

FR_GERICHTE 608 2023 147 vom 6. Januar 2025

FR Kantonsgericht, 2025-01-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2023_147

FR: FR_GERICHTE 608 2023 147 du 6 janvier 2025

IT: FR_GERICHTE 608 2023 147 del 6 gennaio 2025

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

E. 2

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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 22 S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b al. 1) énoncent que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s et 2002 ss), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi

applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). En l'espèce, la demande de rente date du 5 février 2012 et une rente limitée dans le temps a été attribuée à la recourante jusqu'au 31 mars 2019. Par conséquent, le droit applicable est celui en vigueur avant le 1er janvier 2022 dès lors que le droit aux prestations d'assurance est né avant cette date. Ce droit est applicable, à condition que le taux d'invalidité ne subisse pas de modification au sens de l'art. 17 LPGa à une date postérieure au 1er janvier 2022.

E. 3

Sur le plan formel, la recourante évoque une violation du droit d'être entendue. Elle est d'avis que, sous différents angles, le dossier et la décision de l'OAI sont insuffisamment motivés et ne lui ont pas permis de comprendre les raisons qui ont conduit dite autorité à lui reconnaître, respectivement à lui nier, des prestations d'assurance.

E. 3.1

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1).

E. 3.2

En l'occurrence, il est patent que l'Office a suffisamment motivé sa décision pour permettre à la recourante d'en comprendre les raisons. Au stade des objections contre le projet de décision, l'Office a par ailleurs apporté des explications complémentaires, répondant directement aux griefs de la recourante. Grâce à cette motivation, celle-ci a été en mesure d'attaquer la décision litigieuse en pleine connaissance de cause et il ressort de son mémoire de recours qu'elle a parfaitement saisi les arguments de l'administration.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 22 Au demeurant, la Cour de céans doit souligner qu'on ne saurait tirer du droit d'être entendu un droit à une réponse exhaustive et extrêmement détaillée des griefs invoqués comme semble l'exiger la recourante. En effet, une telle exigence est de facto inconciliable avec les impératifs d'une administration de masse.

E. 3.3

La recourante ne peut pas être suivie sur ce point purement formel.

E. 4

Sur le plan matériel, est, dans un premier temps, litigieux le choix de la méthode applicable pour la période du 1er août 2012 au 30 novembre 2014.

E. 4.1

Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte –, dont

l'application dépend 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 non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 144 I 28 consid. 2.3; 141 V 15 consid. 3.1 et les références). 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. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (ATF 130 V 393 consid. 3.3; arrêt TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 et la référence). 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). Le juge doit ainsi se baser 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

E. 4.2

Pour justifier l'application de la méthode mixte selon un partage de 60% d'activité lucrative et de 40% d'activité ménagère, l'OAI se réfère aux premières déclarations de la recourante. Lors d'un entretien du 2 mars 2012, la recourante a en effet indiqué que, en bonne santé, elle aurait continué à travailler en qualité d'infirmière à 60% "pour subvenir aux besoins de la famille et par choix" (dossier OAI, p. 46). Elle a réitéré cette indication dans un questionnaire du 11 avril 2012 (dossier OAI, p. 58). En droit des assurances sociales s'applique de manière générale la règle dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure", selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être 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; arrêt TF 8C_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1). Cependant, cette présomption en matière d'appréciation des preuves peut être renversée.

E. 4.3

Or, à l'appui de son recours, la recourante affirme que, sans atteinte à sa santé, elle aurait travaillé en oncologie et soins palliatifs pour une équipe mobile à temps complet et quitté les soins à domicile. Elle précise qu'une nouvelle opportunité professionnelle s'offrait à elle,

laquelle lui aurait permis de travailler à 100% car elle était très modulable, indiquant que son époux aurait pu assumer un peu du travail domestique. C'est le lieu de constater que la recourante a effectivement indiqué dans un courrier du 25 juin 2013 qu'elle avait à l'époque intégré le projet S. _____, dans le groupe de travail lié aux soins palliatifs pour le canton de Fribourg, à un tout petit pourcentage. Elle précisait que, si les résultats de ce groupe de travail avaient été positifs, le but du projet était de concrétiser une véritable équipe à temps complet. Elle ajoutait qu'elle avait envisagé de travailler uniquement pour l'équipe mobile à temps complet et d'arrêter de travailler pour les soins à domicile si le projet aboutissait (dossier OAI, p. 171). Lors d'un entretien téléphonique du 24 octobre 2013, la recourante a réitéré ces indications (dossier OAI, p. 192). Ces allégations sont confirmées par les pièces que la recourante a produites à l'appui de ses objections au projet de décision. Sa participation au projet pilote S. _____ à 5% figure ainsi dans le résumé de présentation du 7 avril 2011 produit par la recourante (dossier OAI, p. 1274). La ligue fribourgeoise contre le cancer souligne par ailleurs que le projet a été un succès et s'est pérennisé (dossier OAI, p. 127). Dans ce contexte, les allégations de la recourante selon lesquelles elle avait la volonté de travailler à 100% au sein de cette équipe ont été rendues vraisemblables, d'autant que ses enfants (nés en 2001 et 2003) avaient déjà un certain âge et n'avaient plus besoin des mêmes soins que lorsqu'ils étaient petits.

