

FR_GERICHTE 605 2022 178 vom 28. August 2023

FR Kantonsgericht, 2023-08-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_178

FR: FR_GERICHTE 605 2022 178 du 28 août 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2022 178 del 28 agosto 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

E. 2

Droit applicable 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

E. 6

Choix de la méthode d'évaluation Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues 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. 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. 7

octobre 2008 consid. 2.2; C 212/06 du 26 septembre 2007 consid. 2.3.2; U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.3; B 23/06 du 20 avril 2007 consid. 5.1; K 106/94 du 4 janvier 1995 consid. 2b). Ce principe veut que, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence soit accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être

les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a).

E. 7.1

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). La jurisprudence dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure » s'applique de manière générale en matière d'assurances sociales (cf. arrêts TF 9C_649/2008 du 31 août 2009 consid. 3; 8C_187/2008 du

E. 7.2

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. 7.3

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 l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

E. 7.4

L'art. 69 al. 2 RAI prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de réaliser une visite domiciliaire. Telle est la possibilité, notamment, lorsqu'il s'agit d'assurés qui s'occupent du ménage (cf. Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] ch. 1058). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés

n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts TF I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2, I 249/04 du 6 septembre 2004 consid. 5.1.1, I 155/04 du 26 juillet 2004 consid. 3.2 et I 685/02 du 28 février 2003 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, une visite domiciliaire est en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé physique. Sa valeur probante se mesure par analogie aux critères appliqués aux expertises médicales. Il est notamment essentiel que le rapport ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes. Exceptionnellement, en cas de doute sur la crédibilité des indications de l'assuré ou lorsque celles-ci ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, il sera nécessaire de faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (ATF 128 V 93 consid. 4).

E. 8

Litige Est en l'espèce litigieux le droit à la rente. Dans son mémoire, la recourante conteste tout d'abord, à cet égard, le choix de la méthode d'évaluation de son invalidité.

E. 8.1

Dans la décision litigieuse du 23 septembre 2022, l'OAI a fait application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. A lire ses observations, l'office se serait fondé sur les indications que l'assurée a données à l'enquêteur, à savoir qu'elle aurait reçu son congé de son précédent emploi et, par la suite, travaillé à un taux de 60% en raison de la naissance de son fils.

E. 8.2

Force est cependant de constater que cette indication ne ressort pas entièrement des indications figurant dans le rapport d'enquête domiciliaire. Il est, en effet, indiqué que « lorsqu'elle est tombée [enceinte], elle a reçu son congé, sans grandes explications, pour la fin du congé maternité. Ils se sont toutefois quittés en bons termes. Elle s'est retrouvée au chômage, mais s'est uniquement inscrit à 60 %. Il venait en effet d'y avoir la naissance de l'enfant et déjà à ce moment, elle ne se sentait plus vraiment apte d'assumer un temps de travail complet. [L'assurée] pense qu'en bonne santé, elle aurait tout au plus diminué un peu passagèrement son taux d'activité après la naissance de l'enfant. Son souhait était de pouvoir reprendre une activité en plein et ceci dès que possible, au plus tard lorsque le fils a débuté l'école. La garde de l'enfant était assurée, soit par une maman de jour ou par la famille de l'assurée » (dossier OAI, p. 205).

E. 8.2.1

En d'autres termes, à lire ce rapport d'enquête, si la naissance de l'enfant est l'une des raisons qui a conduit l'assurée à réduire son taux d'emploi, le fait qu'elle ne se sente plus apte à travailler à temps plein était également un motif. Une fois que son fils aurait été scolarisé, soit vers 2019 ou 2020, elle aurait cherché à augmenter son emploi à un taux de 100%, ce que son état de santé l'a empêché de faire. Ce qui ressort de ce rapport correspond à ce que soutient l'assurée dans son recours du 21 octobre 2022, à savoir qu'elle aurait désormais repris l'exercice d'une activité à temps plein. C'est également ce qu'elle indiquait dans le questionnaire sur son statut du 21 septembre 2020 (dossier OAI, p. 24).

