

FR_GERICHTE 608 2020 74 vom 13. April 2021

FR Kantonsgericht, 2021-04-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_74

FR: FR_GERICHTE 608 2020 74 du 13 avril 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2020 74 del 13 aprile 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 9

juillet 2012 (605 2010 37), le Tribunal cantonal a rejeté le recours interjeté contre cette décision. C. Le 30 avril 2013, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations devant l'OAI, indiquant uniquement souffrir d'une maladie. Elle a précisé, peu après, être atteinte désormais d'une polyarthrite. Par décision du 10 octobre 2013, l'OAI n'est pas entré en matière sur cette nouvelle demande. D. Le 10 décembre 2013, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations devant l'OAI, indiquant souffrir de "mal au dos, poliarthritis, ...". Par décision du 18 mars 2014, l'OAI n'est pas entré en matière sur cette demande. E. Le 16 octobre 2018, l'assurée a déposé une quatrième demande de prestations, n'indiquant pas de motif d'invalidité. Différents rapports produits ultérieurement attesteront en particulier de l'existence d'atteintes psychiatrique, dermatologique et rhumatologique. Avis pris auprès de son SMR, l'OAI a, par décision du 10 mars 2020, reprenant un projet du 6 janvier 2020, rejeté la demande de prestations, estimant que les pièces au dossier ne mettaient pas en évidence d'évolution de l'état de santé. F. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Thomas Zbinden, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 20 avril 2020 concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière. A l'appui de son recours, l'intéressée affirme que son état de santé s'est notablement péjoré depuis 2010, ce dont des médecins de plusieurs spécialités attestent. Elle soutient que ces troubles ont eu

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 un impact sur son état psychique, la conduisant à consulter un psychiatre. Elle se plaint de ce que l'OAI n'ait procédé à aucune investigation, se contentant de demander l'avis au médecin du SMR. Selon elle, cet avis n'est pas probant, l'estimant en contradiction avec les rapports de ses médecins traitants. A tout le moins, elle estime qu'il aurait été essentiel de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire en vue de clarifier la situation. Le 12 mai 2020, elle s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 19 mai 2020, l'OAI propose le rejet du recours, se référant aux considérants de sa décision et aux pièces de son dossier. 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. Interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes de Pâques et de la suspension des délais légaux entre le 21 mars et le 19 avril 2020 selon l'ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (RS 173.110.4) – 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. Selon l'art. 37 al. 1 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), en cas de recours, la procédure se déroule dans la langue de la décision contestée. La décision ayant été rendue en français et le dossier étant constitué pour la majorité d'entre eux de rapports médicaux rédigés en français, la présente procédure se déroule dans cette dernière langue. 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. 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 2.2. 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. 3. 3.1. L'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 3.2. 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 citées; 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 citée; 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 RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n. 4; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 4. 