E. 4.4

Certes, il est difficile de déterminer a posteriori si la recourante aurait été en mesure, effectivement, de travailler au sein de cette structure durant la période déterminante, qui plus est à un taux de 100%.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 22 Toutefois, la ligue fribourgeoise contre le cancer souligne que le projet S. _____ s'est pérennisé en devenant T. _____ pour laquelle travaille une équipe d'infirmiers/-ières dès janvier 2013 (dossier OAI, p. 1274). En outre, il ressort d'un rapport du Conseil d'Etat fribourgeois du 20 avril 2016 que la stratégie en matière de soins palliatifs s'est considérablement développée entre 2010 et 2016, de même que la structure S. _____ qui est passée à 5.78 EPT à la fin de cette période (« Le canton de Fribourg se dote d'une stratégie de soins palliatifs » ; document disponible à l'adresse suivante : <https://www.fr.ch/dsas/actualites/le-canton-de-fribourg-se-dote-dune-strategie-de-soins-palliatifs>, consulté la dernière fois le 4 novembre 2024). Dans ce contexte, on peut considérer comme vraisemblable que la recourante, investie depuis plusieurs années dans cette structure, aurait fait partie des premières collaboratrices engagées par T. _____ en janvier 2013 et aurait pu augmenter son taux d'occupation selon ses souhaits.

E. 4.5

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, la recourante aurait, selon toute vraisemblance, travaillé à temps plein à partir de janvier 2013. En revanche, pour la période antérieure depuis juin 2012, le projet S. _____ n'était alors pas pérenne de sorte qu'il est peu probable que la recourante aurait pu travailler selon ses souhaits. Les preuves produites ne font, au demeurant, pas état d'un engagement possible avant janvier 2013. Dans ces circonstances, il y a lieu de se fonder sur les propres déclarations de la recourante et de retenir un partage de 60% d'activité lucrative et de 40% d'activité ménagère. Pour cette période, on peut donc confirmer les conclusions de l'OAI. 5. Est ensuite contestée l'appréciation des preuves faite par l'Office quant à l'incidence des troubles présentés par la recourante sur sa capacité de travail. 5.1. Aux termes de l'art. 8

LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 5.2. 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). 5.3. Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164). Selon cette disposition, si le taux d'invalidité

Tribunal cantonal TC Page 8 de 22 du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3). A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3). 5.4. Pour pouvoir décider, 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 matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 9 de 22 fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées, mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 6. 6.1. En l'occurrence, la décision attaquée se fonde sur les conclusions de la Dre Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du Dr R. _____, spécialiste en orthopédie. Ces deux experts au sein de U. _____ ont rendu leur rapport le 7 juin 2021, lequel a été complété le 17 mai 2022 pour la première citée et le 21 juillet 2022 pour le second. Dans son rapport, la Dre Q. _____ estime que la recourante ne présente pas de maladie psychiatrique ayant un impact sur la capacité de travail. Elle relève que la recourante n'est pas suivie par un spécialiste, se faisant prescrire la médication par son généraliste. Elle souligne l'absence de symptôme ou de signe clinique en rapport avec une maladie psychiatrique incapacitante et remarque que la recourante dispose de nombreuses ressources tant internes qu'externes. L'experte note par ailleurs que la recourante a bénéficié de mesures de réadaptation financées par l'AI mais qu'elle est très fâchée de ne pas avoir eu la formation qu'elle souhaitait. Elle se réfère par ailleurs à un examen neuropsychologique réalisé en externe auprès de la psychologue V. _____, le 8 avril 2021, laquelle estime que les performances réalisées ne reflètent pas les capacités réelles de la recourante. Pour sa part, dans son rapport, le Dr R. _____ estime qu'on se retrouve dans une situation de séquelle de tendinite suite à une rupture tendineuse du tendon d'Achille chronique post-chirurgicale. Se fondant sur son examen, il relève un tendon épaissi, sans signe de rupture, sans signe inflammatoire local et sans bursite. Il constate en outre un syndrome de dysbalance musculaire essentiellement lombaire sans syndrome radiculaire ou syndrome irritatif. Il remarque que la recourante est en mesure de se déplacer et de s'habiller de manière autonome, n'évoquant qu'une légère boiterie du pied gauche. Il souligne des plaintes qui ne concordent pas avec l'examen rhumatologique. Il en conclut que son examen ne permet pas de retenir une pathologie incapacitante au sens

médico-théorique et médico-asséculoologique. Selon lui, la recourante est en mesure de travailler à temps plein, sans limitation de rendement, dans une activité adaptée telle que celle habituelle de conseillère en insertion. Dans leurs conclusions consensuelles, les experts retiennent donc une pleine capacité de travail depuis janvier 2015, soit six mois après une chirurgie du tendon d'Achille, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques. Il s'agit d'éviter les stations debout prolongées,

