

# FR\_GERICHTE 605 2024 145 vom 30. Juni 2025

FR Kantonsgericht, 2025-06-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2024\\_145](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_145)

FR: FR\_GERICHTE 605 2024 145 du 30 juin 2025

IT: FR\_GERICHTE 605 2024 145 del 30 giugno 2025

## 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, compte tenu des fêtes estivales, et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente, par une recourante valablement représentée et directement touchée par la décision querellée. Partant, il est recevable.

### E. 2

Règles relatives à la notion d'invalidité

#### E. 2.1

Selon l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Il découle de cette 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).

#### E. 2.2

Selon l'art. 7 LPGA, cette incapacité de gain peut résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (al. 1). 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 (al. 2). Ainsi, en vertu de l'art. 7 al. 2 LPGA, les facteurs extra-médicaux (p.ex. des facteurs psychosociaux et socioculturels) ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain (ATF 143 V 418 consid. 8.1 et les références; 127 V 294 consid. 5a).

### E. 3

Règles relatives au calcul du taux d'invalidité

#### E. 3.1

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, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]).

### **E. 3.2**

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (arrêt TF 9C\_473/2017 du 27 juin 2018 consid. 7.2.1 et les références). Quant au revenu avec invalidité, il 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 (ci-après: ESS; art. 25 al. 3 et 26bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]).

### **E. 3.3**

Lorsque les tables ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1, à la ligne « total secteur privé »; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale. 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 parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières; cette faculté reconnue par la jurisprudence concerne les cas particuliers dans lesquels, avant l'atteinte à la santé, l'assuré concerné a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et où une activité dans un autre domaine n'entre pratiquement plus en ligne de compte. Il y a en revanche lieu de se référer à la ligne « total secteur privé » lorsque l'assuré ne peut plus raisonnablement exercer son activité habituelle et qu'il est tributaire d'un nouveau domaine d'activité pour lequel l'ensemble du marché du travail est en principe disponible (arrêt TF 8C\_405/2021 du 9 novembre 2021 consid. 5.2.1 et les références).

### **E. 3.4**

L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché du travail équilibré. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques) d'autre part. D'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de niche » (arrêt TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références; Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance- invalidité (CIRAI) de l'OFAS [état au 1er janvier 2022], n. 3406). La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées dans la mesure où entrent en considération,

comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking (arrêt TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12

#### **E. 4**

Dispositions relatives à l'appréciation des preuves

##### **E. 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. 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 (arrêt TF 8C\_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3 et les références).

##### **E. 4.2**

Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin 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).

##### **E. 4.3**

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). Au demeurant, 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; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c). Finalement, 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).

#### **E. 4.4**

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis motivé d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis. Il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12

#### **E. 5**

Objet du litige En l'espèce, est litigieux le droit à la rente de la recourante, plus précisément la capacité de travail et le taux d'invalidité retenus. Pour traiter de cette question, il y a lieu de revenir sur l'évolution de l'état de santé de la recourante.

#### **E. 6**

Situation professionnelle La recourante, née en 1981, a travaillé depuis 1981 auprès de l'EMS B. \_\_\_\_\_, d'abord comme aide-cuisinière, puis comme cuisinière diplômée. Du 21 au 30 septembre 2022, elle a été en incapacité de travail à 100% en raison de douleurs multiples. Elle a ensuite pu reprendre le travail jusqu'en avril 2023. Depuis lors, elle est en incapacité totale de travail. Son contrat de travail a été résilié pour la fin septembre 2024.

#### **E. 7**

Rapports produits avant la demande de prestations auprès de l'OAI

##### **E. 7.1**

Depuis le 6 avril 2023, la recourante a perçu des indemnités de son assureur perte de gain. Dans le cadre de la procédure relative à ces indemnités, plusieurs rapports ont été rendus.

##### **E. 7.2**

Le 14 avril 2023, des radiographies des mains, des chevilles et des pieds ont été effectuées. Il existait un minime pincement des métacarpo-phalangiennes des deux pouces de nature dégénérative. Il n'y avait pas d'argument pour une polyarthrite des mains (doc. 31).

