

# FR\_GERICHTE 608 2024 15 vom 24. September 2024

FR Kantonsgericht, 2024-09-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2024\\_15](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2024_15)

FR: FR\_GERICHTE 608 2024 15 du 24 septembre 2024

IT: FR\_GERICHTE 608 2024 15 del 24 settembre 2024

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 11

décembre 2023 auprès du Tribunal cantonal, demandant un réexamen de son dossier. Il fait en substance valoir à l'appui de son recours que cette décision se fonde sur un état de fait qui ne correspond pas à sa situation médicale et conteste bénéficiaire d'une pleine capacité de travail dans son activité usuelle.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 Suite à l'ordonnance du 29 janvier 2024, il a régularisé son recours et l'a complété, indiquant avoir souffert d'une crise de vertige. Il a également produit des rapports médicaux. Par courrier du 16 avril 2024, l'OAI a déposé ses observations sur le recours, concluant à son rejet. Il fait valoir que d'un point de vue oto-rhino-laryngologique, il n'existe, selon les experts, aucun handicap et, par conséquent, aucune limitation fonctionnelle. Il relève que le recourant possède des ressources internes significatives, que ses plaintes sont incohérentes et que ses allégations reposent pour l'essentiel sur des considérations d'ordre psychosocial. Par lettre du 12 juillet 2024, le recourant, désormais représenté par un avocat, a déposé ses contre-observations. Il relève que les constatations de l'OAI contredisent la perception de son état de santé ainsi que les rapports médicaux de H. \_\_\_\_\_ et de I. \_\_\_\_\_ de 2020. Un début de maladie de Ménière et une atteinte du système nerveux droit ont en effet été constatés. La conclusion des experts n'est pas compréhensible à cet égard. Le recourant fait également valoir que son état de santé s'est dégradé, car il a subi à plusieurs reprises des crises de vertiges ayant nécessité une prise en charge médicale. De nouveaux examens sont en cours et leurs résultats seront versés au dossier, mais ils démontrent déjà qu'il ne peut pas être conclu à l'absence de toute incapacité de travail et que l'OAI n'a pas procédé à une investigation médicale suffisante. Le recourant conteste enfin toute contradiction entre les atteintes alléguées et ses déclarations. La décision attaquée doit ainsi être annulée pour que sa situation médicale soit clarifiée. Invitée à se déterminer sur la procédure, la fondation de prévoyance J. \_\_\_\_\_ y a renoncé par courrier du 14 août 2024. Aucun autre échange d'écritures n'a eu lieu entre les parties.

1. Procédure Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, par un assuré directement atteint par la décision querellée, le recours est recevable.

2. Droit transitoire 2.1. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO

2021 705; FF 2017 2363). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3; 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. c) énoncent que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avait au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022).

2.2. En l'espèce, l'incapacité de travail durable serait survenue en février 2020. Par ailleurs, la demande de prestation a été déposée en juillet 2020. La rente serait née, cas échéant, en février 2021, soit avant le 31 décembre 2021. Il s'ensuit que la cause est soumise à l'ancien droit.

3. Règles relatives au droit à la rente

3.1. Aux termes 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. 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 la 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).

3.2. 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. 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).

3.3. Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, 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). En vertu de l'art. 28 al. 2

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 aLAI, 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. Chez les assurés exerçant une activité lucrative, le taux d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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 (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1; arrêt TF 8C\_46/2023 du 26 octobre 2023 consid. 3.2). Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu avec invalidité peut être évalué sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 (secteur privé), à la ligne "total". Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à une table portant sur les secteurs privé et public ensemble, si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références; arrêt 9C\_780/2023 du 23 avril 2024 consid. 3.1).

4. Règles relatives à la preuve et à l'instruction des demandes 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 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. 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 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). 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 170s 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. Question litigieuse Est litigieuse la question du droit à la rente. En particulier, le recourant conteste les conclusions des experts selon lesquelles sa capacité de travail serait entière. Il y a donc lieu d'examiner la capacité de travail au regard des deux expertises réalisées et des autres éléments médicaux ressortant du dossier de l'OAI.

6. Discussion Le recourant conteste les conclusions des deux expertises figurant au dossier, à savoir l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_, oto-rhino-laryngologue (dossier AI, p. 145 ss), du 14 juin 2022 et l'expertise bidisciplinaire des Drs F. \_\_\_\_\_, psychiatre, et G. \_\_\_\_\_, neurologue, du 14 mars 2023.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10

6.1. Expertise oto-rhino-laryngologique du 14 juin 2022

6.1.1. S'agissant de l'expertise monodisciplinaire, l'expert a respecté les exigences formelles prescrites par la jurisprudence. Son rapport d'expertise contient la description des pièces médicales sur lesquelles s'est fondé l'expert. Une anamnèse et un examen clinique du recourant ont été effectués et les réponses de l'expert sont claires et exemptes de contradiction.