Tribunal cantonal TC Page 10 de 22 la marche sur des terrains accidentés, les montées et les pentes, les montées sur les échelles et les échafaudages. Comme on l'a vu, ces conclusions sont motivées. Elles se fondent tant sur l'examen du dossier asséculoologique que sur des entretiens avec la recourante. A ces occasions, cette dernière a été en mesure de détailler ses plaintes, notamment en rapportant ses douleurs au talon, leur évolution et l'échec de leur traitement. Elle a également pu décrire l'impact de ces atteintes dans son quotidien, tant dans l'exercice de son travail de conseillère en insertion, exercé actuellement à 40%, que dans son travail ménager qu'elle réalise avec l'aide de sa famille. Pour leur part, les experts ont pu procéder à un examen complet de la recourante. Il ressort de ce qui précède que les conclusions des experts de U._____, bien argumentées et vierges de contradictions, remplissent les requis jurisprudentiels pour leur reconnaître une pleine valeur probante sur le plan formel. 6.2. Reste à examiner si, d'un point de vue matériel, ces conclusions sont mises en doute par d'autres pièces au dossier. Il convient d'abord de les examiner sur le plan somatique. D'emblée, on constate que, dans son rapport d'expertise du 12 août 2014, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, était d'avis que la situation du tendon d'Achille était stabilisée, n'observant l'indication d'aucune mesure médicale. Il faisait, en revanche, état de son impression que le tableau clinique était presque exclusivement constitué de douleurs et que, cliniquement, les trouvailles pathologiques objectives étaient limitées. Il estimait que la recourante était en mesure de travailler à plein temps et sans perte de rendement dans une activité adaptée consentant une alternance de position assise/debout, avec prépondérance de la position assise, qui évite de longs déplacements, notamment dans les escaliers et sur terrain accidenté, sans positions contraignantes, notamment accroupie et ne nécessitant pas d'efforts ou transport de charge dépassant 6-8 kg, exceptionnellement 10-12 kg. Bien que retenant des limitations fonctionnelles différentes de celles évoquées par le Dr R._____, le Dr E._____ confirmait dès lors que la recourante était en mesure de travailler à plein temps et sans perte de rendement dans son activité de conseillère en insertion. A l'instar des experts mandatés par l'assurance-invalidité, la Dre W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, souligne que l'imagerie médicale ne montre pas de lésion structurelle pouvant expliquer les douleurs importantes de sa patiente. Selon elle, ces douleurs ont un aspect subjectif qui n'est pas mesurable. A son avis, une fonction du tendon d'Achille diminuée comme normale après une lésion, n'empêche pas un travail assis (rapport du 30 août 2021, dossier OAI, p. 1721). Le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, évoquait également l'absence d'étiologie claire aux douleurs présentées par sa patiente. Il estimait que celle-ci devrait être en mesure de reprendre une activité professionnelle à 100% à partir d'août 2019 (rapports du 19 juillet 2019 et du 9 mars 2020, dossier OAI, p. 1126 et 1271; cf. ég. p. 1200). Le Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retenait une capacité de travail réduite de 50%, tant dans une activité nécessitant une longue station debout ou assise que dans une activité permettant l'alternance des positions (rapport du 10 avril 2019, dossier OAI, p. 934 ; cf. ég. p. 20s, 74,

86s, 92, 107ss, 132, 141, 159, 194, 822, 1042 et 1096s). Toutefois, il ressort des indications de ce médecin que l'incapacité de travail est en lien avec la persistance des douleurs, à savoir un ressenti subjectif, et non avec des constatations objectives

Tribunal cantonal TC Page 11 de 22 (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Or, en l'espèce, non seulement les experts de U._____ et le Dr E._____ qu'également la Dre W._____ et le Dr X._____ soulignent l'aspect – à tout le moins partiellement – subjectif des douleurs présentés par la recourante. Au demeurant, la jurisprudence retient la relation de confiance qui s'établit immanquablement entre le médecin traitant et son patient. Dans ce contexte, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Au stade du recours, la recourante a produit une expertise du 28 août 2023 des Drs Z._____ et AA._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre AA._____. Dans leur rapport, ces deux médecins retiennent le diagnostic de « lésions cicatricielles kystiques douloureuses intratendineuses du tendon d'Achille gauche ». Ils évoquent la possibilité qu'une nouvelle chirurgie puisse avoir un bon effet à la fois sur les douleurs intratendineuses et sur la baisse de force. Selon eux, la recourante est en mesure de travailler à plein temps, compte tenu d'une perte de rendement de 30%, dans une activité adaptée. Celle-ci doit consister en un travail sans mobilisation fréquente, sans position statique prolongée assise ou debout, sans port de charges, sans accroupissement et sans contrainte sur le membre inférieur touché. En l'absence du mandat d'expertise adressé aux experts, il n'est pas possible de déterminer si ce rapport a été mandaté par l'assureur-accidents ou s'il s'agit d'une expertise privée. Cela étant, sur plusieurs points, les experts du Centre AA._____ proposent un avis différent des Drs R._____ et E._____, notamment sur la question de la capacité de rendement. Toutefois, le rapport d'expertise du Centre AA._____ ne cite pas les documents sur lesquels il se fonde et il ne peut pas être exclu que les experts n'aient pas eu accès au dossier complet pour leurs conclusions. A lire les experts du Centre AA._____, il est même possible que ceux-ci se soient essentiellement fondés sur l'entretien avec la recourante – dont est tiré l'anamnèse – et son examen clinique. L'absence de discussion d'avis médicaux divergents confirme ce qui précède. Or, à cette absence possible de sources tierces s'ajoute le fait que les deux experts ne motivent que très sommairement leur position, semblant plus exprimer des hypothèses que des conclusions claires. Par exemple, s'agissant de la question de la capacité de travail, les médecins indiquent que « le rendement ne semble pas pouvoir être [de] 100%, de notre côté nous proposerions une baisse de rendement de 30%, donc une activité de travail à 70%, si elle est adaptée ». De même, alors qu'ils font des constats cliniques proches de ceux figurant dans les rapports des Drs R._____ et E._____, ils aboutissent à des conclusions différentes en termes de rendement sans qu'on ne soit en mesure d'en comprendre les raisons. En présence de sources indéterminées, d'un rapport insuffisamment motivé et de l'usage du conditionnel, les conclusions des experts du Centre AA._____ ne peuvent qu'être qualifiées d'hypothèses, lesquelles ne parviennent pas à jeter un doute sur les conclusions concordantes des Drs R._____ et E._____. Cela d'autant plus que l'aspect subjectif des douleurs est non seulement souligné par ces deux derniers, mais également par les Drs X._____ et W._____. Enfin, il est à noter que les Drs AB._____ et AC._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, évoquent la possibilité que leur patiente présente des adhérences au niveau du nerf sural (rapport du 13 août 2020, dossier OAI, p. 1493). Pour sa part, le Dr