##### **E. 7.3**

Le 31 mai 2023, la Dre C. \_\_\_\_\_, médecin traitante, spécialiste en médecine interne, posait les diagnostics de douleurs d'utilisation de localisation multiple, lésions dégénératives débutantes des mains, ainsi qu'éperons calcaneés non-inflammatoires. La recourante décrivait des arthralgies mécaniques, sans incidence nocturne, apparues progressivement durant l'année précédente, se manifestant aux mains, avant-bras, épaules et région cervicale lors de toutes utilisations, sans manifestation visible, avec une prédominance à droite. Elle souffrait beaucoup de douleurs des pieds et des chevilles lors de la station debout et de la marche, améliorées transitoirement en 2022 par un arrêt de travail et de la physiothérapie. L'ensemble des douleurs rendait l'activité professionnelle difficile. Étant donné le caractère fortement mécanique des douleurs, en étroite relation avec les sollicitations physiques soutenues et conséquentes inhérentes à son travail de cuisinière à plein temps, la recourante souffrait de douleurs d'utilisation, qui se traduisaient

cliniquement essentiellement par des souffrances musculo-tendineuses (doc. 2).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12

#### **E. 7.4**

Le 3 juin 2023, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste en médecine interne générale, relevait que la recourante présentait une polyarthralgie depuis un mois, le matin et le soir. Elle avait des douleurs aux deux bras, épaules et chevilles. Le bilan biologique ne montrait pas de pathologie inflammatoire. Le bilan radiologique montrait des lésions dégénératives (doc. 2).

#### **E. 7.5**

Dans un rapport rendu le 30 juin 2023, le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assureur perte de gain et spécialiste en chirurgie orthopédique, indiquait que la recourante présentait des douleurs multiples de surcharge mécanique (travail), ainsi qu'un état dégénératif modéré généralisé du squelette osseux. Des mesures de réintégration ou de réadaptation étaient indiquées. La recourante pouvait certainement travailler dans son ancienne activité à 50% et, pour les autres 50%, dans une autre activité allégée. Une capacité de travail à 100% était également peut être envisageable dans une activité allégée. Il fallait passer par l'assurance-invalidité pour un reclassement professionnel (doc. 2).

### **E. 8**

Demande de prestations et évolution médicale

#### **E. 8.1**

Le 19 juillet 2023, la recourante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de ses multiples douleurs (doc. 6).

#### **E. 8.2**

Le 16 septembre 2023, la Dre C. \_\_\_\_\_ relevait que la recourante était apte à travailler dans une activité adaptée à ses plaintes, à un taux de 100 % (doc. 23). Le 18 septembre 2023, elle indiquait que la recourante présentait d'importantes douleurs et souffrances musculaires. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible. On pouvait toutefois exiger de la recourante l'exercice d'une autre activité, sans diminution de rendement. La position assise était exigible 8 heures par jour. En revanche, le port de charge supérieur à 5 kg n'était pas exigible, de même que le travail sur une échelle (doc. 13). Le 19 septembre 2023, elle précisait que la recourante décrivait l'apparition progressive de douleurs des pieds/chevilles, des mains et avant-bras, des épaules, de la région cervico-scapulaire et dorsale basse, depuis plus d'une année, de façon soutenue. Il s'agissait de douleurs à caractère mécanique et positionnel, nettement aggravées par les activités professionnelles. Les douleurs survenaient essentiellement à l'utilisation, en position debout et à la marche. Elles étaient sensiblement soulagées par la prise de médicaments anti-inflammatoires, par le repos, et depuis la mise en arrêt de travail, mais restaient invalidantes et importantes. Les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail étaient une arthrose débutante des mains, des douleurs musculaires multiples d'utilisation, avec importantes tendo-myogéloses en cascade. Sur le plan fonctionnel, le pronostic était bon. Les charges relatives à l'activité professionnelle physiquement exigeante de la recourante n'étaient plus supportées sur le long terme (fatigabilité en relation avec la baisse de tolérance à l'effort due à l'âge et à la pénibilité de l'activité). Il fallait une adaptation du poste avec attribution de tâches

uniquement de genre administratif, ce qui ne semblait pas possible chez l'employeur de la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Cette dernière pouvait travailler à plein temps dans une activité tenant compte de l'atteinte à la santé (doc. 14).

### **E. 8.3**

Le 24 octobre 2023, la recourante a été vue en entretien pour évaluation de l'intervention précoce. Elle déclarait présenter moins de douleurs depuis l'incapacité de travail totale en avril 2023, mais présentait tout de même des douleurs persistantes constantes. Elle pensait qu'un travail à 100% n'était pas possible en raison des douleurs (doc. 16).

### **E. 8.4**

Lors d'un entretien téléphonique du 22 novembre 2023 avec l'OAI, la recourante indiquait penser ne plus pouvoir travailler et ne pas avoir d'attente vis-à-vis de la réadaptation (doc. 21).

### **E. 9**

Assessment rhumatologique et évolution jusqu'en avril 2024

#### **E. 9.1**

Sur demande de l'assureur perte de gain, un « assessment » rhumatologique a été réalisé par F. \_\_\_\_\_ SA, centre d'expertises médicales indépendant. Le mandat a été confié au Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique, réhabilitation, maladies rhumatismales et médecine du sport.