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 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). 4.3. 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 RAI, 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). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). Le médecin SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, mais il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt TF 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 5.3). 4.4. 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 d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 5. En l'occurrence, la Cour constate d'emblée que l'autorité intimée semble avoir changé de méthode d'évaluation de l'invalidité, remplaçant la méthode mixte précédemment appliquée par la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 En effet, elle n'a procédé à aucune mesure d'instruction quant à la capacité de travail de son assurée sur le plan ménager et se réfère en outre uniquement à l'"exigibilité professionnelle" et à la "capacité de travail et de gain". Les motifs ayant conduit à ce changement ne sont pas explicités dans la décision litigieuse. Cependant, quand bien même l'assurée n'a jamais travaillé à temps plein depuis son arrivée en Suisse, ce choix de méthode n'apparaît pas totalement indéfendable. En effet, la recourante a toujours expressément affirmé qu'elle travaillerait à 100% si elle n'était pas invalide (cf. not. dossier OAI, p. 27 et 491). Par ailleurs, contrairement à la situation qui était la sienne lors du refus initial, on constate que ses enfants sont désormais tous majeurs, son cadet étant âgé de plus de 25 ans. Dans ce contexte, il n'y a pas de raison de remettre en cause la méthode choisie par l'autorité intimée. 6. Cela étant, en l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI, respectivement si la mise sur pied d'une expertise est nécessaire. La décision du 11 janvier 2010, confirmée par arrêt du 9 juillet 2012 (605 2010 37), 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 permettant d'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 du refus initial de rente avec ceux existant au moment de la décision attaquée. En d'autres termes, il sied 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 augmentation de sa perte de gain. Il n'est, dans ce contexte, utile de rappeler les motifs ayant conduit l'OAI – et le Tribunal cantonal dans un second temps – à nier à l'époque le droit à une rente d'invalidité à la recourante. S'agissant de la part réservée à l'activité lucrative, l'OAI considérait que l'assurée demeurerait en mesure de travailler à 80% dans une activité adaptée. Cette appréciation se référait tant aux conclusions des médecins du SMR Suisse romande, à savoir le Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et le Dr E. _____, spécialiste en psychologie et psychothérapie, qu'à celles du Dr C. _____, médecin-conseil de l'assurance perte de gain de l'assurée. Dans leur rapport du 10 juillet 2008, les premiers retenaient le diagnostic invalidant de "lombosciatalgies [gauches] chroniques persistantes (M51.3)" avec discopathies L3-L4, L4-L5, L5- S1 et hernie discale L5-S1 para-médiane gauche. Ils mentionnaient également l'existence d'une fibromyalgie, d'un excès pondéral et de troubles chroniques de la défécation non invalidants. Pour sa part, dans son rapport du 13 avril 2006, le second évoquait la présence d'une "poly symptomatologie caractérisée par des sciatalgies gauches et également par un syndrome algique diffus touchant le rachis, les genoux et la ceinte scapulaire". Tous admettaient que l'assurée ne pouvait plus travailler en tant que dame de ménage mais demeurerait en mesure de travailler à 80% dans une activité adaptée depuis la mi-mai 2006. Dite activité devait permettre d'alterner les

