

# FR\_GERICHTE 605 2024 8 vom 25. Juli 2025

FR Kantonsgericht, 2025-07-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2024\\_8](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_8)

FR: FR\_GERICHTE 605 2024 8 du 25 juillet 2025

IT: FR\_GERICHTE 605 2024 8 del 25 luglio 2025

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 12

janvier 2024 concluant, en substance, à l'octroi d'une rente d'invalidité. A l'appui de son recours, il conteste la valeur probante de l'expertise, renvoyant à ses précédentes objections. Il y retient que les conclusions de l'expert sont insuffisamment motivées. Pour sa part, il s'estime être dans l'impossibilité de travailler, son traitement nécessitant de constantes modifications et sa maladie n'étant pas sous contrôle. Il produit, par ailleurs, un rapport de son généraliste traitant, lequel conteste vivement la capacité de travail résiduelle retenue par l'expert. Il se plaint de ce que l'OAI n'a pas pris en compte l'absence de formation professionnelle ni son âge lors de l'évaluation de son droit aux prestations, mais également dans l'éventuel octroi d'une aide (formation) pour intégrer une activité adaptée. Dans son mémoire de recours, le recourant ajoute que le Dr F. \_\_\_\_\_, dans un rapport complémentaire, précisait que, en cas de poussée inflammatoire, la capacité de travail était modifiée. Or, tel serait le cas selon un rapport de sa rhumatologue traitante, ce qui n'a pas été investigué par l'assurance. Il demande, par ailleurs, qu'un abattement de 25% soit pris en compte sur son revenu avec invalidité, demandant en outre l'application d'un abattement de 10% tiré de l'application d'un nouvel article du règlement sur l'assurance-invalidité. Il se plaint, enfin, de ce que l'OAI n'a pas examiné son droit à d'éventuelles mesures d'ordre professionnel.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 17 Parallèlement à son recours (605 2024 9), il requiert l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite totale et la nomination de sa mandataire en qualité de défenseur d'office. Dans sa réponse du 24 janvier 2024, l'OAI propose le rejet du recours. Dans le cadre d'un second échange d'écriture, les parties campent sur leurs positions. Il sera fait état, lorsque nécessaire, des leurs arguments plus en détail dans le cadre de la partie en droit du présent arrêt. en droit 1. Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes de fin d'année - et dans les formes légales auprès de l'autorité compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint 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. 2. Droit applicable dans le temps Dans le cadre du développement continu de l'AI, notamment 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) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2535). 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 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). En l'occurrence, la demande de prestation a été déposée le 25 juin 2021, de sorte que l'éventuel droit à des prestations d'assurance débute après le 1er janvier 2022. Par conséquent, le nouveau droit est applicable, qui prévoit notamment une nouvelle manière plus linéaire de fixer le taux d'invalidité. 3. Disposition légales applicables en matière de rente 3.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 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. D'après une jurisprudence constante, 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). 3.2. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, 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. Selon les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, 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 (art. 28 al. 2 aLAI). Désormais, en vertu de l'art. 28b al. 1 LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. L'al. 2 dispose que, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Selon l'al. 3, pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, l'al. 4 prévoit les quotités de la rente lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50%. 3.3. Selon l'art. 16 LPGA, 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 4. Dispositions relatives à l'appréciation des preuves

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; 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). 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).

4.2. 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 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).

4.3. 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 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).

4.4. Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

5. Examen de la capacité de travail (résiduelle) Est ici litigieux le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, ce qui implique, dans un premier temps, l'évaluation de sa capacité de travail (résiduelle).