AD. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pense à une possible étiologie neuropathique des douleurs et estime que, dans cette

Tribunal cantonal TC Page 12 de 22 hypothèse, une décompression du nerf pourrait la soulager. Dans le cas contraire, il doute avoir un traitement à proposer à sa patiente (rapport du 8 octobre 2020, dossier OAI, p. 1495). Ces deux hypothèses ont cependant été écartées par une IRM et une ENMG réalisées au courant de l'année 2021 (rapport du 30 août 2021, dossier OAI, p. 1721). Ces différents médecins ne se prononcent pas expressément sur les limitations fonctionnelles en lien avec les troubles présentés par leur patiente. En revanche, leurs conclusions confirment la stabilisation de l'état de santé – au sens de la loi sur l'assurance-accidents – et mettent d'autant plus à mal les conclusions contraires des médecins du Centre AA. _____. 6.3. Sur le plan psychique, la recourante se prévaut des conclusions de sa généraliste traitante, la Dre AE. _____, spécialiste en médecine interne générale. Dans un rapport du 29 juin 2021, la généraliste estime que sa patiente souffre d'un état dépressif léger, trouble pour lequel elle a mis en place un traitement par Escitalopram. Elle est d'avis que cet état dépressif est la raison pour laquelle la recourante a présenté des résultats inférieurs à la norme dans les tests neuropsychologiques. Elle estime que ce trouble occasionne un manque de concentration et une fatigue, ce qui a une influence sur la capacité de travail, ne se considérant toutefois pas en mesure de donner plus de précisions quant à la quotité de cet impact (dossier OAI, p. 1497). Cependant, cet avis rendu par une spécialiste en médecine interne générale ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expert-psychiatre, rendues par un spécialiste en la matière au terme d'un examen complet et exhaustif. Au demeurant, de l'aveu même de la médecin traitante, elle se fonde essentiellement sur les dires de sa patiente. Or, comme déjà précisé ci-avant (consid. 6.2), 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. 6.4. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que, tant sur le plan somatique que psychique, les conclusions du Dr R. _____ et de la Dre Q. _____ ne sont pas mises en doute par les autres pièces du dossier et peuvent être confirmées. La Cour retient dès lors que la recourante est en mesure de travailler à plein temps et sans perte de rendement dans son activité de conseillère, à tout le moins depuis le 1er janvier 2015. 7. Il est nécessaire d'examiner l'impact de cette évaluation médicale sur le degré d'invalidité de la recourante pour la part réservée à l'activité lucrative. 7.1. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, 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). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Selon l'art. 27bis RAI, le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition des taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et en lien avec

Tribunal cantonal TC Page 13 de 22 les travaux habituels (al 1). Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est déterminé en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %, en calculant le revenu

avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante et en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 2). Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité et en pondérant ce pourcentage déterminé en fonction de la différence entre le taux d'occupation et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 3).

7.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence citées). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application à des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts TF 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées).

7.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 U 130 p. 270 s. consid. 4a; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c). 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 d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du

E. 9

août 2011 consid. 6.2). Le principe constitutionnel de l'égalité de traitement commande de recourir aux salaires statistiques ressortant de l'ESS, sans tenir compte de données salariales régionales, et à plus forte raison cantonales (arrêt TF 9C_535/2019 du 31 octobre 2019 consid. 4 et les arrêts cités). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur

Tribunal cantonal TC Page 14 de 22 le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble

exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. En revanche, l'exercice d'une activité à taux partiel ou le long éloignement du marché du travail ne sont pas des facteurs d'abattement au sens de la jurisprudence (arrêt TF 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2 et les références citées). 8. 8.1. 8.1.1. En l'espèce, les conclusions des experts attestent d'une incapacité totale de la recourante du 18 juin 2011 jusqu'au 31 décembre 2014, de sorte qu'une incapacité totale de travail doit être retenue pour cette période sur le plan lucratif. Pondéré à une activité de 60% pour la période courant jusqu'au 31 décembre 2012 (cf. consid. 3 ci-avant), cela représente un degré d'invalidité de 60%. 8.1.2. Sur le plan ménager, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'enquête domiciliaire daté du

E. 9.1

Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). En matière de réadaptation, on distingue notamment la formation professionnelle initiale (art. 16 LAI) des mesures de reclassement (art. 17 LAI).

