

FR_GERICHTE 605 2021 83 vom 8. November 2021

FR Kantonsgericht, 2021-11-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_83

FR: FR_GERICHTE 605 2021 83 du 8 novembre 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2021 83 del 8 novembre 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité 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 qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

E. 2

Dispositions relatives aux choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité

E. 2.1

La loi consacre trois régimes distincts d'évaluation de l'invalidité, qui, pour une même atteinte à la santé, peuvent aboutir à des conséquences asséculo-logiques sensiblement différentes (arrêt TF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 5.5.1). La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. Pour sa part, l'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une, est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. C'est la méthode dite spécifique d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 2 LAI). Enfin, 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, l'on applique la méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI).

E. 2.2

Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

E. 2.3

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées).

E. 3

Dispositions relatives à l'appréciation des preuves

E. 3.1

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 3.2

Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également

en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

E. 3.3

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

E. 4

Discussion quant au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité

E. 4.1

Dans sa décision du 25 février 2021, l'OAI a fait application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Cependant, force est de constater que les motifs qu'il évoque pour justifier son choix ne sauraient convaincre.

E. 4.1.1

Le choix de la méthode spécifique est d'abord lié au fait que l'assurée n'a plus exercé d'activité lucrative depuis 2004, que cela soit lorsqu'elle était domiciliée à l'étranger ou lorsqu'elle est revenue en Suisse. Cependant, ces faits ne sauraient conduire à retenir que, en santé, l'assurée n'aurait pas travaillé et à justifier l'application de la méthode spécifique. En effet, cette hypothèse repose sur la prémisse erronée que l'absence de toute activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé induirait nécessairement l'application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Elle ignore, en outre, que l'assurée a suivi depuis des formations à l'étranger, est en incapacité de travail médicalement attestée depuis 2012 au moins et souffre également d'atteintes psychiatriques que les médecins font remonter jusqu'à l'adolescence (dossier OAI, p. 137, 154 et 251). L'expert indique ainsi que "le [trouble somatoforme douloureux] est installé depuis plus de vingt ans" et "le trouble de la personnalité schizotypique depuis probablement au moins jeune adulte" (dossier OAI, p. 318). L'on ne peut pas exclure, dans ce contexte, que les difficultés de cette assurée en lien

avec l'exercice d'une activité professionnelle – elle n'a "jamais pu tenir un poste de travail plus de deux ans" (dossier OAI, p. 356) – étaient dues à son état de santé psychiatrique en 2004 déjà, voire même antérieurement.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11

E. 4.1.2

L'OAI souligne également que, en 2014, " l'aide sociale a suspendu le versement de ses prestations temporairement en raison de [son] manque de motivation pour la recherche d'un emploi et d'un appartement" et que son parcours professionnel démontre "plusieurs licenciements mais surtout différents abandons a priori qui [lui] sont imputables".

Cependant, dans la mesure où une incapacité de travail totale est médicalement attestée depuis 2012, on ne peut tirer du fait que la recourante s'est vu suspendre le versement de ses prestations en 2014 un manque de motivation pour la recherche d'un emploi. Cet apparent manque de motivation avait, par ailleurs, motivé la Justice de paix de l'arrondissement de E._____ à mandater le Dr F._____ pour une expertise psychiatrique, laquelle concluait déjà à l'incapacité totale de l'assurée à "s'occuper de ses affaires".

E. 4.2

Compte tenu de ce qui précède, il convient de déterminer si et dans quelle mesure l'assurée aurait travaillé en l'absence d'atteinte à sa santé sur la base d'autres éléments.

E. 4.2.1

Interrogée sur ce qu'elle aurait fait si elle n'était pas atteinte dans sa santé, l'assurée a toujours soutenu qu'elle aurait travaillé à 100%. Ainsi, dans un questionnaire du 20 avril 2017, elle avait précisé qu'elle travaillerait à 100% pour subvenir à ses besoins (dossier OAI, p. 115). De même, lors de l'enquête domiciliaire, elle affirmait qu'elle travaillerait à un peu moins de 100% pour subvenir à ses besoins. Si elle explique qu'elle "pensait reprendre son activité de masseu[se] une fois la transformation de genre terminée [mais que] l'activité sollicitant beaucoup en énergie, elle ne travaillerait pas à 100%", cette affirmation a néanmoins clairement trait à sa situation actuelle, soit en présence d'une atteinte à sa santé (dossier OAI, p. 379). Ces éléments vont dans le sens de l'exercice d'une activité à temps plein.