5.1. Dans le cadre de l'instruction du présent dossier, l'OAI a mis sur pied une expertise auprès du Dr F. \_\_\_\_\_, lequel a rendu son rapport le 24 février 2023. Ce rapport a été complété à deux reprises, soit le 20 juillet et le 28 septembre 2023. Dans son rapport du 24 février 2023, l'expert conclut que l'assuré est totalement incapable d'exercer son ancienne activité de préparateur de commandes depuis février 2021 en raison de contraintes physiques incompatibles avec les exigences de ce poste, plus spécifiquement en raison des limitations suivantes : pas de port de charge de plus de 10 kg de façon répétée, éviter de surcharger le rachis dans sa totalité, éviter de monter-descendre des échelles, des échafaudages, éviter la marche sur des terrains accidentés et alterner les différentes positions assis-debout. En revanche, il estime qu'une activité adaptée à ces limitations est possible à 100%, compte tenu d'une perte de rendement de 10%, dès janvier 2022, avec une évolution progressive depuis septembre 2021 (50% à cette date). Dans ses compléments, l'expert précise néanmoins que cette capacité de travail n'existe qu'en dehors d'une poussée inflammatoire. Ces conclusions et ce raisonnement se fondent d'abord sur l'étude du dossier asséurologique dont l'expert résume le contenu au début de son rapport, selon un ordre chronologique. L'expert s'est, en outre, entretenu avec l'assuré le 16 février 2023. A cette occasion, il a pu procéder à un examen clinique complet dont il résume les constats dans son rapport. Pour sa part, à cette occasion, le recourant a pu décrire ses douleurs ainsi que leur incidence sur son quotidien, plaintes que l'expert a également retranscrites dans son rapport. C'est donc en pleine connaissance de la situation médicale mais également personnelle, familiale, professionnelle, économique et sociale que le spécialiste en rhumatologie a rendu son rapport d'expertise.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 Ses conclusions sont, par ailleurs, cohérentes et suffisamment expliquées pour qu'un profane en comprenne les tenants et aboutissants. Ainsi, l'expert constate que l'assuré souffre d'une spondylarthrite ankylosante évoluant depuis 2016, compliquée d'une uvéite récidivante, d'un lupus induit et d'un psoriasis plantaire paradoxal. Le tableau clinique est celui de douleurs mécaniques persistantes au niveau du rachis, sans signe inflammatoire actif à l'examen, mais avec une raideur matinale importante et des douleurs quotidiennes aux changements de position. Le traitement de fond

par Rinvoq a permis une stabilisation de l'état inflammatoire dès janvier 2022, mais les douleurs mécaniques subsistent. L'assuré ne prend toutefois pas d'anti-inflammatoires, d'antalgiques ou de décontractants, ce qui pourrait améliorer son confort. L'expert confirme la cohérence et la plausibilité des plaintes, sans divergence notable avec les rapports antérieurs. Il souligne que les limitations fonctionnelles empêchent toute activité physique pénible ou contraignante pour le rachis, mais qu'une activité légère, avec alternance des positions, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans marche sur terrain irrégulier ou montée d'échelles, est pleinement envisageable. Il observe par ailleurs que l'assuré dispose de ressources personnelles, sociales et administratives, malgré une souffrance psychique marquée liée à son histoire personnelle. Le rapport d'expertise est donc concluant et convaincant, de sorte qu'il doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. 5.2. L'expertise a été mise en place après que le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès du SMR, avait constaté des incohérences au dossier ainsi que l'absence de pièce contributive. Le médecin du SMR a ainsi souligné que l'incapacité de travail totale attestée par le Dr I. \_\_\_\_\_, médecin praticien, semblait surtout se fonder sur les douleurs de la personne, sans être accompagnées par des conclusions médicales objectives. Il a constaté que la Dre J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, n'avait pas encore vu l'assuré lorsqu'elle a rendu son rapport du 26 octobre 2021. Selon lui, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, ne faisait pas état de limitations fonctionnelles. Au final, seule la Dre L. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, retenait des limitations fonctionnelles que le médecin du SMR estimait plausibles et cohérentes. Toutefois, cette rhumatologue ne s'estimait pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail (rapport du 6 juillet 2022, doc. 29). Force est de constater que les griefs du médecin du SMR à l'égard des rapports du Dr I. \_\_\_\_\_ apparaissent fondés et constituent de premiers motifs convaincants de mettre en doute les conclusions de ce dernier. On doit ajouter que le médecin traitant paraît prendre en compte, dans son appréciation, des facteurs extra-médicaux qui n'ont pas à être indemnisés par l'assurance- invalidité. Ainsi dans son rapport du 20 juin 2023, ce médecin demande que soient considérés également les « aspects sociaux, économiques et financiers qui rendent cette proposition [de travail adapté] irréaliste » (doc. 49; cf. ég. docs 9 et 21). On rappelle, à cet égard, que le marché équilibré du travail, auquel se réfèrent les autorités compétentes en matière d'assurance- invalidité, est une notion théorique et abstraite qui implique d'une part un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et d'autre part un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (cf. arrêt TF 9C\_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 et les références). Le marché équilibré du travail pris en considération dans le domaine de l'assurance- invalidité comprend aussi des postes requérant une certaine obligeance de la part de l'employeur (cf. arrêt TF 8C\_231/2024 du 3 décembre 2024 consid. 4.4.2 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 Dans leurs rapports, les médecins de la clinique de rhumatologie de M. \_\_\_\_\_, notamment la Dre J. \_\_\_\_\_, la Dre L. \_\_\_\_\_, le Dr N. \_\_\_\_\_, généraliste, et le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, retiennent que leur patient souffre d'une spondylarthrite ankylosante et uvéites antérieures à répétition de l'œil gauche, d'un psoriasis plantaire, d'un lupus érythémateux, d'une tuberculose latente et d'une ancienne hépatite B. Dans leurs premiers rapports et jusqu'en janvier 2022, ces médecins faisaient état d'une situation plutôt rassurante, avec un état globalement sous contrôle et des troubles en rémission. Ils