#### **E. 9.2**

Il ressort du rapport rendu le 21 septembre 2023 que, depuis 2-3 ans, sans événement déclenchant, des douleurs ubiquitaires intéressant essentiellement le bas du dos, les mains et les pieds s'étaient développées. Des investigations avaient été effectuées à la recherche d'un syndrome inflammatoire lié à une polyarthrite rhumatoïde. Ces investigations s'étaient avérées négatives. En revanche, les investigations radiologiques avaient permis de mettre en évidence une rhizarthrose débutante. Les diagnostics suivants étaient posés: syndrome lombo-vertébral chronique sur dysfonction musculaire et insuffisance de la sangle abdominale avec probables troubles dégénératifs étagés lombo-vertébraux; syndrome acromio-claviculaire bilatéral; début de rhizarthrose bilatérale; probable coxarthrose débutante droite; probable chondropathie fémoro-tibiale interne des deux côtés; obésité avec un BMI à 34.9; fibromyalgie avec un score de Wolfe à 23/31. Sur le plan rhumatologique, pour éviter toute aggravation des troubles dégénératifs lombo-vertébraux et au niveau de la hanche, la recourante était capable d'effectuer un travail adapté en alternant les positions assise et debout, en limitant le port de charges à 5 kg. Elle devait éviter toute activité avec les membres supérieurs en dessus de l'horizontal. Elle devait enfin éviter toute activité qui demandait une sécurité augmentée sur des échelles, des escabeaux et les activités qui demandaient une posture non-ergonomique risquant de surcharger le rachis dans sa totalité. Dans une activité adaptée, la capacité de travail avait toujours été de 100% (doc. 23).

#### **E. 9.3**

Par courriel du 4 avril 2024, l'OAI demandait à la recourante si elle souhaitait un soutien pour l'aider à trouver une activité adaptée. Le 8 avril 2024, celle-ci indiquait que, dans

n'importe quel travail, elle avait trop de douleur aux bras, au dos et aux jambes (doc. 32)

#### **E. 9.4**

Le 17 avril 2024, le Dr D. \_\_\_\_\_ relevait que le pronostic sur la capacité de travail était défavorable. Dans une activité adaptée, la recourante pouvait travailler 4 heures par jour. Ses limitations fonctionnelles étaient le port de charge limité ainsi que le déplacement et la position debout limités (doc. 34).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12

#### **E. 10**

Discussion s'agissant de la capacité de travail

##### **E. 10.1**

Dans la décision querellée, l'OAI a considéré, sur la base de l'assessment rhumatologique mis en œuvre par l'assureur perte de gain, que la recourante était apte à travailler à 100% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Elle a ainsi nié le droit à une rente de l'assurance- invalidité, le degré d'invalidité étant de 34%, soit un degré inférieur aux 40% ouvrant le droit à une rente. Pour sa part, la recourante soutient que la question de savoir quelle activité adaptée pourrait lui être proposée et serait admissible doit être définie par une véritable expertise médicale ordonnée en bonne et due forme. Selon elle, l'assessment rhumatologique ne peut en effet pas être considéré comme une expertise médicale, étant donné que les conditions restrictives de la LPGA pour l'ordonner n'ont pas été respectées. Il s'agit ainsi d'un avis médical singulier.

##### **E. 10.2**

S'agissant de l'assessment rhumatologique, la recourante mentionne à juste titre qu'il ne peut pas être considéré comme une expertise médicale au sens de la LPGA, la procédure prévue par l'art. 44 LPGA n'ayant pas été respectée. Dans ces circonstances, ce rapport revêt la même valeur qu'un rapport d'un médecin traitant ou d'un médecin d'assurance. Cela étant, ce simple constat ne suffit pas pour conclure qu'une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA aurait dû être mise en œuvre par l'OAI. En effet, aussi longtemps que le dossier à disposition de l'assureur ne laisse apparaître aucun doute sur la fiabilité et la pertinence d'une appréciation, l'assureur peut se fonder sur cette dernière sans mettre en œuvre une expertise (ci- avant: consid. 4.4). Au demeurant, il est rappelé que l'élément déterminant s'agissant de la force probante d'un rapport médical n'est pas son origine, mais son contenu (ci-avant: consid. 4.3).

##### **E. 10.3**

Il convient ainsi de déterminer si l'OAI était fondé, en l'état du dossier, à conclure à une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. En l'espèce, pratiquement tous les médecins s'étant prononcés sur l'état de santé de la recourante, soit les Drs C. \_\_\_\_\_, E. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ s'accordent sur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ils expliquent que les douleurs de la recourante sont liées à son activité de cuisinière. Seul le Dr D. \_\_\_\_\_ n'a pas fait état d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Toutefois, il se borne à indiquer que la recourante pouvait travailler uniquement 4 heures par jour, sans toutefois motiver son appréciation.

