

FR_GERICHTE 608 2015 55 vom 21. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_55

FR: FR_GERICHTE 608 2015 55 du 21 février 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2015 55 del 21 febbraio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 15

%. Par décision du 13 février 2015, l'OAI a refusé de lui octroyer une rente d'invalidité, au motif que son taux d'invalidité, fixé à 14,4 % selon la méthode mixte (80 % pour l'activité lucrative et 20 % pour la tenue du ménage), n'était pas suffisant pour prétendre à une telle prestation. Il a retenu qu'elle présentait une capacité de travail de 80 %, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée liée à l'hébergement médico-social et social et que le taux d'invalidité pour la partie lucrative était de 17,5 %. S'agissant de la partie ménagère, il a considéré que le taux d'empêchement était de 2,2 %. B. Contre cette décision, A._____, représentée par Me Alexis Overney, avocat, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 18 mars 2015, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, elle reproche tout d'abord à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de l'ensemble de ses limitations pour fixer le revenu d'invalidité. Elle relève que ce dernier correspond peu ou prou à celui retenu par la SUVA, laquelle ne prend en compte que l'atteinte à son épaule gauche. Or, elle présente également des atteintes à l'épaule droite, au dos, aux cervicales, aux bras, aux avant-bras et aux poignets. Elle conteste également le taux d'empêchement fixé pour la partie ménagère. Enfin, elle estime qu'un abattement de 50 % doit être appliqué sur le revenu d'invalidité. Le 31 mars 2015, la recourante a versé une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 12 mai 2015, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Elle rappelle que chaque assurance est soumise à sa propre législation et précise qu'elle s'est fondée sur les rapports de son service médical régional, lequel s'est déterminé sur la base d'un dossier médical complet comprenant non seulement les pièces transmises par la SUVA, dont le rapport d'examen final du 22 janvier 2014, mais aussi d'autres documents faisant état des différentes atteintes de la

Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 recourante. Elle confirme également son évaluation des empêchements dans la partie ménagère, lesquels ont été définis sur la base d'un rapport d'enquête dont les différents postes ont été clairement motivés. S'agissant de l'abattement sur le revenu d'invalidité, elle rappelle que, selon la jurisprudence, on ne peut aller au-delà d'un abattement de 25 % et que, dans le cas d'espèce, il n'existe aucun facteur justifiant une réduction du salaire statistique. Dans le cadre d'un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions respectives. Le 13 octobre 2015, la Caisse de prévoyance K._____, à qui la décision attaquée avait également été notifiée, a été appelée en cause en tant que fonds LPP intéressé. Dans un courrier du 20 octobre 2015, cette dernière a

indiqué qu'elle n'avait aucune remarque à formuler. Le 24 décembre 2015, la recourante produit une copie du rapport d'expertise établi le 24 septembre 2015 par le Dr C. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, sur mandat de Helvetia Assurances. Elle estime que celui-ci retient, pour les seules limitations à l'épaule droite, une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 25 % dans un premier temps. Elle est ainsi d'avis que si l'on tient compte de l'ensemble de ses limitations, son taux d'invalidité s'approche sans aucun doute de 100 %, mais que, pour pouvoir le déterminer précisément, il faut mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale portant sur toutes ses atteintes. Dans sa détermination du 10 février 2016, l'autorité intimée maintient ses conclusions en se référant à l'avis de son service médical régional à qui le rapport d'expertise a été soumis. Un deuxième échange d'écritures sur ce point ne fait que confirmer les positions respectives des parties. Dans un courrier du 16 juin 2016, la recourante indique que Helvetia Assurances a rendu une décision le 10 juin 2016, dans laquelle elle lui octroie une rente d'invalidité LAA fondée sur un taux d'invalidité de 60 %. Le 5 juillet 2016, l'autorité intimée rappelle que chaque assurance sociale est soumise à sa propre législation, de sorte que le droit aux prestations et les calculs y relatifs ne sont pas établis de façon similaire entre la LAA et la LAI. Elle estime qu'il n'y a toujours pas d'éléments nouveaux et maintient ses conclusions. Le 23 décembre 2016, la recourante intervient à nouveau en précisant que le document transmis le 16 juin 2016 n'était en fait qu'un projet de décision et que l'assureur-accidents a rendu sa décision en date du 20 décembre 2016, dans laquelle il lui accorde une rente d'invalidité de 58 %. Dans une intervention écrite du 27 janvier 2017, elle précise que le taux d'invalidité de 58 % retenu par Helvetia Assurances comprend le taux d'invalidité de 16 % qui avait été retenu par la SUVA. Ces courriers ont été transmis pour information à l'OAI. Les dossiers constitués par Helvetia Assurances et la SUVA au nom de l'assurée ont été produits et versés à la présente procédure en dates du 26 janvier 2017 et du 7 février 2017, ce dont les parties ont été informées. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre ces dernières. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée de la façon suivante: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50 % au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente; enfin, un taux de 70 % au moins donne droit à une rente entière (al. 2). D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré

aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. b) 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 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 140 V 193 consid. 3.2, 125 V 256 consid. 4, 105 V 158). 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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). 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). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le 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). c) D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance- invalidité. Dans ces trois domaines, en raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur (arrêt TF U 323/04 du 30 août 2005 consid. 4.1; cf. ég. ATF 131 V 362). 3. Est en l'espèce litigieuse la question de la capacité de travail résiduelle de la recourante, laquelle relève d'une appréciation médicale de sa situation.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 a) Les premiers rapports médicaux présents dans le dossier (rapport du 30 novembre 2012 du Dr D. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main [dossier OAI, p. 140] et rapport du 20 janvier 2013 du Dr E. _____, médecin généraliste [dossier OAI, p. 174]) traitent essentiellement de la problématique à l'épaule gauche (accident en 2004 et rechute en 2011). Dans son rapport du 4 mars 2013 [dossier OAI, p. 193], le Dr F. _____, médecin généraliste auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), conclut que l'activité d'infirmière en tant que telle n'est plus exigible de la part de l'assurée, mais que, dans un poste administratif tel qu'elle en a déjà exercé, sa capacité de travail est entière, sans diminution de rendement. Par la suite, la situation évolue au niveau des deux épaules. Dans son rapport du 1er mars 2013 (dossier OAI, p. 281), le Dr G. _____, spécialiste FMH en radiologie, constate des remaniements dégénératifs acromio-claviculaires, des irrégularités et une densification du tubercule majeur des deux côtés. Le Dr D. _____ relève également, dans un rapport du 7 mars 2013 (dossier OAI, p. 286) une évolution défavorable avec recrudescence des douleurs aux deux épaules ainsi qu'à la face latérale des deux coudes et maintient l'incapacité de travail à 100 %. Dans son rapport du 10 mars 2013 (dossier OAI, p. 290), le Dr E. _____ mentionne une lente amélioration au niveau ostéo-articulaire à l'épaule gauche qui reste douloureuse et limitée dans son amplitude. Il relève en outre chez sa patiente un état anxio-dépressif à la suite de son licenciement. La recourante est également suivie par le Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 31 mai 2013 (dossier OAI, p. 225), ce spécialiste pose le diagnostic de re-rupture de la coiffe des rotateurs avec capsulite rétractile des deux côtés et épicondylites des deux côtés. Il préconise un traitement avec des stéroïdes. Dans un rapport du 12 juin 2013, il constate que