6.1.2. Sur le fond, force est de constater que les conclusions de l'expert selon lesquelles le recourant ne souffre d'aucune pathologie oto-rhino-laryngologique ne sont pas sérieusement remises en cause par les pièces médicales au dossier. Si le Dr K. \_\_\_\_\_, oto-rhino-laryngologue traitant, a constamment énoncé le diagnostic de maladie de Ménière dans ses rapports médicaux, force est de constater qu'il n'a jamais signalé de quel côté se situait le trouble, alors que l'expert mentionne expressément que la caractéristique de cette maladie se trouve dans le fait qu'elle est latéralisée et que le patient doit être capable de situer le côté affecté (dossier AI, p. 159). L'expert a en outre exposé de manière convaincante que les critères diagnostiques reconnus dans l'état de l'art ne sont pas réunis. Il explique également la raison pour laquelle la mise en évidence de discrets signes d'hydrops vestibulo-cochléaire bilatéralement lors de l'IRM effectué par les Drs L. \_\_\_\_\_ et

M. \_\_\_\_\_, médecins au Service de radiologie du Réseau hospitalier neuchâtelois, le

#### **E. 14**

septembre 2020 (dossier AI, p. 52) ne permet pas à elle seule de conclure à la présence d'une maladie de Ménière, ce signe étant difficile à interpréter. Le Dr K. \_\_\_\_\_ n'avance par ailleurs pas d'observations objectives mettant en cause le raisonnement de l'expert. En particulier, ses rapports médicaux ne comportent aucun élément permettant de conclure que les critères diagnostics sont présents chez le recourant. Au contraire, il y note plutôt que le bilan oto-rhino-laryngologique se situe globalement dans la norme, malgré la présence d'une instabilité lors du test de Romberg et de Unterberger (dossier AI, p. 50, 207, 208 et 364), qui s'est du reste amélioré selon son rapport du

#### **E. 18**

décembre 2022 (dossier AI, p. 360). Par ailleurs, en date du 7 août 2020, le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin-chef de l'unité d'otoneurologie et d'audiologie de H. \_\_\_\_\_, a également exclu la maladie de Ménière au motif que les critères de cette maladie ne sont pas encore présents (dossier AI, p. 55). Il en va de même s'agissant d'un trouble vestibulaire fonctionnel secondaire de type persistant postural-perceptual dizziness dont les critères diagnostiques sont là encore non réunis (dossier AI, p. 159-160). Au surplus, les vertiges dont se plaint le recourant ne trouvent aucune explication objective sur le plan oto-rhino-laryngologique. L'expert fait état d'une fonction vestibulaire périphérique normale des deux côtés. Aucune atteinte vestibulaire centrale n'est mise en évidence (dossier AI, p. 157). Une discrète atteinte auditive dans les fréquences aiguës est certes relevée, mais elle n'est toutefois pas susceptible d'expliquer les plaintes du recourant (dossier AI, p. 157 et 160). En l'absence de pathologie oto-rhino-laryngologique, les conclusions de l'expert selon lesquelles le recourant possède, dans son domaine de spécialité, une pleine capacité de travail et ce, dans toute activité, ne peuvent qu'être confirmées. 6.2. Expertise neurologique et psychiatrique du 14 mars 2023 6.2.1. D'un point de vue formel, il y a lieu de relever d'emblée que l'expertise est contradictoire dans ses conclusions.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Dans son évaluation médicale, l'expert neurologue retient en effet un syndrome de fatigue contraignant le recourant à modifier ses habitudes de sommeil, car en l'absence de sommeil réparateur, il signale des troubles de concentration. Il fait également état d'un syndrome de jambes sans repos et suspecte un syndrome d'apnée du sommeil (dossier AI, p. 318). L'expert neurologue retient le diagnostic des jambes sans repos, non incapacitant, avec mouvements périodiques du sommeil, associé à un trouble du sommeil. Il relève que ce diagnostic induit des arrêts courts de travail en raison de la possible fatigue engendrée par ces troubles (dossier AI, p. 319) et qu'il est difficile à comprendre la raison pour laquelle le recourant pratique son mi-temps par jour entier plutôt que par demi-jour (dossier AI, p. 318). Ces constatations montrent que l'expert neurologue a retenu les déclarations du recourant selon lesquelles il doit beaucoup dormir le lendemain de son jour de service pour être à nouveau apte au travail. L'expert mentionne encore que ces syndromes n'ont pas été traités (dossier AI, p. 320). Dans ses réponses aux questions de l'OAI, il fait expressément état d'une atteinte à la capacité de travail pouvant être améliorée par le traitement des troubles du sommeil (dossier AI, p. 321). Il insiste en indiquant qu'une reprise à 100% dans l'activité usuelle est possible une fois le traitement effectué. Dans ce sens il ajoute qu'il est nécessaire de réévaluer les troubles du sommeil et de traiter le syndrome des jambes sans repos. Les appréciations qui précèdent, dont il ressort qu'une