estimaient alors que leur patient ne pouvait plus travailler dans une activité impliquant un port de charges lourdes, des mouvements répétitifs du dos et du tronc, une posture statique assise ou debout prolongée ainsi qu'une longue marche. Ils ne s'estimaient en revanche alors pas en mesure d'évaluer la capacité de travail de leur patient (cf. doc. 24 et 34; cf. ég. docs 15). En cela, ces médecins vont donc plutôt dans le sens de l'expert en rhumatologie. 5.3. Cela étant, la Dre L. \_\_\_\_\_ a rendu de nouveaux rapports médicaux les 20 octobre 2022,

#### **E. 15**

octobre 2015 consid. 3.2.2 et les références citées). Dès le 1er janvier 2024, un abattement forfaitaire de 10% est systématiquement opéré sur le revenu statistique d'invalidé (art. 26bis al. 3 RAI). 7. Evaluation du degré d'invalidité 7.1. S'agissant d'abord du revenu sans invalidité, l'OAI a considéré que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait pu poursuivre son activité en tant que préparateur de commandes à 100%. Cependant, pour déterminer le revenu avant l'atteinte à la santé, comme l'assuré n'était plus sous contrat de travail lors du dépôt de la demande du 29 juin 2021, l'office s'est référé au revenu moyen selon les chiffres de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2020 (ESS 2020; TA1\_tirage\_skill\_level total des salaires niveau suisse, homme). Cela correspond à un revenu mensuel de CHF 4'593.-. Ce montant étant calculé sur la base d'une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle est de 42.1 heures, l'OAI l'a augmenté à CHF 4'834.15, soit CHF 58'009.80 par année (CHF 4'834.15 x 12). Puis il l'a adapté à l'évolution des salaires de -0.2%, pour arriver à un montant de CHF 57'893.80. Il est vrai que, lorsque la perte d'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé par des valeurs moyennes. Cependant, en l'espèce, le montant de CHF 4'593.- auquel se réfère l'OAI ne correspond à la valeur moyenne des salaires (TA1\_skill\_level, total des salaires niveau suisse, homme) mais aux seules activités de services administratifs (branches 77, 79-82, niveau de compétence). Cela étant, l'activité de préparateur de commande, s'inscrit principalement dans le domaine de la logistique industrielle et du transport, et concerne l'organisation, la préparation, le conditionnement et l'expédition des commandes de produits ou de marchandises. La NOGA08 classe l'activité de préparateur de commandes dans les secteurs liés à la logistique et au stockage, notamment sous la section H (Transports et entreposage), division 52 (Entreposage et services auxiliaires des transports). Dans ce contexte, il convient plutôt de se référer aux branches 49-52 de l'ESS 2020. Partant, le revenu d'un préparateur de commande correspond à un montant de CHF 4'901.- par mois (ESS 2020, TA1\_tirage\_skill\_level, 49-52 Transp. terrestres, par eau, aériens; entreposage, niveau de compétence 1, homme). Cela correspond à CHF 58'812.- par année. Compte tenu de la durée de travail hebdomadaire en 2021 (cf. OFS, durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, 52 Entreposage et services auxiliaires des transports), à savoir 42.2 heures, ce montant doit être augmenté à CHF 62'046.66. Il convient ensuite de tenir compte de l'évolution des salaires (tableau T1.1.10 Indice des salaires nominaux hommes 2011-2021, 49 - 53 Transports et entreposage, Poste et courrier), cela correspond à une augmentation de 0.1%. L'on aboutit à un revenu de CHF 62'046.66 pour l'année 2021. Ce montant doit être retenu au titre de revenu sans invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 7.2. S'agissant ensuite du revenu avec invalidité, l'OAI s'est également référé au revenu moyen selon les chiffres de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2020 (TA1\_tirage\_skill\_level total des salaires niveau suisse, homme), qu'il a augmenté de la durée usuelle du travail et de l'évolution des salaires. A lire le rapport