E. 4.2.2

Cette intention est confirmée par le comportement globalement cohérent de l'assurée malgré son atteinte à sa santé. Il ressort du dossier du Service social que, en juillet 2015, plusieurs solutions de réinsertion professionnelles étaient discutées, ce qui justifiait une prise de contact avec l'OAI (dossier OAI, p. 1). L'assurée indiquait alors attendre une aide pour "avoir un métier où [elle] est en contact avec les gens, les conseiller, renseigner" mais être prête à travailler dans d'autres activités (dossier OAI, p. 39). C'est ce qu'elle démontre lors des différents stages: malgré des absences répétées – expliquées selon l'expert et les médecins traitants par les diagnostics psychiatriques (cf. dossier OAI, p. 251 et 319) – son comportement au travail est considéré comme bon et l'assurée est qualifiée de consciencieuse. Elle se projette même parfois dans diverses activités professionnelles (cf. dossier OAI, p. 83 et 209). Dans ce contexte, on remarque que si l'assurée n'a pas travaillé depuis son retour en Suisse et malgré sa maladie, elle a toujours fait en sorte de se réinsérer sur le marché du travail. L'on ne saurait ignorer ces efforts sincères et concrets, étant souligné que leur échec peut être imputé aux troubles psychiques médicalement attestés.

E. 4.2.3

Quoi qu'il en soit, l'on constate que l'assurée émerge à l'aide sociale depuis son retour en Suisse en 2012. Or, l'aide sociale n'est pas un revenu minimal garanti qui serait dû à certaines conditions définies par la loi. Au contraire, l'art. 5 de la loi cantonale du 14 novembre 1991 sur l'aide sociale (LASoc;

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 RS 831.0.1) affirme le principe de la subsidiarité de l'aide sociale, ce qui implique tout d'abord le principe de l'auto-prise en charge qui obligerait la recourante à entreprendre tout ce qui est en son pouvoir pour sortir d'une situation d'indigence par ses propres moyens ou pour supprimer cette situation. En outre, il découle du principe de réciprocité – lequel est au centre des mesures destinées à favoriser l'intégration sociale et l'insertion professionnelle – que le bénéficiaire de l'aide sociale a le devoir de faire tout son possible pour atténuer sa situation de besoin, voire l'éliminer (voir not. arrêt TC 605 2019 50 du 20 avril 2020; ATF 130 I 71 consid. 4 à 6; arrêt TF 2P.156/2005 du 17 octobre 2005). Or, en l'espèce, bien que dépendante de l'aide sociale depuis plusieurs années, force est de constater que, malgré sa volonté annoncée de s'intégrer sur le marché du travail et à acquérir une autonomie financière, la recourante – en incapacité de travail médicalement attestée depuis de nombreuses années – n'y parvient pas.

E. 4.3

Enfin, l'OAI soutient que le processus de transformation de genre entamé par la recourante l'aurait conduite à renoncer à travailler car il implique de mettre en place des ressources majeures et un investissement important en terme d'énergie et de temps.

E. 4.3.1

Pourtant, force est d'abord de constater que ces affirmations ne sont pas fondées sur les conclusions de l'expert, lequel estime que la dysphorie de genre n'est pas invalidante (dossier OAI, p. 319). Pour sa part, le médecin traitant souligne qu'il est important que, dans le contexte du changement de genre, sa patiente garde une activité (dossier OAI, p. 253). En outre, le procès-verbal de la visite domiciliaire ne fait nullement état du fait que la procédure de changement de genre aurait conduit l'assurée à diminuer son activité si elle avait été saine, l'assurée y indiquant au contraire qu'elle continuerait à travailler à "un peu moins de 100%" (dossier OAI, p. 379). Au final, seule la personne en charge de cette visite énonce (dossier OAI, p. 424) que l'assurée aurait cessé de travailler en raison de son changement de genre. Cependant, cette prise de position n'est pas probante car rédigée trois mois après la visite domiciliaire et sans nouvelle interrogation de l'assurée ni même information de celle-ci.

E. 4.3.2

Par ailleurs, dans le présent cas, il n'est pas contesté que les conséquences hypothétiques du changement de genre sur l'éventuelle activité de la recourante ne devaient être que temporaires, en lien avec les processus médicaux commencés en 2019. A l'instar de tout autre intervention chirurgicale nécessitant un rétablissement d'une certaine durée, il n'apparaît pas nécessaire de procéder à un changement de méthode d'évaluation durant cette période, strictement limitée d'un point de vue temporel.

