossier à leur disposition (arrêt TF I 250/02 du 25 octobre 2002 consid. 3.3).

### **E. 3**

Dans un premier temps, l'assurée se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, en particulier de son droit de consulter et de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment. En l'espèce, l'on constate d'emblée que, dans son projet de décision du 13 novembre 2019, l'OAI avait informé l'assurée qu'elle se fondait sur le "rapport d'expertise médicale" figurant dans le dossier constitué par l'assureur perte de gain. Suite à ce projet de décision, l'assurée est intervenue à de nombreuses reprises devant l'OAI, par le biais de son mandataire, se faisant produire l'intégralité du dossier de l'autorité intimée (dossier OAI, p. 503, 504, 509, 512, 513, 515, 533 et 544). Dans un courrier du 21 février 2020, elle a, notamment, déjà constaté que "le projet de décision établi le 15 novembre 2019, niant toute atteinte invalidante à la santé [...], a notamment été fondé sur un rapport d'expertise psychiatrique déposé le 15 mars 2019 par le Dr C. \_\_\_\_\_, et adressé à la caisse-maladie D. \_\_\_\_\_ dans le cadre d'une procédure d'indemnités journalières" (dossier OAI, p. 533). Il ressort ainsi très clairement de l'ensemble de ce qui précède que l'assurée a été concrètement en mesure de se prononcer sur les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_ avant que l'OAI ne rende sa décision. L'on constate, au demeurant, que, contrairement aux allégations de la recourante, l'OAI s'est bel et bien fait produire des rapports de ses médecins, à tout le moins ceux dont il avait été informé du suivi, à savoir les médecins de F. \_\_\_\_\_ et le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI, p. 52, 105 et 328). Il s'est également fait produire d'autres rapports de ces médecins par le biais de l'assurance perte de gain (dossier OAI, p. 40 et 220) et a eu à disposition ceux directement transmis par l'assurée dans le cadre de ses objections (dossier OAI, p. 524ss). Enfin, l'Office a invité le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès de son Service médical régional (ci-après: SMR), à se prononcer sur ces pièces à deux reprises (dossier OAI, p. 492 et 536). Le second rapport du SMR a été reporté dans la décision du 21 avril 2020 dans laquelle l'OAI se prononçait également sommairement sur les allégations de l'assurée. Le grief quant à la violation prétendue du droit d'être entendu est ainsi clairement infondé: l'assurée a eu la possibilité de s'exprimer tant sur les pièces au dossier que d'apporter elle-même de nouveaux moyens de preuve, lesquels ont été dûment pris en compte par l'OAI qui les a soumis au médecin du SMR et s'est prononcé à leur égard.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12

### **E. 4.1**

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. 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). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

#### **E. 4.2**

Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou 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 (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 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, 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. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

#### **E. 5.1**

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). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

### **E. 5.2**

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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

### **E. 5.3**

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 citées). 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). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

## **E. 6**

Est ensuite litigieux l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, en particulier la valeur probante de l'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_, mandaté par D.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 15 mars 2019.