E. 9.2

L'art. 17 al. 1 LAI énonce qu'un assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation

Tribunal cantonal TC Page 19 de 22 visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut pas prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en

considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4; 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

E. 9.3

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3; 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées). Ce taux de 20% ne constitue cependant pas une limite absolue, mais un ordre de grandeur. Selon les circonstances, une invalidité légèrement inférieure pourra déjà ouvrir droit à une mesure de reclassement (VALTERIO in Commentaire LAI, 2018, art. 17 n° 10 et les références citées). Par ailleurs, en présence d'un assuré en début de carrière professionnelle et pour lequel les activités adaptées envisagées (sans mesure de réadaptation) relèvent de travaux ne requérant pas de formation ou connaissances particulières, le droit aux mesures de reclassement dans une nouvelle profession ne saurait être subordonné à la limite des 20%. En effet, l'équivalence approximative des possibilités de gain offertes par l'ancienne activité et par la nouvelle ne saurait être réalisée à long terme que si les deux formations ont, elles aussi, une valeur approximativement comparable. Or, selon l'expérience générale de la vie, l'évolution des salaires des personnes avec ou sans formation professionnelle n'est pas la même.

L'expérience montre en particulier que dans un grand nombre de catégories professionnelles, le salaire initial des personnes ayant terminé leur apprentissage n'est pas supérieur, ou ne l'est pas de manière significative, aux rémunérations offertes sur le marché du travail pour des activités n'impliquant pas de formation particulière, tandis qu'il progresse d'autant plus rapidement par la suite (arrêt TF 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.2). 10. 10.1. En l'occurrence, il ressort du dossier que, à partir de 2015, la recourante a demandé que l'OAI prenne en charge une formation d'assistante sociale à H._____, notamment par le biais d'un courrier du 3 février 2016 (dossier OAI, p. 484). Par simple courrier du 1er mars 2016 (art. 51 al. 1 LPGGA ; cf. dossier OAI, p. 515), l'Office a rejeté cette demande mais lui a reconnu le droit à différents Certificats ou Diploma of Advanced Studies (CAS ou DAS). Cette prise de position, rendue de manière erronée selon la procédure simplifiée, n'a pas été contestée avant avril 2020 et la première intervention de sa mandataire (dossier OAI, p. 1227). Au vu de la jurisprudence en la matière, cette prise de position informelle aurait dû entrer en force (DÉFAGO/GAUDIN in Dupont et al., Commentaire Romand de la LPGGA, art. 51 n° 11 et les références citées) et le recours déclaré irrecevable sur cette question. Dans la décision litigieuse, l'OAI est néanmoins revenu sur cette problématique. La Cour de céans peut, de ce fait, entrer en matière à son tour sur cette question. 10.2. En l'occurrence, la recourante a bénéficié de la prise en charge par l'assurance-invalidité de stages auprès de I._____, d'un cours de généraliste en assurances sociales auprès de

Tribunal cantonal TC Page 20 de 22 J._____ à K._____ de novembre 2016 à juin 2017 ainsi que d'un CAS de spécialiste en insertion professionnelle auprès de H._____ de septembre 2017 à juin 2018. Des formations ont été suivies par un bilan de compétences ainsi qu'un cours de formateur d'adultes jusqu'au 31 mars 2019, partagé entre M._____, N._____, D._____ et O._____ à P._____. L'ensemble de ces formations a été suivi avec succès. Dans sa décision, l'OAI a refusé d'autres mesures de réadaptation au

motif que, compte tenu de sa formation et de son parcours professionnel préalable, ces mesures étaient suffisantes pour permettre à la recourante de rechercher un emploi adapté sur le marché du travail et restaurer sa capacité de gain. Dans une prise de position du 19 octobre 2020 (dossier OAI, p. 1348), la conseillère en réinsertion soulignait les mêmes éléments. 10.3. A l'appui de son recours, la recourante affirme que ces formations sont insuffisantes et qu'une formation d'assistante sociale HES lui permettrait de bénéficier d'un revenu plus élevé. La recourante se réfère à l'arrêté du 19 novembre 1990 concernant la classification des fonctions du personnel de l'Etat (RSF 122.72.21, dans sa version en vigueur du 1er janvier 2012 au 31 mai 2013). Elle soutient qu'une spécialiste en insertion professionnelle est engagée dans les classes 14 à 15 alors qu'une assistante sociale serait engagée dans les classes 18 à 20. Toutefois, cette argumentation est manifestement fautive. En effet, la fonction de spécialiste en réinsertion ne figure pas dans dite classification, laquelle met, en revanche, celle de conseiller/ère en réadaptation professionnelle en classe 22. Dans une prise de position du 19 octobre 2020, la conseillère en réadaptation de l'OAI a assimilé le poste à la fonction de conseiller en personnel ORP, laquelle se situe dans les classes 16 à 20 selon dit arrêté. Donc, l'affirmation selon laquelle une spécialiste en insertion professionnelle serait engagée en classes 14 à 15 ne ressort que des seules déclarations de la recourante et apparaît contraire aux dispositions de l'arrêté dont elle se prévaut. A cela s'ajoute que, selon la classification du personnel de l'état, un/e assistant/e social/e diplômé/e se voit classé/e non pas dans les classes de salaire 18 à 20, mais dans les classes de salaire 16 à 20. En comparaison, il s'agit donc d'une classification moins favorable que celle d'un/e conseiller/ère en réinsertion professionnelle de classe 22. Cela étant, sur le plan statistique, la profession actuellement exercée par la recourante et celle d'assistante sociale se trouvent dans la même classe de la Nomenclature générale des activités économiques (NOGA) ainsi que dans le même grand-groupe de la Classification internationale type des professions (CITP, cf. chiffres 3353 Agents des services publics accordant des prestations sociales et 3412 Professions intermédiaires du travail social). Le revenu de ces professions est donc statistiquement le même. En d'autres termes, que l'on prenne en compte la profession de spécialiste en insertion professionnelle ou d'assistante sociale, le calcul du degré d'invalidité aboutirait au même résultat. 10.4. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que la recourante n'a nullement rendu vraisemblable que, en bénéficiait d'une formation d'assistante sociale HES, elle verrait sa perte de gain réduite. C'est dès lors à juste titre que l'assurance-invalidité n'a pas pris en charge cette formation.