##### **E. 10.4**

S'agissant des limitations fonctionnelles liées à l'état de santé de la recourante, l'OAI a repris celles fixées par le Dr G. \_\_\_\_\_ dans l'assessment rhumatologique. Ces limitations ont été posées à la suite d'un examen clinique complet. Par ailleurs, elles se recoupent avec les limitations fonctionnelles retenues par la Dre C. \_\_\_\_\_ le 18 septembre 2023 et par le Dr D. \_\_\_\_\_ le 17 avril 2024. Dans ces circonstances, sur la base des avis quasi-unanimes de tous les médecins, l'OAI pouvait, sans mettre en œuvre une expertise médicale, conclure à une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, respectant les limitations posées par le Dr G. \_\_\_\_\_.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 A ce titre, il y a lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences trop élevées à la concrétisation des possibilités de travail. Avec ses limitations fonctionnelles, la recourante dispose ainsi de possibilités de travail suffisamment concrétisées, dans la mesure où entrent en considération des travaux simples de surveillance (ci-avant: consid. 3.4).

## **E. 11**

Discussion s'agissant du taux d'invalidité

### **E. 11.1**

La recourante conteste également la comparaison des revenus effectuée, plus précisément le revenu d'invalidité fixé par l'OAI à CHF 48'480.70. Selon elle, au vu du fait qu'elle est âgée de 60 ans, qu'elle a toujours été engagée auprès du même employeur et qu'elle ne dispose pas de formation pour une autre profession, ce n'est pas la moyenne totale de toutes les professions différentes retenues dans la table TA1 qui devait être retenue, mais uniquement la ligne 96 de cette table, soit « autres services personnels ».

### **E. 11.2**

Comme il a été exposé ci-avant (consid. 3.3), lorsque l'assureur recourt aux tables ESS pour déterminer le revenu d'invalidité, il convient de se fonder généralement sur la ligne « total secteur privé » de la table TA1. Ce n'est que lorsqu'une activité dans un autre domaine n'entre plus en ligne de compte qu'il y a lieu de prendre en considération un secteur particulier. En l'espèce, s'il est vrai que la recourante a exclusivement travaillé comme cuisinière, on ne voit cependant pas qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En effet, comme il a été vu ci-avant, la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, notamment dans un poste de surveillance, pour lequel aucune formation n'est nécessaire. C'est dès lors à juste titre que l'OAI s'est référé, pour le salaire d'invalidité, à la ligne « total » du tableau TA1.

## **E. 12**

Sort du recours, assistance judiciaire et frais de procédure

### **E. 12.1**

Au vu de tout ce qui précède, le recours (605 2025 145) doit être rejeté et la décision du 24 juin 2024 confirmée.

### **E. 12.2**

La recourante a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire totale (605 2024 146) pour la procédure de recours. En l'espèce, il ressort du dossier qu'elle ne travaille pas, de sorte qu'elle ne perçoit aucun revenu depuis que l'assureur a cessé de lui verser des prestations. Elle ne dispose par ailleurs d'aucune fortune. Il peut être admis dans ces

circonstances qu'elle ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la présente procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence (art. 142 al. 1 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]). Par ailleurs, quand bien même le recours s'avère infondé, il ne peut être considéré qu'il était d'emblée dénué de chances de succès (art. 142 al. 2 CPJA). Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale est admise et que Me Patrik Gruber est désigné comme défenseur d'office.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12

### **E. 12.3**

Le 27 mai 2025, le mandataire a produit une liste de frais faisant état de 10 heures et 45 minutes de travail. Au tarif de CHF 180.- / heures applicable à l'assistance judiciaire (art. 12 al. 1bis du tarif des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif JA; RSF 150.12]), cela représente un montant de CHF 1'935.- au titre d'honoraires. Ce nombre d'heures, raisonnable, peut être repris. A cela s'ajoute les débours calculés au prix coûtant, soit CHF 62.60 (CHF 47.- de frais d'envoi et 39 copies à 40 centimes [art. 9 al. 1 et 2 Tarif JA]), ainsi que CHF 161.80 au titre de la TVA à 8.1%. L'indemnité sera ainsi fixée au montant total de CHF 2'159.40 et sera mise à la charge de l'Etat de Fribourg.

### **E. 12.4**

Finalemment, la procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire accordée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours (605 2024 145) est rejeté. Partant, la décision du 24 juin 2024 est confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2025 146) est admise pour la procédure de recours. Partant, Me Patrik Gruber est désigné défenseur d'office de la recourante. III. L'indemnité allouée à Me Patrik Gruber en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 2'159.40, TVA à 8.1% de CHF 161.80 comprise. Elle est mise à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils ne sont toutefois pas prélevés compte tenu de l'assistance judiciaire accordée. 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. Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA). Fribourg, le 30 juin 2025/anm Le Président La Greffière