

FR_GERICHTE 605 2021 2 vom 15. Dezember 2021

FR Kantonsgericht, 2021-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_2

FR: FR_GERICHTE 605 2021 2 du 15 décembre 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2021 2 del 15 dicembre 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 31

mars 2016, le droit à une rente étant nié depuis le 1er avril 2016. E. Par acte du 4 janvier 2021, la recourante interjette recours contre cette décision et conclut, avec suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme en ce sens qu'elle aurait droit à une rente entière également pour la période postérieure au 30 juin 2015, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique, plus subsidiairement, au renvoi de la cause pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise rhumatologique, encore plus subsidiairement, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il mette en œuvre des mesures d'ordre professionnel. A l'appui de sa conclusion principale, elle conteste la force probante des expertises médicales, en particulier celles du Dr D._____. Elle demande également qu'un abattement de 15% soit pris en compte sur le revenu d'invalidité. Le 19 avril 2021, l'OAI répond au recours et conclut à son rejet. Il considère entre autres que les expertises du Dr D._____ sont fouillées et complètes. Le 27 mai 2021, la recourante a fait parvenir des contre-observations et confirme ses conclusions. Par courrier du 5 juillet 2021, l'OAI annonce ne pas avoir de remarques particulières à formuler. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1], applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]), et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, la recourante étant en outre directement atteinte par la décision querellée et possédant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 2.3. 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 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; 105 V 156 consid. 1). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 3. Selon l'art. 17 LPG, 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. 3.1. 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). 3.2. Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps

prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3). 4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine,

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 et les références citées). 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 motivés (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine

valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). 5. Le litige porte uniquement sur la réduction de la rente à partir du 1er juillet 2015 et sa suppression dès le 1er avril 2016. La question litigieuse est de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 60% à partir du 1er avril 2015 et de 0.41% dès le 1er janvier 2016, en établissant en particulier que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était à partir de ces dates respectives de 40%, puis entière. L'OAI s'appuie essentiellement sur les rapports d'expertises des Drs D._____ et E._____. A noter que le Dr E._____ considère que la capacité de travail sur le plan psychiatrique est entière. La recourante critique principalement les expertises du Dr D._____ ainsi que le contexte dans lequel la seconde expertise a été réalisée. Elle confronte l'avis de l'expert avec d'autres rapports médicaux, notamment ceux des Drs F._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, et G._____, spécialiste en rhumatologie. 5.1. Elle invoque la prévention et la partialité du Dr D._____ lors de la consultation pour la seconde expertise. Elle explique que, dans le cadre de la seconde expertise effectuée par cet expert, il y a eu plusieurs incidents importants qu'elle a portés à la connaissance de l'OAI. Elle fait état de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 propos désobligeants et méprisants à son endroit de la part de ce médecin. Elle indique avoir demandé la nomination d'un nouvel expert, demande sur laquelle l'OAI n'est toutefois pas entré en matière. Il y a lieu d'examiner cela en premier lieu. 5.1.1. Pour commencer, il convient de résumer les échanges entre l'OAI et l'assurée au sujet de cet incident. Par courrier du 11 décembre 2018, soit le lendemain de la consultation avec le Dr D._____ pour la seconde expertise, la recourante, par l'entremise de son avocat, requiert la nomination d'un nouvel expert (dossier OAI, p. 1109). Elle explique que la relation de confiance est rompue. Elle affirme que l'expert a donné un bon pour une IRM auprès d'une clinique, mais que la clinique refuse de procéder à l'IRM demandée. Par courrier du 17 décembre 2018, la recourante explique que l'expert a modifié ce qui devait être examiné par l'IRM, qu'elle considère qu'il ne cherche pas la vérité et que la relation de confiance est définitivement rompue. Elle réitère sa requête de nomination d'un nouvel expert (dossier OAI, p. 1116). Le 3 janvier 2019, dénonçant un comportement inadmissible et humiliant, elle demande la récusation du Dr D._____ et la nomination d'un autre expert (dossier OAI, p. 1119). Le 7 janvier 2019, l'OAI répond que les observations au sujet du Dr D._____ ne sont pas pertinentes et que, tant que l'IRM n'a pas eu lieu, la procédure d'instruction est suspendue. Le 11 janvier 2019, la recourante demande d'instruire les incidents de la mise en œuvre de l'expertise et d'y donner suite, sous peine de déposer un recours pour déni de justice (dossier OAI, p. 1124). Par courrier du 15 janvier 2019, l'OAI l'informe qu'il maintient la position indiquée dans son précédent courrier. Le 14 novembre 2019, elle le relance et lui demande soit d'admettre la récusation, soit de rendre une décision formelle (dossier OAI, p. 1130). Le 18 novembre 2019, l'OAI maintient sa position et affirme que la réalisation d'une IRM est nécessaire; il exige qu'elle prenne un rendez-vous