E. 4.3.3

Quoi qu'il en soit, la procédure de changement de genre pourrait être en lien avec les diagnostics justifiant une incapacité de travail. On relève par exemple que l'expert

sous-entend que "le désir de changement de genre [pourrait] s'intégrer au trouble de la personnalité schizotypique", soit l'un des troubles qui induit l'incapacité de travail totale qu'il atteste (dossier OAI, p. 319). Dans ce contexte, l'on ne peut pas exclure que, en santé, l'assurée n'aurait pas procédé à cette intervention. Dans cette hypothèse, l'intervention pourrait se révéler être la manifestation d'un trouble invalidant et devrait être écartée de l'évaluation de ce que ferait l'assurée si elle n'était pas atteinte à sa santé. A tout le moins, dans les circonstances d'espèce, l'on doit retenir que la procédure de changement de genre et les interventions qui y sont liées ne suffisent pas pour conclure que

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 l'assurée aurait cessé tout travail, ni au demeurant même réduit de manière durable son taux d'activité.

E. 4.4

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède, que, si elle avait été en santé, il est vraisemblable que l'assurée aurait travaillé à un taux de 100%, ou à un taux proche (pour cette dernière hypothèse, cf. ég. consid. 5.3 dernier paragraphe ci-après). Il s'agit par ailleurs de la position que défendait jusqu'à récemment l'OAI. En effet, si l'office avait considéré que son assurée aurait, en santé, renoncé à exercer une activité professionnelle, il n'aurait pas cherché à la réintégrer sur le marché du travail par le biais de trois mesures de réadaptation différentes (dossier OAI, p. 172, 190 et 214). De même, il n'aurait pas diligenté une expertise exclusivement axée sur l'analyse de la capacité de travail en indiquant à l'expert que le statut de la personne assurée était celui de salariée à 100% dans une activité lucrative. Il y aurait, par ailleurs, au moins inclus un volet ménager lequel brille ici par son absence (dossier OAI, p. 243). Enfin, il n'aurait pas rendu un premier projet de décision évaluant l'invalidité selon la méthode ordinaire (dossier OAI, p. 118). A chacune de ces étapes dans le traitement du dossier, il avait pleine connaissance de la situation et de l'historique de son assurée, en particulier le fait qu'elle n'avait plus travaillé depuis 2004. Cela ne l'a, pour autant, pas conduit à adopter une perspective allant dans le sens de l'application de la méthode spécifique. L'assurée ayant rendu vraisemblable son intention de travailler à temps plein, il convient de faire application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus plutôt que de la méthode spécifique.

E. 5

Evaluation de la capacité de travail Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr J. _____, expert au sein de K. _____, lequel a rendu un rapport le 11 décembre 2019.

E. 5.1

Pour réaliser son rapport, l'expert s'est fondé sur l'étude du dossier transmis par l'OAI, dont les rapports sont résumés en début d'expertise. Il s'est également entretenu avec l'assurée le 30 août 2019. A cette occasion, cette dernière a été en mesure de décrire ses atteintes, ses plaintes ayant essentiellement trait à des "difficultés physiques et [d]es douleurs dues à la fibromyalgie". Pour sa part, l'expert a pu procéder à un examen complet de l'assurée, constatant notamment une certaine anosognosie: l'assurée semble méconnaître ses atteintes psychiatriques et leur impact sur son quotidien. Il relève en outre que l'assurée surestime ses capacités et sous-estime ses difficultés. Sur le plan diagnostique, ses raisonnements et conclusions sont particulièrement bien argumentés, l'expert se référant d'une manière systématique aux critères diagnostics figurant dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. L'évaluation de la capacité de travail tient compte, pour sa part, des

critères requis par la jurisprudence. En particulier, l'expert note des limitations uniformes entre les plans privés et professionnels et souligne l'existence de ressources (soutien de sa famille, intelligence normale) et de difficultés (éducation, anosognosie, surestimation de ses capacités). Il retient dès lors que l'assurée est limitée en raison d'une faible résistance, des douleurs, une importante fatigabilité, une faible résistance au stress (pas de pression ou d'objectif de rentabilité), une incapacité à respecter un cadre professionnel, une faible adaptabilité aux situations nouvelles, des difficultés dans l'organisation et la planification des tâches ainsi que l'obligation de

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 limiter les interactions sociales tout en lui assurant quand même la possibilité d'être valorisée. Selon lui, un poste avec ces exigences n'existe pas sur le marché ordinaire du travail de sorte qu'il conclut à une incapacité de travail totale. Les conclusions de l'expert, circonstanciées et convaincantes, doivent se voir reconnaître une pleine force probante.