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 positions assis/debout, limiter le soulèvement de charges à 7 kg et le port à 10 kg ainsi que d'exclure le travail en porte-à-faux avec posture statique prolongée du tronc (dossier OAI, p. 41 et 152). A l'époque, sur le plan psychique, les médecins interrogés soulignaient l'absence d'arguments pour un état dépressif sous-jacent. Ils observaient en revanche l'existence de contradictions entre le comportement de l'assurée, ses plaintes et leurs constatations cliniques, mettant cette amplification en lien avec une mauvaise insertion socio-culturelle (dossier OAI, p. 41 et 152). S'agissant ensuite de la part réservée à l'activité ménagère, l'OAI se référait aux conclusions d'une enquête domiciliaire,

réalisée le 12 mai 2009 au domicile de l'assurée en présence de son mandataire et de sa fille. Son fils cadet avait alors 15 ans. Il en découlait un degré d'invalidité de 33.75%. 7. Il convient ensuite d'examiner si l'état de santé de la recourante a évolué au point d'avoir un impact sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. 7.1. Dans son écriture, la recourante affirme d'abord que son état s'est péjoré sur le plan rhumatologique, s'appuyant sur les rapports de ses différents médecins. Les Drs F. _____ et G. _____, spécialistes en rhumatologie au sein de H. _____, confirment l'existence, depuis de nombreuses années, de douleurs chroniques dont l'origine ne peut pas être objectivée. S'ils évoquent une nette augmentation subjective des douleurs à la fin de l'année 2018, cette péjoration n'est pas objectivée (dossier OAI, p. 474 et 523). Pour sa part, la Dre I. _____, spécialiste en rhumatologie, atteste de limitations et de diagnostics inchangés depuis plusieurs années. Dans ses rapports les plus récents, elle maintient que l'assurée serait toujours en mesure de travailler entre 6 et 8 heures par jour dans une activité légère (dossier OAI, p. 390, 450, 453, 455, 457 et 458), ce qui correspond à la capacité de travail de 80% précédemment reconnue. L'on constate ainsi que, sur le plan rhumatologique, l'état de santé ne semble pas avoir fondamentalement évolué depuis la décision du 11 janvier 2010. 7.2. Cela étant, l'assurée se plaint non seulement d'une aggravation de son état rhumatologique, mais également psychiatrique. A cet égard, elle se prévaut de l'avis du Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui la suit depuis septembre 2015. Dans ses rapports, le psychiatre estime que sa patiente souffre d'anxiété généralisée (F41.1) depuis plusieurs années, laquelle s'est compliquée depuis 2013 d'un trouble dépressif récurrent (F 33.11), épisode actuel moyen (dossier OAI, p. 438 et 502). Pour nier une aggravation de la situation sur le plan psychiatrique, l'OAI se réfère quant à lui aux rapports du Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale, du SMR. Celui-ci estime que les pièces au dossier n'attestent d'aucune modification objective et prouvée de l'état de santé avec influence sur la capacité de travail par rapport à l'ancienne décision de l'OAI. S'agissant particulièrement de ce dernier point, le médecin du SMR se contente d'indiquer que le Dr J. _____ "n'amène aucune preuve en regard de la présence d'une atteinte psychiatrique objective avec effet sur la capacité de travail. La présence d'un épisode dépressif moyen de durée de 5 ans (!) ne peut pas être retenu[e]" (rapports des 22 novembre 2018 et 22 juillet 2019, dossier OAI, p. 441 et 490).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 L'on doit admettre avec le médecin du SMR que la présence d'un épisode dépressif de degré moyen sur une durée de cinq ans apparaît surprenante. Cependant, il n'en demeure pas moins que les rapports du médecin du SMR ne sont que très brièvement motivés, mêlant tant les aspects somatiques que psychiatriques des troubles allégués. Par ailleurs, ce médecin n'est pas spécialiste en psychiatrie. Un avis médical sur une problématique d'ordre psychiatrique émis par un non spécialiste doit être appréhendé avec prudence, ce que la Cour a déjà rappelé à plusieurs reprises par le passé (cf. not. arrêts TC FR 608 2018 98 du

E. 12

septembre 2018; 608 2017 216 du 7 mars 2018; 608 2017 88 du 11 septembre 2017; 608 2016 261 du 31 juillet 2017; 608 2016 120 du 9 juin 2017; 608 2016 70 du 14 février 2017). Au demeurant, le rapport d'un médecin SMR qui, comme en l'espèce, ne se fonde pas sur un examen clinique ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou de proposer des mesures d'instruction complémentaires. Cela est d'autant plus le cas lorsque ledit médecin n'est pas spécialiste dans la problématique examinée. Dans ces

circonstances, pour être retenues, les affirmations du médecin du SMR doivent être confirmées par les autres pièces du dossier. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Au contraire, le Dr J. _____ n'est pas le seul à évoquer l'existence d'une atteinte psychiatrique. L'on relève notamment que les praticiens de H. _____ soulignent également l'existence d'un "deutlich depressives Zustandbild" (dossier OAI, p. 523) et le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale, évoque des "Zeichen einer Depression" (dossier OAI, p. 388).

