

# FR\_GERICHTE 608 2024 103 vom 4. Februar 2025

FR Kantonsgericht, 2025-02-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2024\\_103](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2024_103)

FR: FR\_GERICHTE 608 2024 103 du 4 février 2025

IT: FR\_GERICHTE 608 2024 103 del 4 febbraio 2025

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 16

décembre 2024 en rappelant que le juge doit prendre en compte les faits survenus postérieurement à la décision administrative litigieuse dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation de la situation au moment où ladite décision a été prise. Elle souligne en outre qu'elle souffrait déjà d'un covid long engendrant une importante incapacité de travail bien avant la date de la décision querellée. Elle produit enfin plusieurs rapports médicaux confirmant cet élément. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. 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. en droit 1. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 2.2. 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 à 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 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). 2.3. Les atteintes à la santé psychique peuvent,

comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (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 in fine).

2.4. La méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI) s'applique lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité. Selon cette méthode, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. L'art. 27bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative avec le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 1). Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est déterminé en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % (al. 2 let. a), en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante (al. 2 let. b) et en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 2 let. c). Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité (al. 3 let. a) et en pondérant le pourcentage déterminé à la let. a en fonction de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 2 let. c et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 3 let. b).

2.5. 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 (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 (let. c).

3. 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).

3.1. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 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). 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). Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). 3.2. 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). 3.3. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; 121 V 362 consid. 1b). Le juge des assurances sociales doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 antérieure à cette date (arrêt TF 8C\_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3 et les références citées). 3.4. Enfin, 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). 4. Est en l'espèce litigieuse la question du droit de la recourante à des prestations d'invalidité. Pour y répondre, il convient de déterminer la capacité de travail résiduelle de cette dernière en procédant à une appréciation médicale de sa situation. 4.1. Dans leur rapport d'expertise du 18 janvier 2023 (dossier OAI, p. 414), le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posent les diagnostics de syndrome douloureux chronique type fibromyalgie et de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). Ils estiment que seule la fibromyalgie a une légère incidence sur la capacité de travail de la recourante en retenant une incapacité de travail au moment de l'expertise de 10 % en raison de la fatigue et du déconditionnement, mais en précisant que celle-ci devrait disparaître dans un délai de 3 mois. Sur le plan somatique, ils indiquent que l'examen rhumatologique est strictement normal, ne mettant en évidence aucune pathologie incapacitante au sens médico-théorique et médico-asséculo-logique, et qu'il confirme le diagnostic de fibromyalgie. Sur le plan psychiatrique, ils relèvent que l'absence de toute limitation fonctionnelle dans les tâches ménagères, dans les activités distractives, de loisirs et créatives, dans la capacité d'entretenir un réseau relationnel riche et soutenant, rendent incohérente et non plausible une perte de fonctionnalité de nature psychiatrique dans le domaine professionnel. Ils soulignent également que l'expertisée bénéficie de ressources internes et externes significatives. Questionné par l'autorité intimée, l'expert-rhumatologue précise, dans un courrier du 16 février 2023 (dossier OAI, p. 498), que le diagnostic retenu de syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie n'a pas d'incidence sur la capacité de travail de la personne assurée sur le long cours. Dans son rapport du 13 juillet 2023 (dossier OAI, p. 507), le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indique que l'état psychiatrique de sa patiente s'est aggravé depuis la date de l'expertise du 19 octobre 2022 (sic) et qu'en conséquence une demande de contre-expertise est pertinente. Dans son rapport du 27 mars 2024 (dossier OAI, p. 539), la Dre D.\_\_\_\_\_ retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1), de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), de fibromyalgie (M79.7) depuis 2021 et de covid long (RA02) depuis 2023. Elle retient des limitations fonctionnelles modérément prononcées dans le domaine de la planification et de la structuration des tâches en raison d'une désorganisation, de troubles attentionnels et de troubles anxieux ainsi que dans le domaine de la flexibilité et de l'adaptabilité en raison d'une difficulté pour gérer ses émotions et des troubles anxieux, des limitations fonctionnelles significativement prononcées dans le domaine