jusqu'au 30 novembre 2019 et que, passé ce délai, il statuera en l'état du dossier (dossier OAI, p. 1131). Le 27 novembre 2019, elle demande de surseoir à l'IRM tant que la récusation n'est pas tranchée (dossier OAI, p. 1132). L'OAI interroge son SMR pour savoir si l'IRM est vraiment nécessaire, lui expliquant que l'assurée refuse de s'y rendre. Le médecin du SMR répond le 12 décembre 2019 qu'il revient à l'expert de prendre les décisions concernant les compléments radiologiques. Il précise que la recourante est en attente d'une décision de la part de l'OAI et que la problématique n'est pas d'ordre médical, mais juridique (dossier OAI, p. 1135). Le 16 décembre 2019, l'OAI écrit à la recourante: "Par la présente, nous vous informons que nous ne sommes pas en mesure de répondre favorablement à votre demande étant donné que le délai de récusation de l'expert est dépassé" (dossier OAI, p. 1146). Le même jour, il écrit à l'expert pour l'informer du fait que l'expertisée refuse de passer l'IRM et lui demande de rendre son rapport. Le 29 janvier 2019, le Dr D._____ rend son rapport d'expertise. Dans ses observations suite à la notification du rapport, la recourante réitère son grief de prévention à l'encontre de l'expert mais ne revient pas explicitement sur sa requête de récusation. Elle en fait de même au stade du recours: la prévention de l'expert est invoquée pour critiquer la force probante de son rapport. Elle n'a pas non plus formellement contesté le courrier de l'OAI du 16 décembre 2019 où il indique ne pas être en mesure de répondre favorablement à la demande. 5.1.2. Il y a d'abord lieu de constater que le bien-fondé de la demande de récusation déposée ne fait certes pas l'objet d'un présent litige. Il faut cependant également relever que l'OAI a tranché implicitement cet incident le 16 décembre 2019, par son courrier à l'expert lui demandant de faire

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 parvenir son rapport d'expertise (dossier OAI, p. 1163), quand bien même l'IRM n'avait pas été effectuée. Or, cette IRM était manifestement nécessaire étant donné que c'est l'expert qui l'a demandée et qu'il a ensuite fait le nécessaire auprès de la clinique mandatée (dossier OAI, p. 1114). Il note d'ailleurs ceci dans son rapport d'expertise: "Au vu du litige asséculo-logique, le complément d'IRM lombaire, sacro-iliaque et cervicale et des mains D et G été proposé mais récusé" (dossier OAI, p. 1153). Le médecin du SMR rappelle aussi à l'OAI que ce sont les experts qui décident des examens complémentaires à réaliser. Il ne ressort pas non plus du dossier que le Dr D._____ a renoncé à l'IRM. Force est de constater que, en l'absence de cette IRM, l'expertise complémentaire du Dr D._____ ne peut pas être considérée comme complète. Pour cette raison déjà, la cause devrait être renvoyée. 5.2. Il convient en outre de relever différentes irrégularités dans les rapports du Dr D._____. 5.2.1. Le premier rapport d'expertise du Dr D._____ contient une contradiction au niveau de la capacité de travail (dossier OAI, p. 913) qui a été relevée par le SMR (dossier OAI, p. 956) et n'a jamais véritablement été clarifiée par l'expert malgré des demandes à ce sujet. La contradiction est la suivante: à la question "comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'ici", l'expert a notamment répondu que la recourante pouvait travailler à 60% dans son ancienne activité d'éducatrice de la petite enfance. A la question suivante concernant l'exigibilité de pratiquer l'activité exercée jusqu'ici, il a répondu "oui à 70%". Des explications ont été demandées à l'expert mais le SMR a indiqué que "mis à part le fait qu'il se contredit dans son dernier rapport du 04.11.2016 lors de son estimation d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée alors que, dans son expertise, il avait attesté une capacité de travail de 60% dans ce même type d'activité. De ce fait, et au vu de l'argumentation faite dans son rapport d'expertise et en l'absence de justification claire dans sa réponse du 04.11.2017, cette évaluation de la capacité de travail de 60% dans une activité adaptée peut