d'expertise, il apparaît que l'assuré demeure en mesure de travailler dans une activité adaptée, à temps plein. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, c'est à juste titre que l'OAI s'est référé au montant de CHF 63'132.00 correspondant au salaire médian du secteur privé selon les chiffres de l'ESS 2020 (TA1-skill-level, 05 - 96 TOTAL, homme, niveau de compétence 1). Ce montant doit être adapté à la durée usuelle du travail de 41.7 heures ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (-0.7 en 2021) pour aboutir à un montant de CHF 65'815.11. Compte tenu de la perte de rendement de 10% relevée par l'expert, le revenu avec invalidité doit donc être réduit à CHF 59'233.60. A l'appui de son recours, l'assuré demande la prise en compte d'une réduction de ce montant de 25% au titre de désavantage salarial. Il se prévaut, d'abord, de ses limitations fonctionnelles. Toutefois, celle-ci (éviter de porter des charges de plus de 10 kg de façon répétée, éviter de surcharger le rachis dans sa totalité, éviter de monter-descendre des échelles, des échafaudages, éviter la marche sur des terrains accidentés, alterner les différentes positions assis-debout) ne sont que peu restrictives au regard de la jurisprudence, laquelle est relativement stricte à cet égard. Selon la Haute Cour, le salaire statistique du niveau de compétence 1 comprend déjà un grand nombre d'activités compatibles avec de telles limitations de sorte qu'on ne saurait en déduire un préjudice financier (cf. arrêt précité). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut donc admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes de l'assuré dans un marché du travail équilibré (cf. arrêts du TF 8C\_734/2023 du 25 juillet 2024 consid. 5; 8C\_410/2023 du 5 décembre 2023 consid. 5.4; 8C\_623/2022 du 12 janvier 2023 consid. 5.2.2; 8C\_350/2022 du 9 novembre 2022 consid. 6.2.3 ; 9C\_447/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.3.2; I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). Dans ce contexte, si ce critère pouvait justifier la prise en compte d'un désavantage salarial pour l'assuré, son pourcentage ne saurait être élevé. Le recourant demande encore la prise en compte d'un désavantage salarial en raison de son âge et de son absence de formation. Le Tribunal fédéral a rappelé que l'âge d'un assuré ne constituait pas en soi un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffisait pas de constater qu'un assuré avait dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Il a en outre insisté sur le point que l'effet de l'âge combiné avec un handicap devait faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels, tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du TF 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5). En l'espèce, bien que l'assuré ait dépassé la cinquantaine, cet élément joue un rôle relativement limité puisqu'il était âgé de 52 ans à la date déterminante. Malgré son handicap, il demeure impliqué dans des activités bénévoles, ce qui montre une certaine adaptabilité. En revanche, principalement en raison de son parcours migratoire, il n'a jamais exercé d'activité professionnelle sur le marché libre — à l'exception d'un emploi d'un mois auprès de son ancien employeur — et ne dispose d'aucune formation qualifiante. Dans ce contexte, le cumul de l'âge, de l'absence d'expérience professionnelle et de l'absence de formation peut justifier la prise en compte d'un abattement sur le revenu d'invalidité, lequel demeurera cependant bas au vu de la situation précédemment décrite.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 Enfin, lorsque le revenu d'un assuré valide et celui d'un assuré invalide sont déterminés à l'aide de valeurs statistiques tirées des tables de l'ESS, comme c'est le cas ici, une déduction du salaire figurant dans les tableaux au titre du permis de séjour est en principe exclue. Selon le Tribunal fédéral, les revenus de l'ESS prennent en