E. 8.2.2

Certes, la cohérence des déclarations après coup ne saurait en principe suffire à emporter la preuve d'une intention réelle de sa part de travailler à 100%. Mais il s'agit en l'espèce de constater que la recourante n'aura en dernier lieu travaillé à 60% que durant une brève période de quelques mois avant d'être mise à l'incapacité de travail, soit depuis le mois de septembre 2019. Elle avait auparavant travaillé à plein temps, ce qu'attestent ses déclarations de revenus prises en compte par la Caisse de compensation, dont il ressort que dits revenus ne commencent à fléchir qu'à partir de l'année 2017 (dossier AI, p. 18). On fera également remarquer qu'un traitement ambulatoire, pour des problèmes gastroentérologiques, avait semble-t-il été entamé à partir de l'année 2018 (rapport du Dr F. _____ du 10 juillet 2020, dossier AI, p. 17). L'hypothèse, dans ces conditions, d'une aggravation de l'atteinte à son état de santé, présente depuis le début des années 2010 et qui l'aurait empêchée de travailler à plein temps en 2019, est tout à fait plausible, qui viendrait confirmer dans les faits l'absence de réelle possibilité de sa part, pour raisons médicales, de travailler plus.

E. 8.3

Il ressort de ce qui précède, que l'invalidité de l'assurée aurait dû être évaluée non sur la base de la méthode mixte mais sur la base de la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

E. 9

Evaluation de la capacité de travail Compte tenu de ce qui précède, il convient désormais d'examiner l'impact de l'atteinte à la santé de la recourante sur sa capacité de travail, seule susceptible de mesurer l'invalidité.

E. 9.1

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr C. _____, gastroentérologue, lequel a rendu son rapport le 28 avril 2022. Dans son rapport, il retient que l'assurée souffre d'une rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) qui a un impact sur sa capacité de travail, imposant un accès permanent, facile et rapide aux sanitaires ainsi que, du point de vue général, un horaire relativement libre et adaptable. Bien qu'il lui reconnaisse une capacité de travail résiduelle dans l'ancienne activité de vendeuse, il estime que cette activité n'est pas pleinement adaptée à ces limitations. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il retient les périodes de capacité de travail suivantes : jusqu'en 2019, capacité de travail de 100% avec réduction temporaire de rendement suivant l'activité de la colite, 0% en 2020 et 75% (100% avec une baisse de rendement de 25%) dès le 1er janvier 2021. Cette appréciation est basée sur l'examen des pièces figurant dans le dossier de l'assurance- invalidité ainsi qu'un entretien avec l'assurée le 29 mars 2022. Lors cet entretien, l'expert a pu procéder à l'anamnèse et à un examen

complet de l'assurée. Par ces différents biais, l'expert a été en mesure d'avoir une bonne connaissance des circonstances du cas mais également du contexte médical, personnel, social, familial, professionnel et économique. A ce stade, il est constaté que la recourante se plaint de ce que le Dr C. _____ ne lui ait pas permis de s'exprimer et l'ait interrompu à plusieurs reprises. Par cette affirmation, elle semble soutenir que l'expert n'a pas pris en compte ses plaintes. Toutefois, il ressort du texte de l'expertise que ces dernières sont relevées par l'expert, notamment dans la partie « 3. Entretien ». L'assurée a ainsi pu décrire ses atteintes à la santé ainsi que leur impact sur son quotidien, soulignant les douleurs généralisées dont elle souffre, les « D. _____ » ainsi que son importante fatigue. Pour sa part, l'expert prend dûment en compte ces plaintes, relevant notamment l'importance de la mise en place d'un soutien pour aider l'assurée dans sa gestion des angoisses liées à sa maladie. Enfin, la situation médicale est clairement décrite et les conclusions de l'expert sont suffisamment argumentées. Ce dernier constate ainsi que l'assurée s'est vu diagnostiquer une RCUH en 2009, avec une activité modérément progressive jusqu'en 2013 et une nette péjoration en 2020. Selon lui, la prise en charge actuelle est tout à fait adéquate et la situation est stabilisée depuis 2021. Il estime que le pronostic à moyen terme est le statu quo, émettant néanmoins des réserves à plus long terme. Sur cette base, compte tenu du fait que les difficultés viennent de la nécessité d'avoir un accès permanent et immédiat, aux sanitaires, il considère que le travail de vendeuse n'est pas parfaitement adapté puisqu'il implique un climat de stress et d'angoisse avec la menace latente d'une incontinence fécale. Cependant, à son avis, dans une activité sans un tel climat, la capacité de travail est plus élevée. L'expertise du Dr C. _____ du 28 avril 2022 doit se voir reconnaître une pleine valeur probante sur le plan formel.