E. 5.2

Les conclusions de l'expert vont par ailleurs dans le sens de celles figurant dans les rapports des psychiatres de la recourante. Ainsi, dans son rapport du 28 août 2019, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retient ainsi également les diagnostics de "trouble douloureux (DD Fibromyalgie) depuis 2010 (F45.4)", de "personnalité schizotypique (F21), depuis jeune adulte" et de "dysphorie de genre (F64.1)". Bien que n'attestant pas d'une incapacité de travail générale – proposant que cette question soit tranchée par un expert – il souligne que sa patiente n'est pas en mesure de travailler dans les domaines qu'elle envisage (massage, accompagnement spirituel, éducation, informatique). Il relève en outre que, même dans un environnement protégé, elle n'a pas été capable de travailler à un taux bien inférieur à un 50% (dossier OAI, p. 251). De même, dans son rapport du 22 novembre 2017, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenait aussi le diagnostic de personnalité schizotypique et de fibromyalgie. S'il n'excluait alors pas que sa patiente reprenne une activité à un taux réduit – avec un accompagnement psychiatrique au long cours afin d'affiner le diagnostic et d'objectiver l'évolution de la patiente au fur et à mesure – il relevait alors ce qui suit: "Sur le plan psychiatrique, le trouble de personnalité schizotypique [de la] patient[e] ainsi que sa présentation très immature peuvent interagir sur le plan professionnel. [Elle] se montre cependant très motivé[e] à pouvoir bénéficier d'un accompagnement visant à une réinsertion professionnelle, mais il n'est cependant pas certain qu'[elle] puisse tenir un tel engagement du fait de sa personnalité qui constitue un réel trouble psychique" (dossier OAI, p. 154), dans le sens, déjà à l'époque, des conclusions du Dr F._____. (dossier OAI, p. 55).

E. 5.3

Partant, au vu des avis médicaux globalement concordants, la Cour retient que l'assurée est totalement incapable de travailler dans une activité, même adaptée, depuis 2012 au plus tard. Une incapacité de travail totale dans l'ensemble des activités conduit à retenir un degré d'invalidité de 100%. Cela lui donne droit à une rente entière à compter du 1er mars 2016, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations d'invalidité (art. 29 LAI) le 3 septembre 2015, le délai d'attente d'une année (art. 28 LAI) étant manifestement alors déjà échu, les atteintes étant attestées depuis 2012. Si l'on devait retenir que l'assurée travaillerait à "un peu moins de 100%" si elle était en santé (dossier OAI, p. 379), le droit aux prestations ne serait pas remis en cause. En effet, au vu de l'incapacité de travail totale

médicalement attestée, le degré d'invalidité demeurerait supérieur à 70% même en faisant application de la méthode mixte – avec des engagements dans une activité lucrative légèrement inférieurs à 100%, à savoir de 80% ou de 90% – plutôt que de la méthode ordinaire.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11

E. 6

Sort du recours

E. 6.1

Le recours (605 2021 83), bien fondé, est admis. Partant, la décision du 25 février 2021 est modifiée dans le sens où la recourante se voit reconnaître le droit à une rente entière à partir du 1er mars 2016.

E. 6.2

Compte tenu de l'issue du recours, les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

E. 6.3

Pour les mêmes motifs, la recourante a droit à une indemnité de partie. Dès lors que la représentante est avocate auprès d'une organisation d'utilité publique, les dépens sont indemnisés au tarif horaire de CHF 130.- (cf. arrêt TF 9C_688/2009 du 19 novembre 2009 in SVR 2010 IV no 27 83). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 du Tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12), l'indemnité de partie est fixée ex aequo et bono à un montant total de CHF 1'453.95, à savoir CHF 1'300.- au titre d'honoraires (10 heures), CHF 50.- au titre de frais et CHF 103.95 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

E. 6.4

Au vu de ce qui précède, la demande (605 2021 84) d'assistance judiciaire gratuite totale devient sans objet. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours (605 2021 83) est admis. Partant, la décision du 25 février 2021 est modifiée dans le sens où la recourante se voit reconnaître le droit à une rente entière à partir du 1er mars 2016. II. La demande (605 2021 84) d'assistance judiciaire gratuite totale est sans objet. III. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à charge de l'autorité intimée. IV. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'453.95, dont CHF 103.95 au titre de la TVA (7.7%), et mise à la charge de l'autorité intimée. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 8 novembre 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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