le traitement a bien fonctionné, mais que les douleurs sont réapparues dès l'arrêt de celui-ci. Des investigations complémentaires sont menées chez le Dr I. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui relève, dans son rapport du 18 octobre 2013 (dossier OAI, p. 389), des douleurs cervicales et des membres supérieurs, probablement multifactorielles, et propose de faire des radiographies de la colonne cervicale, des mains et des poignets ainsi qu'un bilan biologique. Dans son rapport d'examen final du 22 janvier 2014 (dossier OAI, p. 407), le Dr J. _____, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, relate l'ensemble des atteintes présentées par la recourante à l'épaule gauche, à l'épaule droite, au rachis cervical et au poignet. En revanche, lorsqu'il se prononce sur la capacité de travail, il précise clairement qu'il ne prend en compte que les seules suites de l'accident du 1er février 2004 ayant touché l'épaule gauche. A cet égard, il retient que l'incapacité de travail à 100 % est définitive comme infirmière, mais que, dans une activité adaptée, telle que responsable d'un centre pour personnes âgées par exemple, la capacité de travail est de 100 %, sans diminution de rendement, pour autant que les limitations fonctionnelles suivantes soient respectées: activité de type léger à moyen sur toute la journée sans répétition multiple, notamment au-dessus de la tête, port de charges limité au maximum à 10 kg jusqu'à la hauteur des hanches, de 5 kg à la hauteur du thorax et pas plus de 1 kg à la hauteur des épaules, éviter l'utilisation de toute machine ou activité qui génère des vibrations ou des à-coups, par exemple utilisation de marteau, masse ou massette de même que toutes les activités qui nécessitent l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages. Dans son rapport du 25 juin 2014 (dossier OAI, p. 422), le Dr E. _____ confirme les diagnostics de rupture de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite et à l'épaule gauche et de cervicarthrose

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 invalidante. Il estime pour sa part que l'incapacité de travail est de 100 % non seulement dans l'activité d'infirmière, mais aussi dans toute autre activité professionnelle. Dans son rapport du 24 novembre 2014, le Dr F. _____ du SMR cite les rapports des Dr I. _____, E. _____ et J. _____ et retient l'appréciation de ce dernier pour se déterminer sur la capacité de travail. Il considère ainsi que l'ancienne activité d'infirmière n'est plus exigible, mais que, dans une activité adaptée (pas d'activité au-dessus des épaules, port de charges jusqu'à 10 kg, pas d'activité générant des vibrations ou des à-coups pas d'usage d'échelles), la capacité de travail est de 100 %, sans diminution de rendement. b) Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate d'emblée que le dossier médical n'était pas suffisamment complet pour permettre à l'autorité intimée de statuer. En effet, dans son rapport d'examen final, le médecin d'arrondissement de la SUVA précisait clairement qu'il ne se déterminait que sur les conséquences de l'accident de 2004 et de la rechute de 2011 ayant touché l'épaule gauche. Or, il est établi que la recourante a été victime d'un deuxième accident en 2008 ayant touché l'épaule droite, avec une rechute annoncée en 2014, ce dont l'autorité intimée était informée (cf. courrier de la Nationale Suisse du 8 avril 2014 à l'OAI, dossier OAI, p. 410). En outre, elle présente également des atteintes dégénératives au rachis cervical ainsi que des douleurs aux mains et au poignet, lesquelles nécessitaient des investigations supplémentaires selon le Dr I. _____. Pour rendre la décision querellée, l'autorité intimée s'est basée essentiellement sur le rapport du médecin SMR du 24 novembre 2014. Toutefois, celui-ci est très succinct et ne donne aucune motivation tant au sujet des diagnostics retenus que sur les rapports médicaux pourtant contradictoires au sujet de la capacité de travail. Dans le cadre de la présente procédure, la recourante a produit le rapport d'expertise du 24 septembre 2015 du Dr C. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Cet expert pose les diagnostics

de status post contusion de l'épaule gauche avec fracture trochantérienne (2004), rupture de coiffe (2011) et suture avec acromioplastie (2012) ainsi que re-rupture progressive, status post rupture complète du sus-épineux droit suturée avec acromioplastie et ténodèse du biceps (2008) et évolution vers re-rupture actuelle, cervicarthrose non compressive C4-C5-C6 et obésité (IMC à 40). Il estime qu'en raison des limitations fonctionnelles et algiques liées à la re-rupture de la coiffe des rotateurs à droite, une diminution de la capacité de travail est justifiée et fixe celle-ci à 50 % dans une activité adaptée. Dans un rapport du 9 février 2016, le Dr F. _____ du SMR est d'avis que les conclusions du rapport d'expertise ne permettent pas de comprendre pourquoi l'évaluation de la capacité de travail diverge de l'appréciation du SMR et du médecin de la SUVA. Il reproche à l'expert de ne pas expliquer pourquoi une activité adaptée, par exemple de type administratif, ne serait pas possible à plein temps. Enfin, il relève que la présentation des capacités fonctionnelles résiduelles est incomplète, ou du moins qu'il n'est pas établi de corrélation probante entre les limitations fonctionnelles et la réduction du taux d'activité exigible dans une activité adaptée. La Cour de céans reconnaît que les conclusions du Dr C. _____ ne sont pas totalement convaincantes, dans la mesure où une activité adaptée de type administratif semble respecter les limitations fonctionnelles retenues par l'expert et qu'il est donc difficile de comprendre pourquoi ce dernier retient néanmoins une aussi grande diminution de la capacité de travail dans une telle activité. Cela étant, le dossier constitué par Helvetia Assurances démontre clairement que l'atteinte à l'épaule droite a également des incidences sur la capacité de travail de la recourante, ce qui explique qu'il y ait une divergence avec l'appréciation du médecin d'arrondissement de la SUVA