capacité de travail entière devrait pouvoir être récupérée après traitement des troubles du sommeil et du syndrome des jambes sans repos, font apparaître comme incohérente la conclusion selon laquelle la capacité de travail du recourant est entière. Cela est d'autant plus le cas qu'il ne donne aucune explication à cet égard et qu'il ne répond pas à la question portant sur l'évolution de la capacité de travail au fil du temps, se contentant d'indiquer que le pronostic de récupération est favorable, ce qui va, là encore, dans le sens d'une atteinte à la capacité de travail du recourant au jour de l'expertise (dossier AI, p. 321). Par ailleurs, l'expert psychiatre estime que le recourant amplifie ses symptômes (dossier AI, p. 307) alors que l'expert neurologue retient que les manifestations rapportées par le recourant sont cohérentes avec la fatigue induite par un syndrome de jambes sans repos (dossier AI, p. 318). Cette appréciation est d'autant plus étonnante que le recourant a, de manière constante, déclaré avoir besoin de repos après des activités et que ce repos varie selon leur intensité (dossier AI, p. 303, 299, 313 et 315). Or, même si l'expert psychiatre se montre critique sur la répartition du temps de travail et du temps de repos du recourant, force est de constater que les experts ne contestent pas son besoin de repos (dossier AI, p. 307 et 318). En outre, les experts perdent de vue que l'activité actuelle du recourant (expert réalisant les examens du permis de conduire) se déroule essentiellement en position assise et ne paraît pas être – à tout le moins sur le plan physique – d'une intensité comparable aux balades à vélo durant les vacances ou à la tonte du gazon, activités après lesquelles le recourant dit avoir besoin d'un repos immédiat. Dans le même sens, ce constat d'incohérence surprend dans la mesure où l'expert neurologue retient un syndrome vertigineux intermittent, amélioré par une rééducation vestibulaire (dossier AI, p. 319). Il est d'autant plus surprenant dans la mesure où l'ensemble des médecins ayant examiné ou traité le recourant ont donné foi à ses plaintes et ont poursuivi les investigations médicales pour déterminer leur cause. De plus, l'expert oto-rhino-laryngologue s'est limité à constater que la nausée, la pression dans la tête, la fatigue intense, le vertige et parfois le vomissement ne sont pas causés par une maladie relevant de son domaine de spécialité (dossier AI, p. 158), mais il a recommandé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire pour en établir leur origine (dossier AI, p. 160). L'expertise bidisciplinaire du 14 mars 2023 contient ainsi des contradictions irréductibles dans sa motivation. Celles-ci portent sur des éléments décisifs pour l'appréciation de l'état de santé du

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 recourant, à savoir sa capacité de travail. Ces irrégularités ôtent toute valeur probante à l'expertise bidisciplinaire. Par voie de conséquence, l'OAI ne pouvait pas fonder ses constatations de fait selon lesquelles la capacité de travail du recourant est entière et ce depuis toujours sur cette expertise. Cela est d'autant moins le cas que le SMR avait recommandé la réalisation d'une expertise psychiatrique et neurologique afin de clarifier la situation médicale du recourant, se fondant tant sur la recommandation de l'expert oto-rhino-laryngologue que sur le résultat de l'échange interdisciplinaire intervenu en automne 2022. Dès lors que la seconde expertise n'est pas probante, la situation médicale ne peut être considérée comme suffisamment instruite, le complément demandé n'étant pas apporté. 6.2.2. Il s'ensuit que le recours est admis et la cause renvoyée à l'OAI. Au vu de l'âge du recourant, il lui appartiendra d'apprécier l'opportunité de réaliser une nouvelle expertise et de vérifier si des facteurs non-médicaux priment sur l'exigibilité médico-théorique, comme le mentionne à juste titre le SMR dans son avis du 3 mai 2022. Il rendra ensuite une nouvelle décision. 7. Frais Vu le sort du recours, les frais de procédure, arrêtés à CHF 800.- (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de l'OAI. L'avance de frais versée par le recourant lui est restituée. Pour le même

motif, le recourant a droit à une indemnité de partie (art. 137 al. 1 CPJA). En l'espèce, Me Mathias Frey fait état de 11 heures de travail. Cette durée est raisonnable et sera admise. Au taux horaire de CHF 250.- (art. 8 al. 1 du Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, RSF 150.12; Tarif JA), elle donne droit à une somme de CHF 2'750.-, à laquelle il convient d'ajouter les débours par CHF 114.- (art. 9 Tarif JA). La TVA au taux de 8.1% est due en sus. L'indemnité de partie est par conséquent fixée à CHF 3'096.-, TVA par CHF 232.- comprise. Conformément à l'art. 141 al. 2 CPJA, elle sera directement versée à Me Mathias Frey. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 11 décembre 2023 est annulée et la cause lui est renvoyée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. II. Les frais de procédure, arrêtés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. L'avance de frais versée par A. \_\_\_\_\_ lui est restituée. III. L'indemnité de partie, fixée à CHF 3'096.-, TVA par CHF 232.- comprise, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. Cette indemnité sera directement versée à Me Mathias Frey. 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 24 septembre 2024/pta La Présidente Le Greffier

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