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 de la capacité d'endurance et de la résistance en raison d'une asthénie importante, de douleurs physiques et de troubles anxieux et des limitations fonctionnelles peu prononcées dans le domaine de la capacité d'affirmation de soi en raison du fait qu'elle se trouve en difficulté dans un contexte hiérarchique. Dans son rapport du 6 août 2024, elle relève que l'état clinique de la patiente s'est aggravé postérieurement au rapport d'expertise psychiatrique du 18 janvier 2023 du Dr G.\_\_\_\_\_, qu'elle a présenté une altération thymique importante avec des idéations suicidaires et une aggravation de son trouble avec déficit de l'attention, que cet état a fait l'objet d'un arrêt de travail prescrit par le Dr H.\_\_\_\_\_ et d'une hospitalisation du 7 mai au 4 juin 2024 à la Clinique I.\_\_\_\_\_. Dans la lettre de sortie de cette clinique du 26 juin 2024, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, pose le diagnostic principal de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques. Il retient également les diagnostics

secondaires de syndrome de sensibilisation centrale, type fibromyalgie, de syndrome post-covid-19 (covid long), de personnalité anxieuse, de côlon irritable et d'eczéma. Dans son rapport du 29 août 2024, le Dr E. \_\_\_\_\_ pose les diagnostics de covid long (RA02), fibromyalgie (MG30.01) et troubles dépressifs sans précision (6A7Z). Il retient que la patiente a eu en décembre (recte: octobre) 2020 un état grippal sévère pendant trois semaines et un deuxième épisode similaire en décembre 2021 avec des tests Covid-19 positifs et des pertes de goût et d'odorat. Il relève que, par la suite, la patiente rapporte une persistance de fatigue, des céphalées, des troubles cognitifs, des arthralgies/myalgies et des symptômes de dysautonomie, tels qu'une respiration dysfonctionnelle, des palpitations, des douleurs thoraciques, des malaises posturaux, des vertiges et finalement des troubles du sommeil. Il souligne également que les symptômes sont différents de ce que la patiente a connu de la fibromyalgie déjà avant les infections de Covid-19, que cette dernière se dit gravement affectée par son incapacité à faire ce qu'elle a envie de faire plutôt que démotivée par une dépression, qu'elle expérimente des épisodes dépressifs avec un manque d'initiative et de motivation et qu'elle voit ses réactions thymiques actuelles comme une réaction plutôt que la cause de ses symptômes. Il conclut que la présentation des symptômes et leur évolution sont typiques pour le Covid long et que les résultats des questionnaires soutiennent cette conclusion. Dans ses réponses du 19 septembre 2024 aux questions posées par le mandataire de la recourante, ce spécialiste mentionne qu'il est encore trop tôt pour estimer le taux d'activité exigible car la patiente vient de commencer les traitements mais considère qu'il est actuellement de zéro, tout comme le rendement exigible actuel. Il précise que les symptômes limitants sont surtout les troubles de la concentration et de la mémoire qui rendent difficiles des situations avec du bruit, des interactions avec plusieurs personnes et des multitâches ainsi que la fatigue qui demande une flexibilité dans la prise de pauses. Il ajoute qu'une activité adaptée, surtout avec peu de bruit, d'interactions et de multitâches, ainsi qu'une flexibilité de la prise de pauses serait préférable et pourra probablement accélérer la reprise du travail. Selon la réponse aux traitements initiés, un début à 20 % environ serait envisageable et il faut viser ensuite une augmentation graduelle en fonction de l'évolution des symptômes, par exemple de 10 % toutes les 4 à 8 semaines. Concernant le rendement, il retient que 2 heures par jour seraient envisageables. Dans une réponse du 18 novembre 2024, ce spécialiste précise encore que les symptômes du covid long ont débuté en 2021, soit avant le 7 juin 2024, que le taux d'activité et le rendement exigibles dans son activité d'enseignante étaient de 0 % à cette époque en raison de la fatigue, de troubles cognitifs, de céphalées, de dysautonomie et de douleurs. En revanche, dans une activité adaptée, il retient que le taux d'activité exigible est de 40 % et que le rendement exigible serait de 4 heures par jour.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 Dans la réponse du 13 novembre 2024 aux questions posées par le mandataire de la recourante, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, indique que la recourante souffrait d'un covid long avant le 7 juin 2024, puisque l'on peut faire remonter certains symptômes à un 1er covid sévère en octobre 2020 puis à un 2ème en décembre 2021. Il estime qu'en raison de ce covid long, le taux d'activité exigible dans son activité habituelle d'enseignante était de 0 % et que le rendement exigible était également nul en raison de l'asthénie et du ralentissement cognitif avec trouble de la concentration. Dans une activité adaptée, le taux d'activité exigible serait de 20 % avec un rendement fortement réduit. Dans un rapport du 27 novembre 2024, la Dre D. \_\_\_\_\_ répond aux mêmes questions. Elle indique que la recourante est suivie depuis le 10 mai 2023 et que, dans les antécédents médicaux, elle relevait des infections par Covid en