E. 9.2

Sur le plan matériel, les conclusions de l'expert ne sont pas mises en cause par les autres pièces du dossier. Dans son rapport du 25 novembre 2022, le Dr E. _____ valide les conclusions médicales de l'expert. En particulier, il confirme que l'activité de vendeuse comporte le maintien de la position debout prolongée et limite l'accès aux toilettes, ce qui est incompatible avec la maladie de l'assurée. Selon lui, dans une activité sans de telles exigences, la capacité de travail ne peut être que plus élevée, estimant les 75% retenus par l'expert comme plausibles (cf. ég. pages 142 et 155). Dans leur rapport du 20 janvier 2021, les médecins de J. _____, le Dr F. _____ et la Dre G. _____, tous deux spécialistes en gastroentérologie, retiennent également le diagnostic de RCUH d'évolution initialement peu agressive mais avec une poussée sévère en 2020. Celle-ci a justifié une incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2020. Depuis le 1er janvier 2021, ils ont l'impression que la situation est en rémission clinique et biologique bien que la situation reste instable. Selon eux, leur patiente peut reprendre le travail à un taux d'environ 80% dans son activité de vendeuse. A leur avis, une activité doit permettre des pauses adaptées ainsi qu'un accès à des toilettes sûr et permanent (dossier OAI, p. 101 ; cf. ég. p. 14, 47, 99 et 100). En cela, le Dr F. _____ et la Dre G. _____ rejoignent donc les conclusions du Dr C. _____, en retenant même une capacité de travail plus importante dans l'activité de vendeuse. Certes, il figure un rapport plus récent du 22 octobre 2021 de J. _____ (p. 150). Dans ce rapport, l'auteur indique que la maladie inflammatoire n'est pas en rémission et retient une capacité de travail de 50% dans l'activité de vendeuse. Toutefois, l'auteur de ce rapport n'est pas déterminable car la signature est illisible. En outre, le rapport est contradictoire puisqu'il décrit une situation qui s'est aggravée tout en affirmant que la situation est stationnaire (dossier OAI, page 150). Ce rapport contradictoire et dépourvu de toute

argumentation médicale est insuffisamment motivé pour être compréhensible. En outre, jamais les médecins de J. _____ n'examinent concrètement la possibilité pour leur patiente de reprendre une autre activité, plus adaptée. Dans ce contexte, ce rapport isolé ne saurait mettre en doute les conclusions bien argumentées et convaincantes de l'expert mandaté, le Dr C. _____. Les autres pièces au dossier ne permettent pas de trancher la cause dans un autre sens. En particulier, l'assuré ne l'ayant plus consulté depuis le 18 décembre 2020 (dossier OAI, p. 95 et 146), les conclusions du Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale, ne sont pas suffisamment récentes pour mettre en doute la reprise d'activité retenue par l'expert à partir du 1er janvier 2021.

E. 9.3

Compte tenu de ce qui précède, l'on retient que la capacité de travail de l'assurée est entière, compte tenu d'une diminution de rendement de 25%, dans une activité adaptée depuis le 1er janvier 2021. A ce stade, la Cour relève que l'assurée annonce que son état de santé s'est aggravé, produisant un rapport des médecins de J. _____ du 20 octobre 2022. Au vu de la date du rapport et de son contenu, l'aggravation alléguée est postérieure à la décision litigieuse du 23 septembre 2022. Dans la mesure où le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées), cette aggravation ne peut pas faire l'objet d'un examen par la Cour de céans.

E. 10

Calcul du taux d'invalidité Il s'agit à présent, pour déterminer la perte de gain, respectivement le taux d'invalidité, de procéder à une comparaison des revenus sur la base de ce qui précède.

E. 10.1

S'agissant d'abord du revenu sans invalidité, l'on constate que l'assurée a perdu son emploi en 2014, notamment – bien que, on l'a vu, non exclusivement – pour des motifs économiques étrangers à l'invalidité (cf. arrêts TF 8C_934/2015 du 9 mai 2016 consid. 2.2; I 1058/06 du

E. 10.2

Pour ce qui concerne le revenu avec invalidité, l'on rappelle que l'assurée demeure en mesure de travailler dans une activité adaptée à un taux de 75%. Si elle a repris l'exercice de son ancienne activité de vendeuse, celle-ci ne correspond pas à ce profil d'exigibilité de sorte que l'on ne saurait reprendre le revenu qu'elle en obtient. Dans ce contexte, il convient de se référer au montant de CHF 51'312.- correspondant au salaire médian du secteur privé selon les chiffres de l'ESS 2020 (TA1-skill-level, 05 - 96 TOTAL, femme, niveau de compétence 1). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes de l'assurée dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt du TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). La référence au niveau de compétence 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que l'assurée ne possède qu'une expérience et une formation dans le domaine de la vente, mais non dans un autre domaine. Dans la mesure où les statistiques font référence à une durée hebdomadaire de 40 heures, ce montant doit être adapté à la durée hebdomadaire de 41,7 heures en 2020 (cf. OFS, durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, 01-96 TOTAL). Cela correspond à un total de CHF 53'493.-. Il ressort de l'évaluation médicale qui précède que l'assurée demeure en