être retenue". Le SMR note finalement ceci: "Les dates et taux d'incapacité de travail retenus par l'expert (mis à part le 70% de capacité de travail évoqué par l'expert dans sa réponse du 04.11.2016) peuvent être retenus et concernent toutes les activités adaptées". Il n'est pas possible de suivre le SMR qui, en présence d'une contradiction et sans explication claire à son sujet, retient un taux de 60%. Des doutes subsistent concernant le taux finalement retenu par l'expert. 5.2.2. L'expert n'a vraisemblablement pas non plus cerné l'activité d'éducatrice de la petite enfance qu'il considère comme étant réalisable. Dans l'expertise de 2016, il affirme que l'ancienne activité d'éducatrice de la petite enfance est une activité adaptée pour autant que certains mouvements physiques soient bannis (dossier OAI, p. 913). Pourtant, en examinant l'expertise, le médecin du SMR affirme que l'expert méconnaît la teneur de la profession et que cette activité n'est "en aucun cas compatible avec les limitations fonctionnelles qu'il décrit" (dossier OAI, p. 937). Dans l'expertise complémentaire de 2019, l'expert retient que "dans son activité professionnelle antérieure du point de vue rhumatologique, comme éducatrice de la petite enfance, la personne assurée ne devrait pas présenter de diminution de performances de plus de 20% au vu de sa longue inactivité professionnelle et du syndrome de fatigue chronique" (dossier OAI, p. 1168). Le 25 juin 2020, il donne son avis sur le rapport des Drs F. _____ et G. _____: "Finalement, la Dresse G. _____ semble méconnaître l'activité professionnelle que l'assurée avait eu jusqu'en 2016

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 comme éducatrice de la petite enfance qui est une activité partiellement adaptée" (dossier OAI, p. 1197 ss). Ces affirmations sont en contradiction avec l'avis du SMR. 5.2.3. Il faut aussi relever que l'expertise de 2016 ne comporte pas de chapitre spécifique sur les déclarations spontanées de la recourante. Il est fort probable qu'elle a pu faire des déclarations, mais celles-ci ne ressortent pas distinctement du rapport. Il est par la suite difficile de suivre l'expert lorsque, au chapitre concernant la cohérence par exemple, il déclare qu'il y a une divergence entre les symptômes décrits et le comportement de la personne (dossier OAI, p. 922). 5.2.4. D'une manière générale, l'expertise de 2016 doit par ailleurs être appréhendée avec retenue puisque, sans raison apparente, l'OAI a mis en œuvre une expertise complémentaire auprès du même rhumatologue. Pourtant, son SMR ne jugeait pas nécessaire de mettre sur pied un tel examen car il estimait que l'état de santé de l'assurée n'avait "pas vraiment évolué depuis l'expertise du Dr D. _____" (dossier OAI, p. 1021). Quatre mois après cet avis, sans qu'il n'y ait de nouveau rapport médical ni d'avis du SMR, mais après des objections, l'OAI l'informe de la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique (dossier OAI, p. 1077). 5.2.5. Enfin, les appréciations des Drs F. _____ et G. _____ contredisent celles de l'expert s'agissant de la capacité de travail. Ils ont vu la recourante en consultation à trois reprises: le 8 juin 2017, le 29 avril et le 21 juin 2019. Dans un rapport du 27 décembre 2017, ils chiffrèrent la capacité de travail à 30-40% avec un rendement à 50% (dossier OAI, p. 1037 s.). Le 5 juin 2020, ils confirment ces taux (dossier OAI, p. 1200 ss). Le 26 avril 2021, le Dr F. _____ explique avoir relu les deux expertises du Dr D. _____ et estime l'incapacité de travail à 60-70% avec un rendement de 50% (pièce 1 de la recourante). Ces rapports émanant de médecins traitants doivent certes être pris en compte avec vigilance mais ils constituent néanmoins un indice supplémentaire remettant en cause la valeur probante des expertises du Dr D. _____. Les appréciations des Drs F. _____ et G. _____ sont fondées sur des évaluations cliniques, des analyses des IRM et prennent en compte les plaintes subjectives. Ces appréciations sont décrites dans des rapports développés et convaincants. Elles sont a priori crédibles et ne peuvent pas être écartées sur la base des