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 qui ne devait tenir compte que de la problématique à l'épaule gauche pour se prononcer. En outre, dans un rapport complémentaire du 4 février 2016 (cf. dossier Helvetia Assurances), l'expert répond aux questions de l'assureur, lequel émet justement des doutes quant à la capacité de travail retenue dans une activité adaptée, et confirme son appréciation en précisant que cette exigibilité tient compte des atteintes aux deux épaules. Toutefois, dans la mesure où la recourante présente d'autres atteintes en sus de celles à ses deux épaules, cette expertise, indépendamment des reproches évoqués ci-dessus, ne permet toujours pas de statuer dans le cas d'espèce. En effet, comme le relève l'autorité intimée, chaque assurance sociale a sa propre législation. Cela implique que, si l'assureur-accidents ne doit prêter que pour les atteintes en lien de causalité avec un accident déterminé, l'assurance-invalidité doit, quant à elle, tenir compte de l'ensemble des atteintes à la santé présentées par l'assurée. Dès lors, en se référant essentiellement à l'avis du médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel se prononçait uniquement sur les conséquences liées à l'accident ayant touché l'épaule gauche, sans demander le dossier de Helvetia Assurances relatif à l'accident ayant touché l'épaule droite et sans investiguer sur les incidences des autres atteintes présentées par la recourante, l'autorité intimée n'a pas respecté son obligation d'établir les faits de manière complète et exacte. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours doit être admis et la décision querellée annulée. Dans la mesure où il est constaté que l'autorité intimée n'a pas tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé dont souffre la recourante pour statuer sur sa capacité résiduelle de travail, elle n'a ainsi pas éclairci une question nécessaire. Ce cas de figure étant expressément prévu par la jurisprudence fédérale précitée, il se justifie dès lors de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire. Il appartiendra ainsi à l'autorité intimée de mettre en œuvre une expertise rhumatologique et/ou de chirurgie orthopédique afin de lui permettre de procéder à une évaluation globale de la situation médicale de la recourante.

Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. Partant, l'avance de frais du même montant, versée par la recourante, est intégralement restituée à cette dernière. Ayant ainsi obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). La liste de frais déposée le 16 février 2017 par son mandataire ne correspondant pas aux exigences du tarif applicable (cf. art. 8 ss du Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif/JA; RSF 150.12]) et comprenant en outre des prestations effectuées avant que la décision litigieuse ne soit rendue, la Cour de céans procédera d'office conformément à l'art. 11 al. 1 in fine Tarif/JA. Compte tenu du temps et du travail requis ainsi que de la difficulté et de l'importance de l'affaire, il se justifie de fixer l'indemnité de partie à laquelle la recourante a droit à CHF 4'800.-, soit 10 heures à CHF 230.- tarif applicable aux prestations effectuées jusqu'au 30 juin 2015 et 10 heures à CHF 250.- pour les prestations effectuées à partir du 1er juillet 2015, débours compris, plus CHF 384.- au titre de la TVA à 8 %, soit à un total de CHF 5'184.-, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. la Cour arrête:

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 I. Le recours est admis et la décision querellée annulée. Partant, la cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais d'un montant de CHF 800.- est intégralement restituée à A._____. IV. L'indemnité de partie allouée à A._____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 4'800.-, débours compris, plus CHF 384.- au titre de la TVA à 8 %, soit à un total de CHF 5'184.-, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. V. Communication. 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 21 février 2017/meg Président Greffière-rapporteure

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