7.3. Par ailleurs, l'assurée affirme que son état s'est également aggravé sur le plan dermatologique. Elle se prévaut de l'avis du Dr M. _____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie au sein de H. _____. Dans ses rapports, celui-ci mentionne l'existence nouvelle de modifications érythémateuses sur l'ensemble du corps de sa patiente, hésitant entre les diagnostics de "Plaque- Psoriasis" et de "Mucosis fungoides" dans le cadre d'un diagnostic différentiel (rapports des 28 mai et 22 juin 2018, dossier OAI, p. 445 et 509). A nouveau, pour conclure à l'absence d'une péjoration sur ce plan, l'OAI se réfère à l'avis du Dr K. _____. Celui-ci souligne uniquement qu'"aucune incapacité de travail en relation avec cette atteinte [n]est mentionnée" (dossier OAI, p. 490). Cet argument n'apparaît néanmoins pas très convaincant. Certes, le Dr M. _____ ne prononce pas d'incapacité de travail. Mais cela s'explique par le fait qu'il n'a jamais été invité à produire un rapport médical à l'OAI, les rapports au dossier consistant en des échanges avec ses confrères. L'assurée ne travaillant plus depuis plusieurs années, il n'était pas non plus utile qu'il établisse un certificat d'incapacité de travail. Au demeurant, sur ce point, l'instruction apparaît lacunaire, l'OAI n'ayant pas interrogé les médecins en charge de l'assurée, non seulement le Dr M. _____ mais surtout le dermatologue traitant, le Dr N. _____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie (cf. dossier OAI, p. 445, 509 et 545). Pourtant, le Dr M. _____ fait état d'atteinte pouvant avoir une incidence possible sur la capacité de travail de sa patiente, mentionnant par exemple la présence d'atteintes au niveau des mains et des pieds. En outre – quand bien même ses rapports apparaissent insuffisamment motivés – l'actuel généraliste traitant, le Dr O. _____ souligne également que l'état de sa patiente s'est aggravé en raison du "nouveau mycosis" (dossier OAI, p. 537; cf. ég. p. 468).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 7.4. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que les mesures d'instruction diligentées par l'OAI sont lacunaires et ne permettent pas à la Cour de trancher le présent litige. Il convient de renvoyer le dossier à l'OAI, charge à ce dernier de procéder aux investigations conformes aux considérants qui précèdent, au moins en se faisant remettre les rapports manquants et en demandant à un spécialiste en psychiatrie de se prononcer sur le cas de la recourante. 8. 8.1. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, bien fondé, est admis et la décision du 10 mars 2020 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire conformément aux considérants et nouvelle décision. 8.2. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Compte tenu de l'admission du recours, ils sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. L'avance de frais de CHF 800.- est restituée à la recourante. 8.3. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à l'octroi d'une indemnité de partie. Le 23 novembre 2020, son mandataire a transmis sa liste de frais d'un montant total de CHF 2'487.75, à savoir CHF 2'228.- au titre d'honoraires (8,25 heures à CHF 270.-), CHF 81.90 au titre de frais et CHF 177.85 au titre de la TVA. Toutefois, la liste de frais produite n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du

décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12). En effet, elle prend en compte des opérations antérieures à la décision litigieuse qui n'ont, dès lors, pas à être prises en charge dans le cadre de la procédure de recours. En outre, elle s'écarte du tarif horaire de CHF 250.- prévu (cf. art. 8 al. 1 Tarif JA). Elle fait enfin état de frais d'ouverture du dossier, lesquels doivent être écartés car ne faisant pas partie de l'indemnité prévue à l'art. 61 let. g LPGA (arrêt TF 9C_688/2009 du 19 novembre 2009 consid. 5.3). Dans ces circonstances, la Cour s'écarte des opérations qui y figurent 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 de partie est fixée ex aequo et bono à un montant total de CHF 1'669.35, à savoir à CHF 1'500.- au titre d'honoraires (6 heures à CHF 250.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 119.35 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision du 10 mars 2020 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire conformément aux considérants et nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. III. L'avance de frais de CHF 800.- est restituée à la recourante. IV. L'indemnité de partie à laquelle la recourante peut prétendre est fixée à CHF 1'669.35, dont CHF 119.35 au titre de la TVA (7.7%). Elle est intégralement prise en charge par l'autorité intimée. 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 13 avril 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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