Tribunal cantonal TC Page 21 de 22 11. 11.1. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis et la décision du 6 septembre 2023 modifiée dans le sens où la recourante se voit reconnaître le droit à une rente entière du 1er janvier 2013 au 9 novembre 2014. Le recours est rejeté pour le surplus. 11.2. Compte tenu de l'admission très partielle du recours, les frais de justice sont proportionnellement répartis (cf. art. 131 al. 1 CPJA) à raison de CHF 200.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 600.- à la charge de la recourante. Cette dernière ayant versé une avance de frais de CHF 800.-, les frais de procédure sont compensés à hauteur de CHF 600.- et le solde de CHF 200.- lui est restitué. 11.3. Ayant obtenu très partiellement gain de cause, la recourante a droit à l'octroi d'une indemnité de partie pour ses frais de défense. Invitée à produire sa liste de frais le 27 novembre 2024, Me Monferini Nuoffer l'a fait le 19 décembre 2024. Elle demande CHF 7'149.94 au titre d'honoraires (28 heures 36 minutes à CHF 250.- /heure), plus TVA à 7.7% puis 8.1% (soit au total CHF 557.80), de CHF 86.90 de frais, plus TVA à 7.7% puis 8.1% (soit au total CHF 6.78), soit un total de CHF 7'801.42. Compte tenu du gain de cause très

partiel, il sied de la réduire de trois-quarts et de fixer l'indemnité qui revient à la recourante à un montant global de CHF 1'809.20, frais compris, plus CHF 141.15 au titre de la TVA à 7.7% puis 8.1%, soit un total de CHF 1'950.35, intégralement mis à la charge de l'OAI. (dispositif sur la page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 22 de 22 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision du 6 septembre 2023 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg est modifiée dans le sens où A. _____ se voit reconnaître le droit à une rente entière du 1er janvier 2013 au 9 novembre 2014. Le recours est rejeté pour le surplus. II. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 200.- à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et de CHF 600.- à la charge de A. _____. III. Les CHF 600.- sont compensés par l'avance de frais de CHF 800.- versée par A. _____, le solde de CHF 200.- lui étant restitué IV. L'indemnité de partie à laquelle A. _____ peut prétendre est fixé à CHF 1'950.35, dont CHF 141.15 au titre de la TVA (7.7% puis 8.1%). V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 6 janvier 2025/pte La Présidente Le Greffier

E. 12

novembre 2012 réalisé par ses soins (dossier OAI, p. 95 et 1194). Selon l'enquêtrice, la recourante souffre d'empêchements dans l'alimentation (3% pondérés à 32%), l'entretien du logement (10% pondérés à 17%), dans les soins aux enfants (10% pondérés à 16%) et dans les divers (5% pondérés à 8%). En revanche, elle n'est pas empêchée dans les domaines de la conduite du ménage (pondéré à 4%), les emplettes et courses diverses (pondéré à 9%) et la lessive et l'entretien des vêtements (pondéré à 14%). L'enquêtrice aboutit à un empêchement global de 4.66%. A l'appui de son recours, la recourante soutient que la pondération et les empêchements avec et sans obligation de réduire le dommage sont parfaitement obscurs, que l'on ne comprend pas le lien entre l'enquête ménagère du 12 novembre 2012 pour chaque poste en cause et les statistiques OFS et qu'il y existe une absence de clarté relative au calcul définitif des empêchements. Force est cependant de constater que les conclusions figurant dans l'enquête domiciliaire apparaissent compatibles avec les pondérations qui figuraient dans les directives applicables à l'époque (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, CIIAI, dans sa version en vigueur à partir du 1er janvier 2012). Ce rapport d'enquête ménagère apparaît bien motivé, l'enquêtrice ayant eu une pleine connaissance des limitations fonctionnelles retenues par le corps médical ainsi que leur impact sur le quotidien de la recourante, rencontrée dans son environnement ménager.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 22 L'enquêtrice a passé en revue l'ensemble des postes, a tenu compte des déclarations de la recourante et a décrit de manière complète les activités que cette dernière peut encore faire ou non. Le texte est rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations et correspond aux indications relevées sur place. Prises de manière globale, les limitations retenues par l'enquêtrice apparaissent