### **E. 6.1**

A titre liminaire, contrairement à ce que sous-entend la recourante, le Dr C.\_\_\_\_\_ n'est pas médecin-conseil de D.\_\_\_\_\_ mais bien un psychiatre indépendant mandaté par cette dernière. L'expert est clair sur ce point, déclarant « avoir rempli le mandat confié libre de tout lien d'intérêt, en toute impartialité et en toute indépendance ». Ceci ayant été constaté, il faut constater ensuite que l'expert a examiné la situation de la recourante en se fondant d'abord sur les pièces mises à disposition par l'assurance perte de gain, en particulier les rapports des médecins de F.\_\_\_\_\_ et du Dr G.\_\_\_\_\_. L'expert s'est également entretenu avec l'infirmier spécialisé en santé mentale prenant en charge l'assurée de manière hebdomadaire. Enfin, il a rencontré l'assurée le 8 mars 2019. A cette occasion, il a pu procéder à un examen complet de celle-ci, étant rappelé que, conformément à la jurisprudence (cf. consid. 5.3 ci-avant), la durée de l'entretien n'est pas décisive en matière de valeur probante. Lors de cet entretien, l'assurée a, pour sa part, pu décrire ses atteintes ainsi que les conséquences de celles-ci sur sa vie quotidienne, notamment son anxiété lorsqu'elle sort de son domicile. L'expert a procédé en outre à un relevé détaillé de l'anamnèse, notamment de l'aggravation progressive déclarée des troubles depuis 2012, passant de crises d'angoisses isolées à une anxiété permanente justifiant une incapacité de travail totale, puis une hospitalisation. Il évoque également le fait que, depuis cette hospitalisation, l'assurée admet ne pas avoir « fait de vrai[e]s crises depuis », seulement de « grosses angoisses » sans sentiment d'oppression thoracique, tachycardie, tremblement ou sueurs. L'ensemble de ces éléments a conduit l'expert à retenir l'absence de tout diagnostic invalidant, privilégiant ceux, non incapacitants, de « trouble mixte de la personnalité (F61.0), dépendante et histrionique, de gravité légère » et de « traits agoraphobiques ». Il estime dès lors que l'assurée est en mesure de travailler à 100% dans toute activité. Cette évaluation est notamment fondée sur la présence d'incohérences et de divergences dans le discours de l'assurée, avec une description floue de l'historique médical ainsi qu'une symptomatologie dont la gravité alléguée n'est pas conforme avec l'histoire de vie de l'assurée. Par exemple, alors que la symptomatologie est sensée être majeure, l'assurée est en mesure de quitter son compagnon pour emménager chez sa mère, puis seule dans son propre appartement, sans nouvelle crise. Le médecin relève également que l'assurée n'a pas saisi toutes les opportunités thérapeutiques pour réduire son atteinte à sa santé, mettant notamment rapidement un terme à un suivi quotidien à la clinique de jour pour le remplacer par un suivi mensuel auprès de son médecin traitant, ou en arrêtant une médication en raison d'effets indésirables peu crédibles. Il constate encore l'absence de symptomatologie anxieuse, l'assurée étant même venue « seule, en voiture, dans un endroit qu'elle ne connaissait pas et dans l'optique de réaliser un examen d'ordinaire notablement anxiogène ». Il souligne le caractère rare et peu sévère des crises d'angoisses, décrites de manière pauvre et seulement après des questions répétées.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 A ce stade, il convient d'examiner les prétendues incohérences et contradictions relevées par la recourante. Elle cite par exemple le fait que l'expert lui reproche une attitude « théâtrale et démonstrative, avec une voix volontairement grêle » tout en décrivant l'humeur comme « neutre », sans expression de tristesse, avec une gestuelle et une prosodie normale. Cependant, ces termes et passages – abstraits si lus de manière isolée – doivent être réintégrés dans le contexte du rapport mis en cause. Or, à bien lire l'expert de manière globale, les éléments relevés par la recourante n'apparaissent pas synonymes d'une contradiction mais fondent au contraire le constat que l'assurée tend – volontairement ou involontairement – à exagérer ses atteintes, notamment l'agoraphobie et l'anxiété. Cela conduit et rend plus lisible la démarche diagnostique de l'expert. Ce reproche d'incohérences et de contradictions ne peut dès lors être suivi. Partant, il ressort de l'ensemble de ce qui précède que l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_, détaillée et bien motivée, remplit les critères reconnus par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. C'est dès lors à juste titre que l'OAI s'est référé à ses conclusions.

## **E. 6.2**

Reste à confronter les conclusions de ce médecin aux autres avis médicaux figurant au dossier, en particulier ceux des différents médecins assurant le suivi de l'assurée. Sur le plan diagnostique, le psychiatre traitant, le Dr G. \_\_\_\_\_, suit l'assurée depuis 2015. Il diagnostique un état de stress aigu (F43), une personnalité dépendante (F60.7) et une anxiété généralisée (F41.1) (dossier OAI, p. 40, 220, 328 et 532). Pour sa part, la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a assuré un suivi occasionnel en 2018 et en 2019, estime que sa patiente souffre d'un « trouble mixte de la personnalité » (F61) et d'un « trouble panique avec agoraphobie » (F40.0) (dossier OAI, p. 530), diagnostics que les médecins de F. \_\_\_\_\_ retiennent également (dossier OAI, p. 105). Enfin, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin praticien, fait état des diagnostics de « syndrome anxiodépressif », de « troubles de la mémoire et de concentration », de « troubles du sommeil » et d'« hypothyroïdie » (dossier OAI, p. 527), reprenant les diagnostics évoqués par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, auquel il a soumis le cas de l'assurée (dossier OAI, p. 522 et 526). Quant aux questions de la capacité de travail, le Dr G. \_\_\_\_\_ retient que les troubles de sa patiente occasionnent des « angoisses persistantes », des « conflits récurrents à domicile » ainsi que des « difficultés dans le quotidien (courses, conduites...) ». Attestant d'abord d'une incapacité totale de travail, il précise ensuite que sa patiente est en incapacité de travail totale dans son ancienne activité et à 50% dans une activité adaptée, sans détailler les contours d'une telle activité (dossier OAI, p. 40, 220, 328 et 532). La Dre I. \_\_\_\_\_ semble, elle, estimer que sa patiente peut travailler dans toutes les activités à 50% (dossier OAI, p. 530). Pour leur part, les médecins de F. \_\_\_\_\_ n'attestent d'aucune incapacité de travail. Ils font seulement état de limitations dans les environnements publics et aux situations nécessitant un rapport avec d'autres personnes (dossier OAI, p. 106). Enfin, le Dr J. \_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail de sa patiente semble réduite dans un emploi administratif ou manuel mais qu'une activité nécessitant de courtes périodes de concentration et sans port de charge lourde ou manipulation d'objet semble envisageable. Les limitations qu'il évoque sont essentiellement en lien avec la médication prise (dossier OAI, p. 527 ; cf. ég. p. 522 et 526). Il ressort de ce qui précède que les médecins assurant le traitement de l'assurée apparaissent partagés tant sur la problématique du diagnostic que sur celle de l'évaluation de la capacité de travail. Cette divergence d'évaluation notable tend à confirmer l'appréciation de l'expert, lequel constate de fortes divergences entre les troubles décrits et ceux qui peuvent être