effet déjà en compte les revenus potentiellement plus faibles des étrangers de sorte que toute déduction supplémentaire du salaire est en principe exclue (arrêt du TF 8C\_253/2024 du 31 janvier 2025 consid. 5.2). Au vu des circonstances d'espèce, on doit retenir que l'assuré est vraisemblablement désavantagé sur le marché du travail en raison de ses limitations fonctionnelles, ce qui justifie la prise en compte d'un abattement supplémentaire. Cependant, cet abattement ne saurait dépasser 10%, portant le revenu avec invalidité à CHF 53'310.24. A ce stade, il est pris note du souhait de l'assuré de bénéficier des 10% d'abattement forfaitaire prévus par l'art. 26bis al. 3 RAI. Cependant, cette disposition étant entrée en vigueur le 1er janvier 2024, elle ne trouvera application que postérieurement à l'état de fait étudié dans le présent arrêt. 7.3. Compte tenu du revenu sans invalidité de CHF 62'046.66 et avec invalidité de CHF 53'310.24, la perte de gain se monte à CHF 8'736.42. Cela correspond à un degré d'invalidité de 14.08%. Ce degré d'invalidité étant inférieur à 40%, il ne saurait donner droit à une rente. 8. Droit aux mesures professionnelles Le recourant déplore encore que son droit à un reclassement ou à une réadaptation n'ait pas été examiné. D'emblée, le degré d'invalidité pour la période jusqu'au 31 décembre 2022 étant bien inférieur à 20% (ATF 139 V 399 consid. 5.3; 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées), on peut en principe exclure le droit à un reclassement (art. 17 LAI), étant relevé que dans la situation du recourant la question d'une formation professionnelle initiale pour les assurés qui n'ont pas encore eu d'activité lucrative (art. 16 LAI) n'entre manifestement pas en compte. 8.1. Selon l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPG) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b) La notion d'incapacité de travail présente à l'art. 18 LAI renvoie à celle de l'art. 6 LPG de sorte que seul un assuré présentant une incapacité de travail, totale ou partielle, dans toute activité peut se voir reconnaître le droit à cette mesure (arrêt du TF 9C\_236/2012 du 15 février 2013 consid. 3.7). Celle-ci se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel (arrêt du TF 9C\_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4). Depuis le 1er janvier 2012, la notion de placement comprend également le placement à l'essai, régie par l'art. 18a LAI. Aux termes de cette disposition, l'assurance peut accorder à l'assuré un placement à l'essai de 180 jours au plus afin de vérifier qu'il possède les capacités nécessaires pour intégrer

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 le marché de l'emploi (al. 1). Durant le placement à l'essai, l'assuré a droit à une indemnité journalière; les bénéficiaires de rente continuent de toucher leur rente (al. 2). L'invalidité ouvrant droit au service de placement suppose que les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié par ses propres moyens soient dues à son état de santé (VSI 2000 p. 71 consid. 2b); en d'autres termes, il faut qu'il y ait un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et la nécessité d'une aide au placement. En revanche, il n'y a pas d'invalidité au sens de cette disposition (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail (p. ex. pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité dans ce contexte, tels que le fait de ne pas

savoir parler une des langues nationales, ne sont pas prises en considération lors de l'examen du droit en question (arrêt du TF I 595/02 du 13 février 2003 et les références).

8.2. En l'espèce, le recourant présente une incapacité de travail totale de longue durée en raison des atteintes à sa santé dans son activité antérieure. En revanche, il dispose, à tout le moins jusqu'à la fin de l'année 2022, d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, qui peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Au regard de l'art. 6 seconde phrase LPGA, le recourant n'a donc pas d'incapacité de travail. Il s'ensuit que le droit à une aide au placement selon l'art. 18 al. 1 LAI n'entre en principe pas en considération. Au demeurant, comme le relève l'OAI dans la décision litigieuse, le type d'activité adaptée exigible médicalement ne requiert aucune formation professionnelle particulière et l'assuré par ses activités de bénévoles semble avoir toutes les ressources nécessaires pour se repositionner sur le marché du travail. Le recours est donc mal fondé sur ce point.

9. Sort du litige Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, le recours (605 2024 8) doit être partiellement admis, la décision du 21 novembre 2023 annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire du droit aux prestations à partir de janvier 2023. Elle est confirmée pour le surplus.