compatibles avec les autres éléments relevés par le corps médical mais, également, avec les déclarations de l'assurée, quand bien même celles-ci sont un peu plus alarmistes. L'on rappelle, à cet égard, qu'une activité professionnelle ne peut pas être comparée à la tenue du foyer familial, de sorte qu'on ne saurait déduire de l'incapacité de travail dans l'activité lucrative des empêchements ménagers (cf. arrêt TF 9C 276/2020 du 18 décembre 2020). Dans son recours, la recourante se prévaut des conclusions du Dr X. _____, lequel tient compte de taux d'incapacité plus importants dans les tâches ménagères et domestiques (dossier OAI, p. 1674). Toutefois, contrairement à l'enquêtrice, le médecin assène des taux sans réellement les expliquer. Au demeurant, l'appréciation réalisée lors de l'enquête domiciliaire tient compte de l'aide des membres de la famille, ce que le médecin traitant ne fait pas. Or, selon la jurisprudence, une personne ayant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers en raison de son handicap doit, pour réduire son dommage, solliciter l'aide de proches, mais seulement si cela n'entraîne pas de perte de gain ou de charge excessive pour eux, en considérant ce qu'une famille raisonnable ferait en l'absence de prestations d'assurance (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2; 133 V 504 consid. 4.2 et les arrêts cités; arrêt TF 9C_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3). Dans ce contexte, l'avis du Dr X. _____ ne saurait remettre valablement en cause les conclusions de l'inspectrice de l'assurance-invalidité. Tel est également le cas des autres éléments évoqués dans le recours (cf. not. p. 13ss), lesquels soulignent certes les empêchements subis par la recourante dans sa vie quotidienne mais ne tiennent pas réellement compte de l'aide assurée par les membres de sa famille. En particulier, l'allégation que son mari travaille en tant qu'indépendant et n'a pas suffisamment de temps à disposition pour aider au ménage dans la mesure retenue par l'enquêtrice ne saurait balayer l'appréciation de l'enquêtrice, cela d'autant plus que cette allégation n'est pas prouvée. Enfin, s'agissant de l'assistance des membres de la famille, la recourante se plaint de ce que le « tableau ESPA » (Enquête suisse sur la population active) ne soit pas pris en référence par l'enquêtrice. Toutefois, on ne saurait reprocher à l'Office de s'être référé à la situation concrète de la recourante plutôt qu'à des statistiques générales. Au contraire, la Cour de céans a, à de nombreuses reprises, rappelé l'importance de l'aspect individuel de l'invalidité, lequel découle de la séparation des empêchements au travers de différents postes ménagers ("conduite du ménage", "alimentation", etc...), impliquant que la diminution du dommage soit prise en compte pour chacun des postes (cf. arrêt TC FR 608 2018 45 du 16 juillet 2018 consid. 6). Cela ne saurait, comme l'affirme en substance la recourante, se faire de manière schématique en se référant simplement à une statistique générale. En l'occurrence, il est patent que l'enquêtrice se base sur la situation concrète de la famille de la recourante pour estimer l'aide que l'on peut exiger de ses proches. Il ressort de ce qui précède que c'est à juste titre que l'Office s'est référé à un degré d'invalidité de sur le plan ménager de 4.66%. Compte tenu d'une pondération de 40%, cela correspond à un taux d'invalidité de 1.86%. 8.1.3. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que, pour la période du 1er août 2012, soit 6 mois après le dépôt de la demande de prestations du 5 février 2012 (cf. art. 29 al. 1 LAI) au 31 décembre

Tribunal cantonal TC Page 16 de 22 2012, la recourante se voit reconnaître un degré d'invalidité de 61.86% calculé selon la méthode mixte (60% pour l'activité lucrative et 1.86% pour l'activité ménagère). Cela correspond à un trois quarts de rente d'invalidité ainsi que l'a admis l'autorité intimée. 8.2. 8.2.1. Pour la période débutant au 1er janvier 2013, alors que la recourante aurait augmenté son taux à 100% (cf. consid. 4 ci-avant), il convient d'examiner l'impact de l'état de santé sur ses perspectives salariales. Vu l'incapacité totale

de travail attestée par les experts pour la période allant jusqu'à la fin de l'année 2014, son degré d'invalidité était – pour cette période – de 100%. 8.2.2. Toutefois, la recourante a bénéficié de mesures de réadaptation et d'indemnités journalières du 10 novembre 2014 au 31 mars 2019 de sorte qu'elle ne saurait se voir reconnaître le droit à une rente durant cette période de réadaptation (cf. art. 29 al. 2 LAI). Son droit à une rente entière est donc limité à la période du 1er janvier 2013 au 9 novembre 2014. 8.3. 8.3.1. Pour la période débutant au 1er avril 2019, alors que les mesures de réadaptation et le versement des indemnités journalières ont pris fin et que la recourante – selon des experts – était en pleine capacité de travail sans perte de rendement dans son activité de conseillère (cf. consid. 6 ci-avant), le degré d'invalidité est calculé selon la méthode générale de comparaison des revenus. 8.3.2. S'agissant du revenu sans invalidité, la recourante soutient, en substance, qu'elle aurait obtenu un CAS en oncologie et travaillé en qualité d'infirmière spécialisée en soins palliatifs au sein de l'équipe S._____. Selon la jurisprudence, le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel (lié en particulier à un complément de formation) ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (arrêt TF 8C_657/2023 du 14 juin 2024 consid. 5, publication ATF prévue). Or, en l'occurrence, il a d'ores et déjà été rendu vraisemblable que la recourante aurait, si elle avait été en santé, travaillé au sein de l'équipe S._____ (cf. consid. 4 ci-avant). En outre, il apparaît que la recourante bénéficie déjà d'un certificat de spécialisation en oncologie et soins palliatifs, et cela depuis le 12 juin 1998. En effet, ce certificat s'apparente à un CAS dans le domaine (cf. dossier OAI, p. 166 ; cf. ég. Fiche de présentation de la HES-GE, https://www.hesge.ch/heds/sites/heds/files/inline-files/brochure_CAS%20Onco%20et%20Soins%20palliatifs_03.pdf, consultée la dernière fois le 14 octobre 2024). Partant, la Cour se réfère au revenu qu'aurait obtenu la recourante en qualité d'infirmière spécialisée en soins palliatifs. Selon un courrier de la ligue fribourgeoise contre le cancer du 19 février 2020, cela correspondrait à un salaire annuel de CHF 116'011.35 auquel s'ajouteraient les indemnités pour environ CHF 4'000.- par année. Ce courrier ne précise pas à quelle année ce revenu