mesure de travailler à un taux de 100%, compte tenu d'un rendement de 75%, dans une activité adaptée. Le revenu avec invalidité doit donc être réduit à CHF 40'120.-. Au vu des circonstances d'espèce, notamment des limitations fonctionnelles déjà prises en compte au moment de déterminer l'activité adaptée, il n'y a pas lieu de pondérer le salaire statistique par un abattement supplémentaire. D'une part, on rappellera que les limitations fonctionnelles ne sont que peu restrictives. D'autre part, le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales lorsque les activités adaptées envisagées ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (cf. arrêt du TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 et les références citées). Partant, le revenu avec invalidité doit être fixé à CHF 40'120.-.

E. 10.3

Le degré d'invalidité découlant de la comparaison des revenus sans invalidité (CHF 58'822.-) et avec invalidité (CHF 40'120.-) est de 31,79%, soit 32%. Un degré d'invalidité inférieur à 40% est insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

E. 10.4

Il convient encore de préciser que ce taux est supérieur à celui de 23% retenu dans la décision querellée, obtenu, on le rappelle, en application de la méthode mixte. Or, l'usage de cette méthode avait été contesté par la recourante parce qu'elle conduisait à pondérer à 60% la capacité de travail à prendre en compte, les limitations constatées, induites en l'espèce par une atteinte à la santé physique, n'entraînant pour leur part qu'un degré d'invalidité d'environ 4% dans la tenue du ménage effectuée à 40%. Ainsi, l'usage de la méthode mixte aurait été moins favorable à la recourante. Quoi qu'il en soit, dans la mesure où la capacité de travail de 75% venant d'être confirmée par la Cour correspond peu ou prou aux empêchements de l'ordre de 23,7% retenus dans la tenue du ménage, l'on peut partir du principe que le taux d'invalidité inférieur retenu par l'OAI aurait été également confirmé si l'usage de la méthode mixte l'avait été. Ainsi, dans tous les cas de figure, le taux d'invalidité finalement obtenu ne donne pas droit à la rente.

11. Synthèse – frais et indemnité de partie Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours du 21 octobre 2022, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 23 septembre 2022 confirmée.

11.1. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Ils sont mis à la charge de la recourante qui succombe mais sont compensés avec son avance de frais.

11.2. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé d'indemnité de partie à cette dernière qui n'est pas représentée. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 23 septembre 2022 est confirmée. II. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Ils sont compensés par l'avance de frais. III. 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 28 août 2023/pte Le Président
Le Greffier

E. 12

septembre 2007, consid. 4.1.2). Dans ce contexte et compte tenu du temps passé depuis ce précédent emploi, il n'est pas aisé de déterminer le revenu sans invalidité avec précision. Dès lors, il convient de déterminer ce premier revenu en se référant aux données statistiques (art. 26 al. 4 RAI), d'une personne ayant la même formation que la recourante et une situation professionnelle correspondante. L'on peut, en l'occurrence, se référer au revenu médian d'une vendeuse selon les chiffres de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2020 (ESS 2020), à savoir un montant annuel de CHF 56'424.- (TA1-skill-level, 01-96 TOTAL, femme, niveau de compétence 2). La référence au niveau de compétence 2 permet de tenir compte du fait que l'assurée possédait une formation ainsi qu'une expérience qu'elle pouvait faire valoir sur le marché du travail dans son ancien domaine d'activité. Ce montant doit être adapté à la durée de travail hebdomadaire en 2020 (cf. OFS, durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, 47 Commerce de détail), à savoir 41,7 heures. L'on aboutit à un montant de CHF 58'822.-. C'est le lieu de relever que ce montant est proche des montants annoncés par l'ancien employeur à la caisse AVS, à savoir CHF 53'528.- en 2013 et 47'125.- en 2014 (dossier OAI, p. 18). Indexés, ces montants correspondent en effet à CHF 57'103.64 et CHF 49'676.80 en 2020 (cf. OFS, T1.2.10 Indice des salaires nominaux femmes, 2011-2021, 45 - 47 Commerce, réparation d'automobiles et motocycles, femmes). Le montant de CHF 58'822.- doit donc être retenu au titre de revenu sans invalidité.

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