expertises du Dr D._____. 5.3. En définitive, ce faisceau d'éléments atténue à un tel point la force probante des expertises du Dr D._____ que celles-ci ne permettent pas d'établir, avec la vraisemblance nécessaire, la capacité de travail de la recourante et les conséquences économiques des atteintes à sa santé. 6. Il s'ensuit que le recours doit être admis. La décision en tant qu'elle porte sur la rente à partir du 1er juillet 2015 est annulée. La cause est renvoyée à l'OAI afin qu'il instruisse le volet rhumatologique en mettant en œuvre une expertise. Prenant en compte les difficultés liées aux deux expertises déjà réalisées par le Dr D._____, la nouvelle expertise devra être confiée à un autre médecin spécialiste. Pour le reste, la décision est confirmée en tant qu'elle concerne l'octroi d'une rente entière du 1er juillet 2014 au 30 juin 2015 est confirmée. 6.1. Des frais judiciaires de CHF 800.- sont mis à la charge de l'OAI. L'avance de frais du même montant, versée par la recourante, lui sera dès lors restituée.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 6.2. Ayant obtenu gain de cause, la recourante, représentée par Me Duc, a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. Son représentant a fait parvenir sa liste de frais le 27 mai 2021. Celle-ci fait toutefois état de l'intégralité des prestations depuis 2013. Il convient de ne prendre que les prestations à partir du 14 juillet 2020, soit la date où Me Duc indique examiner la décision querellée. A partir de cette date, il fait état de 2'520 minutes de travail, soit 42 heures. Ce temps est excessif et sera réduit à 22 heures, afin de tenir compte uniquement des opérations nécessaires. Partant, il convient de fixer l'équitable indemnité de partie à laquelle la recourante a droit à CHF 5'505.70 (22 heures à CHF 250.-, art. 8 du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [RSF 150.12]), débours de CHF 5.70 compris. A quoi s'ajoute encore la TVA de 7.7% (CHF 423.95), pour une indemnité globale de CHF 5'929.65. Celle-ci est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision en tant qu'elle porte sur la rente à partir du 1er juillet 2015 est annulée. La cause est renvoyée à l'OAI afin qu'il instruisse le volet rhumatologique en mettant en œuvre une expertise qui devra être réalisée par un autre expert. Pour le reste, la décision est confirmée en tant qu'elle concerne l'octroi d'une rente entière du 1er juillet 2014 au 30 juin 2015. II. Les frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. Partant, l'avance de frais du même montant, versée par A._____ lui est restituée. III. Une indemnité de partie de CHF 5'929.65 (débours de CHF 5.70 et TVA de CHF 423.95 compris) est accordée à A._____ et versée directement à Me Duc. Elle est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg qui succombe. 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 15 décembre 2021/rte Le Président : Le Greffier :

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