objectivement

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 relevés dans les activités quotidiennes d'une assurée souffrant d'un trouble mixte de la personnalité (F61.0) avec des traits de dépendance, d'histrionnie et d'agoraphobie. Ainsi que l'exprime le Dr H. \_\_\_\_\_, du SMR, « cette différente appréciation peut être expliquée par le comportement très démonstratif de l'assurée, bien décrit par l'expert, ainsi que la longue liste d'incohérences qu'il a pu mettre en évidence, soulignant une exagération des symptômes » (dossier OAI, p. 537). Au demeurant, il apparaît que, pris individuellement, les différents rapports des médecins traitants apparaissent bien peu motivés au regard du rapport d'expertise de plus de 29 pages d'une écriture dense. En particulier, l'on constate que les différents médecins ne donnent aucune anamnèse détaillée, qu'ils ne rapportent aucun examen de leur patiente et ne motivent pas leurs diagnostics et évaluation de la capacité de travail. Tout au plus peut-on constater que le rapport des médecins de F. \_\_\_\_\_ – qui, on le rappelle, n'attestent d'aucune incapacité de travail à l'instar du Dr C. \_\_\_\_\_ – semble un peu plus argumenté que ceux des autres médecins interrogés, mais demeure clairement insuffisant pour venir battre en brèche la thèse de l'expert. Quoiqu'il en soit, la jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit immanquablement entre un patient et son médecin traitant, relation ayant pour effet que ce dernier pourrait avoir tendance à prendre parti pour son patient. La jurisprudence émet donc une certaine réserve quant à l'appréciation des médecins traitants, proposant qu'il soit attaché plus de poids à l'opinion motivée d'un expert. Cette réserve s'impose d'autant plus dans le présent cas, alors que des éléments laissent penser que l'assurée a une tendance allant vers l'exagération des symptômes.

### **E. 6.3**

L'assurée doit donc se voir reconnaître une pleine capacité de travail, tant dans son ancienne activité d'employée de bureau que dans d'autres activités. En l'absence d'incapacité de gain, son degré d'invalidité est nul. A ce stade, l'on ne peut pas exclure que l'assurée consacrerait une partie de son temps à la tenue de son ménage, quand bien même celle-ci apparaîtrait minime au vu de ses déclarations en lien avec sa situation financière (dossier OAI, p. 98). Dans ce contexte, il aurait pu être utile d'examiner dans quelle mesure l'assurée serait limitée sur le plan ménager. Cela étant, il est plus que vraisemblable que la recourante ne se verrait également pas reconnaître le droit à des prestations si l'on devait procéder à l'examen de son cas sur la base de la méthode mixte. En effet, le Dr C. \_\_\_\_\_ constate de manière probante que l'assurée ne semble que peu limitée sur ce plan, relevant que les seules limitations déclarées sont en lien avec le contact vers l'extérieur (dossier OAI, p. 238). Par ailleurs, la Cour étant en mesure de statuer sur la base des pièces au dossier, il est renoncé à procéder à l'audition de la recourante par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les arrêts cités). Partant, il ressort de l'ensemble de ce qui précède, que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 21 avril 2020 confirmée. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante, sous réserve des considérants sur l'assistance judiciaire qui suivent.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12

### **E. 7.1**

En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la

sauvegarde de ses droits le requiert. L'art. 29 al. 3 Cst. vise à assurer que chacun puisse, indépendamment de sa situation financière, faire juger par un tribunal des litiges non dénués de chance de succès, et se faire représenter au procès par un avocat pour autant que cela soit matériellement nécessaire. Le droit constitutionnel à l'assistance judiciaire doit donner à la partie indigente les moyens de mener son procès, mais non pas l'aider à améliorer de manière générale sa situation financière (arrêt TF 9C\_923/2009 du

### **E. 7.2**

Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). L'octroi de l'assistance judiciaire peut être subordonné au paiement d'une contribution mensuelle aux prestations de la collectivité publique (al. 3). L'assistance judiciaire ne dispense pas du versement de l'indemnité de partie visée aux articles 137 et suivants (al. 4). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C\_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3).