octobre 2020 et décembre 2021. Elle estime qu'avant le 7 juin 2024, la capacité de travail de sa patiente et son rendement exigible dans son activité habituelle d'enseignante étaient nuls et que, dans une activité adaptée, sa capacité de travail serait de 20 à 30 % selon l'état clinique, avec un rendement faible et fluctuant. Elle mentionne qu'avant le 7 juin 2024, la patiente rapportait une fatigue invalidante avec une endurance limitée, des troubles cognitifs à type de ralentissement et des troubles de l'attention et de la concentration avec des difficultés pour s'organiser, des céphalées, des douleurs cervicales, des vertiges, des acouphènes, des palpitations, des troubles digestifs, des troubles du sommeil, une altération de l'humeur et des troubles anxieux, une tendance à la dissociation, une faible gestion du stress et des émotions, une impulsivité et une irritabilité. 4.2. Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate que l'autorité intimée s'est basée uniquement sur les conclusions du rapport d'expertise du 18 janvier 2023 et qu'elle n'a pas tenu compte du rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 13 juillet 2023 ainsi que de celui de la Dre D. \_\_\_\_\_ du 27 mars 2024, tous deux rendus avant la décision litigieuse. Elle ne s'est également pas du tout déterminée sur les objections déposées par la recourante en date des 27 février (dossier OAI, p. 499) et 19 juillet 2023 (dossier OAI, p. 508). On peut en outre relever qu'elle n'a pas requis l'avis de son service médical régional avant de statuer, alors que les conclusions de l'expertise se référaient à des examens ayant eu lieu plus d'un an et demi auparavant et que, d'une part, le Dr H. \_\_\_\_\_ attestait une aggravation de l'état de santé depuis lors et que, d'autre part, la Dre D. \_\_\_\_\_ mentionnait le nouveau diagnostic de covid long. S'agissant du rapport du Dr H. \_\_\_\_\_, il convient de relever que la référence à la date de l'expertise du

#### **E. 19**

octobre 2022 n'est pas correcte puisque le rapport d'expertise est daté du 18 janvier 2023 et que les examens ont eu lieu le 1er décembre 2022 pour le volet psychiatrique et le 6 décembre 2022 pour le volet rhumatologique. Cela étant, cela n'enlève rien au fait que ce spécialiste indiquait clairement qu'il y avait eu une aggravation de l'état de santé depuis lors. Dans le cadre de la présente procédure de recours, la recourante a produit plusieurs rapports médicaux. Certes, comme l'a relevé l'autorité intimée, ils sont postérieurs à la décision litigieuse du 7 juin 2024, mais force est de constater qu'ils se prononcent sur la situation antérieure à cette date. Ainsi, dans son rapport du 6 août 2024, la Dre D. \_\_\_\_\_ indique que l'état clinique de la recourante s'est aggravée postérieurement au rapport d'expertise psychiatrique du 18 janvier 2023, comme le Dr H. \_\_\_\_\_ le relevait déjà dans son rapport du 13 juillet 2023. En outre, comme déjà dans son rapport du 27 mars 2024, elle confirme un nouveau diagnostic avec incidence sur la capacité de travail, soit celui de covid long (RA02). A noter que ce diagnostic figure également dans la lettre de sortie du 26 juin 2024 de la Clinique I. \_\_\_\_\_, dans laquelle la recourante a été hospitalisée du 7 mai au 4 juin 2024, soit avant la décision litigieuse. Enfin, il est confirmé par le

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Dr E. \_\_\_\_\_, médecin adjoint auprès de la Consultation COVID long à L. \_\_\_\_\_, dans ses rapports des 29 août et 13 septembre 2024, dans lesquels il retient que la recourante a présenté deux états grippaux sévères en décembre (recte: octobre) 2020 et décembre 2021 avec des tests Covid-19 positifs et que, par la suite, elle rapporte une persistance de fatigue, des céphalées, des troubles cognitifs, des arthralgies/myalgies et des symptômes de dysautonomie tels qu'une respiration dyfonctionnelle, des palpitations, des douleurs thoraciques, des malaises posturaux, des vertiges et finalement des troubles du sommeil. Il souligne que la présentation des