10. Assistance judiciaire – frais et indemnité Enfin, le recourant demande requiert l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite totale et la nomination de sa mandataire, Me Mbia, avocate auprès de Caritas Suisse, en qualité de défenseur d'office.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 10.1. Selon l'art. 61 let. f, 2ème phrase, LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). L'octroi de l'assistance judiciaire peut être subordonné au paiement d'une contribution mensuelle aux prestations de la collectivité publique (al. 3). L'assistance judiciaire ne dispense pas du versement de l'indemnité de partie visée aux articles 137 et suivants (al. 4). Dans la mesure où l'assistance judiciaire est une avance faite par la collectivité publique sur les frais de justice, la collectivité publique peut exiger le remboursement de ses prestations dans les dix ans dès la clôture de la procédure en cas de retour à meilleure fortune ou s'il est démontré que l'état d'indigence n'existait pas (art. 145b CPJA).

10.2. S'agissant des chances de succès du recours déposé, l'admission partielle de celui-ci confirme qu'il ne paraissait pas d'emblée dénué de chances de succès. S'agissant de la seconde condition de l'indigence, le recourant relève de l'aide sociale auprès de Caritas Suisse, de sorte qu'il ne dispose pas de moyens pour assurer sa défense. Il convient ainsi de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre de la procédure de recours et de le dispenser du paiement des frais de justice. Ayant obtenu partiellement gain de cause, le recourant aura droit à des dépens réduits, de sorte que sa mandataire, inscrite au barreau, peut être désignée défenseuse d'office.

10.3. Compte tenu de l'admission partielle du recours, les frais de

procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis par moitié à charge de l'assurance-invalidité et par moitié à charge du recourant. Les frais de procédure mis à la charge du recourant par CHF 400.- ne sont pas prélevés, ce dernier étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. 10.4. Compte tenu de l'admission partielle du recours, le recourant a droit à une indemnité de partie. A l'appui de sa réplique spontanée, Me Mbia a produit une note de frais de CHF 2'648.50, à savoir CHF 2'400.- au titre d'honoraires (12 heures à CHF 200.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 198.45 au titre de la TVA (8.1%). Cependant, il convient de corriger le tarif horaire de cette indemnité en fonction du tarif horaire de CHF 130.- applicable aux avocats auprès d'organisations d'utilité publique (cf. arrêt TF 9C\_688/2009 du 19 novembre 2009 consid. 5.1 et 5.2). Partant, le montant de l'indemnité doit être fixé à Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 CHF 1740.40, à savoir CHF 1560.- au titre d'honoraires (12 heures à CHF 130.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 130.40 au titre de la TVA (8.1%). Au vu de l'admission partielle du recours, ce montant est réduit de moitié, pour atteindre CHF 870.20-, dont CHF 65.20 au titre de la TVA (8.1%). 10.5. Pour le surplus, l'indemnité partielle du défenseur d'office est fixée à CHF 870.20-, dont CHF 65.20 au titre de la TVA (8.1%). Elle est intégralement prise en charge par l'Etat de Fribourg. la Cour arrête : I. Le recours (605 2024 8) est partiellement admis. Partant, pour ce qui concerne le droit aux prestations d'assurance à partir de janvier 2023, la décision du 21 novembre 2023 est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. Pour le surplus, la décision du 21 novembre 2023 est confirmée dans le sens que la demande de prestation d'assurance est rejetée jusqu'au 31 décembre 2022. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis par moitié à charge de l'OAI (CHF 400.-) et par moitié à charge du recourant (CHF 400.-). III. L'indemnité de partie partielle allouée au recourant est fixée à CHF 870.20-, dont CHF 65.20 au titre de la TVA (8.1%). Elle est mise à la charge de l'autorité intimée. IV. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2024 9) est admise et Me Mbia, avocate, est désignée défenseure d'office. V. Les frais de justice mis à la charge du recourant par CHF 400.- ne sont pas prélevés compte tenu de l'assistance judiciaire gratuite totale. VI. L'indemnité partielle allouée à Me Mbia, en sa qualité de défenseure d'office est fixée à CHF 870.20-, dont CHF 65.20 au titre de la TVA (8.1%). Elle est intégralement prise en charge par l'Etat de Fribourg. VII. 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.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 Fribourg, le 25 juillet 2025/pte Le Président Le Greffier

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