### **E. 7.3**

Dans la mesure où l'assistance judiciaire est une avance faite par la collectivité publique sur les frais de justice, la collectivité publique peut exiger le remboursement de ses prestations dans les dix ans dès la clôture de la procédure en cas de retour à meilleure fortune ou s'il est démontré que l'état d'indigence n'existait pas (art. 145b CPJA). 8. 8.1. En l'espèce, au vu de la situation financière de la recourante, qui vit seule et a deux enfants à sa charge, force est de retenir qu'elle ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. S'agissant ensuite des chances de succès, force est de constater que les arguments présentés par la recourante et par son mandataire n'apparaissaient pas d'un très grand poids. L'on relève ainsi

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 l'absence manifeste de toute violation du droit d'être entendu. L'on souligne également que la demande de se voir reconnaître un degré d'invalidité de 70% – nullement motivé dans le recours – n'est pas soutenue par les pièces du dossier, les médecins faisant – tout au plus – état d'une incapacité de travail de l'ordre de 50%. Enfin, les reproches adressés à l'encontre de l'expert découlent d'une reprise partielle et isolée de certains propos. Cela étant, l'examen du dossier auquel a dû se livrer la Cour a tout de même présenté certaines difficultés, de sorte qu'il n'est pas possible de conclure que le recours était d'emblée dénué de toute chance de succès. L'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans apparaissait pour sa part justifiée. En

conséquence, il convient de mettre la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale dans le cadre de la procédure de recours 608 2020 101 et de lui désigner comme défenseur d'office Me Nicolas Charrière, avocat. 8.2. Le 20 avril 2021, Me Nicolas Charrière, avocat, a produit sa liste de frais, d'un montant de CHF 5'161.21, à savoir CHF 4'420.87 au titre d'honoraires (17h41 au tarif horaire de CHF 250.-), CHF 90.- au titre de correspondance, CHF 281.65 au titre de débours et CHF 369.09 au titre de la TVA (7.7%). Toutefois, la liste de frais produite n'est pas conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12). En particulier, elle inclut un tarif des photocopies supérieur à 40 centimes (cf. art. 9 al. 2 Tarif JA), étant relevé que le nombre de photocopies allégué (près de 500 pages, sans copie du dossier) apparaît surprenant au vu de la taille des mémoires et annexes. L'on constate en outre ne pas pouvoir contrôler le montant de CHF 90.- allégué au titre de "correspondance". Cette liste tient au demeurant compte d'un tarif horaire de CHF 250.- alors que celui-ci doit être de CHF 180.- dans le cadre de l'assistance judiciaire. Enfin, l'ampleur du travail allégué ne saurait se justifier par la nature, l'importance et la difficulté de la présente cause. L'on rappelle ainsi qu'un seul échange d'écritures a été ordonné et que la cause ne soulevait pas de questions de fait ou de droit inhabituelles ou exceptionnellement ardues. L'ensemble de ces motifs justifie que la Cour s'écarte de la liste de frais produite et fixe l'indemnité d'office, selon sa libre appréciation (cf. art. 11 Tarif JA). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif JA), l'indemnité du défenseur désigné est fixée ex aequo et bono à un montant total de CHF 2'627.90, à savoir à CHF 2'340.- au titre d'honoraires (13 heures à CHF 180.-), CHF 100.- au titre de frais et CHF 187.90 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'Etat de Fribourg. 8.3. Compte tenu de l'assistance judiciaire octroyée, les frais de justice de CHF 800.- ne sont pas prélevés. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours (608 2020 101) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2020 102) est admise et Me Nicolas Charrière, avocat, est désigné comme défenseur d'office. III. L'indemnité allouée au défenseur d'office est fixée à CHF 2'627.90, dont CHF 187.90 au titre de la TVA (7.7%), et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. 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 26 avril 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

## **E. 10**

mai 2010 consid. 4.1.2). Dans le domaine des assurances sociales, le droit à l'assistance judiciaire en procédure cantonale est expressément inscrit à l'art. 61 let. f LPG.

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