symptômes et leur évolution sont typiques pour le covid long et que les questionnaires soumis à la patiente soutiennent cette conclusion. Enfin, dans son rapport du 18 novembre 2024, il indique que la recourante souffrait déjà d'un covid long avant la décision du 7 juin 2024, puisque les symptômes de covid long ont débuté en 2021 et qu'elle était en incapacité de travail totale à cette époque. La présence du covid long et son incidence sur la capacité de travail de la recourante avant la décision litigieuse sont également confirmés par le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 novembre 2024 et par la Dre D. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 novembre 2024. Compte tenu de tous ces éléments, on doit retenir que les différents rapports médicaux produits sont suffisamment pertinents pour mettre en doute les conclusions des experts qui ne se sont pas du tout prononcés sur le diagnostic de covid long et son incidence sur la capacité de travail, alors que ce diagnostic est retenu par 4 médecins différents (le Dr E. \_\_\_\_\_, la Dre D. \_\_\_\_\_, le Dr J. \_\_\_\_\_ et le Dr K. \_\_\_\_\_). Une aggravation de l'état de santé psychique depuis la date de l'expertise est également attestée par le Dr H. \_\_\_\_\_ et la Dre D. \_\_\_\_\_. Toutefois, ces différents rapports médicaux ne permettent pas de trancher le litige. En effet, même si les médecins consultés semblent être d'avis que, dès 2021, la recourante souffrait d'un covid long entraînant une incapacité de travail totale, le rapport d'expertise réalisée fin 2022 arrivait à une conclusion diamétralement opposée. En outre, l'aggravation alléguée sur le plan psychique doit également être examinée par un expert. Dans ces circonstances, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire s'avère nécessaire. Selon sa recommandation pour le bilan de médecine d'assurance d'une affection post-Covid-19 en Suisse dans sa version 2.0 du 31 juillet 2023 (cf. [https://long-covid-info.ch/wp-content/uploads/2023/09/RevidierteEmpfehlungen\\_Final\\_FR.pdf](https://long-covid-info.ch/wp-content/uploads/2023/09/RevidierteEmpfehlungen_Final_FR.pdf) consulté le 28 janvier 2025), Swiss Insurance Medicine (SIM) préconise, pour évaluer l'impact de l'affection post-covid-19 sur la capacité de travail, la mise en œuvre d'une expertise de base polydisciplinaire en médecine interne/infectiologie et en neurologie/neuropsychologie incluant le questionnaire EPOCA (Evidence- based Post-Covid-19-Assessment), à laquelle peuvent s'ajouter un volet en pneumologie, rhumatologie, cardiologie, ORL et/ou psychiatrie en fonction des symptômes présents. Dans le cas d'espèce, il est donc impératif que des experts se prononcent à nouveau sur le cas de la recourante et qu'une évaluation globale puisse se faire au travers d'une expertise pluridisciplinaire, afin d'examiner, d'une part, si les différentes atteintes présentées par la recourante ont une influence sur sa capacité de travail et, dans l'affirmative, de déterminer, d'autre part, à partir de quand cette incidence sur la capacité de travail a débuté et comment elle a évolué. Dans le cadre de la mise en œuvre de cette nouvelle expertise, l'autorité intimée ne manquera pas de tenir compte de la recommandation précitée. 5. 5.1. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours est admis et la décision querellée annulée. Partant, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour mise en œuvre d'une

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 nouvelle expertise pluridisciplinaire, étant précisé que le renvoi est justifié par le fait que la confirmation de la présence du covid long et de ses incidences sur la capacité de travail de la recourante est une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie (cf. consid. 3.4 ci-dessus). 5.2. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. Partant, l'avance de frais du même montant versée par la recourante lui est intégralement restituée. 5.3. Le renvoi pour instruction complémentaire valant gain de cause total s'agissant des dépens (cf. ATF 137 V 57; 133 V 450), la recourante a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. Le 16 décembre 2024, le mandataire de la recourante a produit sa liste de frais d'un montant total

de CHF 5'893.67, à savoir CHF 4'949.96 au titre d'honoraires (19 heures et 48 minutes au tarif/horaire de CHF 250.-), CHF 502.02 de débours et CHF 441.69 au titre de la TVA à 8,1 %. A cet égard, la Cour de céans constate qu'en plus d'avoir compté les débours au prix coûtant comme le préconise l'art. 9 al. 1 du Tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12), le mandataire a ajouté un forfait de 5 % de l'indemnité de base à raison de CHF 260.54, ce qui n'est pas justifiable et dont il ne sera pas tenu compte. Au vu de ce qui précède, l'indemnité de partie à laquelle la recourante peut prétendre pour ses frais de défense est fixée à CHF 4'950.- d'honoraires, soit, comme demandé, 19 heures et 48 minutes indemnisées au tarif horaire de CHF 250.-, plus CHF 241.48 (502.02 – 260.54), arrondis à CHF 241.50 de débours, et CHF 420.50 au titre de la TVA à 8.1 %, soit à un total de CHF 5'612.-, et mise intégralement 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 attaquée est annulée et la cause 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 de CHF 800.- est entièrement restituée à A.\_\_\_\_\_. IV. L'indemnité de partie allouée à A.\_\_\_\_\_ pour ses frais de défense est fixée à CHF 4'950.- d'honoraires, plus CHF 241.50 de débours et CHF 420.50 au titre de la TVA à 8,1 %, soit à un total de CHF 5'612.-, à verser en main de son mandataire, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. 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 4 février 2025/meg La Présidente La Greffière-rapporteure

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