Tribunal cantonal TC Page 17 de 22 correspondrait, mais renvoie à « aujourd'hui », ce qui semble indiquer que ce revenu correspond à l'année 2020 (cf. dossier OAI, p. 1680 ; cf. ég. p. 1278). En application par analogie des règles relatives à l'indexation, ce montant de CHF 116'011.35 doit être adapté pour correspondre au revenu de valide pour l'année 2019, année de naissance du droit à la rente. Compte tenu de l'évolution des indices de 103.8 en 2019 et 105.1 en 2020 (OFS, T1.2.10 Indice des salaires nominaux femmes 2011-2023), le revenu est fixé à CHF 114'576.40 pour l'année 2019. Avec les indemnités de CHF 4'000.- en sus, un montant de CHF 118'576.40 est retenu au titre de revenu sans invalidité. 8.3.3. S'agissant ensuite du revenu avec invalidité pour l'année 2019, il ressort du dossier que la recourante travaille en qualité de conseillère en réadaptation à un taux de 40%. Toutefois, si cette activité repose sur des rapports de travail stables, elle ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible de la recourante. C'est dès lors à juste titre qu'il n'y a pas été fait référence dans le cadre de la comparaison des revenus. Dans la décision litigieuse, l'Office s'est référé au revenu que la recourante obtiendrait en tant que spécialiste

en insertion professionnelle et formateur adulte à un taux de 100% sans diminution de rendement: elle pourrait ainsi prétendre à un salaire annuel de CHF 98'581.-. Toutefois, il n'y a aucune pièce au dossier qui permette de retenir que la recourante pourrait bénéficier d'un engagement à ce taux et auprès de cet employeur. L'on ne peut, dans ce contexte, considérer ce revenu comme vraisemblable. Dès lors, la Cour va déterminer le revenu que la recourante obtiendrait en qualité de spécialiste en réinsertion sur la base des statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2018; tableau TA1_skill_level) dans la branche économique 86-88 (Santé humaine et action sociale). Il ressort du dossier que la recourante dispose d'une large expérience en tant qu'infirmière et a bénéficié de nombreuses mesures de réinsertion dans le domaine, avec en particulier un CAS de spécialiste en insertion professionnelle et certificat DSEA de formatrice d'adulte. L'on doit en conclure qu'elle est, à tout le moins, en mesure d'effectuer des « tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé » correspondant au niveau de compétence 3 selon dite statistique (cf. arrêt du TF 8C_657/2023 du 14 juin 2024 consid. 6, publication ATF prévue). Le revenu avec invalidité doit donc être calculé sur la base d'un montant de CHF 69'936.- (CHF 5'828.- par mois) pour l'année 2018 (TA1_skill_level, 86-88, femme, niveau de compétence 3). Ce montant doit être adapté pour tenir compte de l'indexation des salaires à CHF 70'410.85 pour 2019 (indices de 103.1 en 2018 et 103.8 en 2019 ; OFS, T1.2.10 Indice des salaires nominaux femmes 2011-2023). Il doit également être adapté aux 41.6 heures effectivement travaillées dans ce domaine en 2015 (OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, 86-88 Santé humaine et action sociale) pour aboutir à un montant de CHF 73'227.30. C'est le lieu de constater que ce montant est très inférieur à ce que la recourante obtiendrait à son poste actuel si elle l'occupait à temps plein. En effet, son salaire correspondrait à un montant de CHF 84'000.- en 2019 (resp. CHF 33'600.- pour un 40%; dossier OAI, p. 1689). En outre, le directeur a indiqué que la fourchette salariale de la fonction de conseillère en insertion à N. _____ se situe entre CHF 79'900.- et CHF 101'000.- (dossier OAI, p. 1688 et 1690). Dans ce contexte, se pose la

Tribunal cantonal TC Page 18 de 22 question de l'éventuelle prise en compte d'un niveau de compétence 4 (revenu mensuel de CHF 7'180.-), correspondant à un revenu indexé de CHF 90'214.80. Cela étant, cette différence entre le salaire effectif et le salaire statistique démontre que la recourante dispose du bagage nécessaire pour prétendre a minima à un salaire tel que correspondant à un niveau de compétence 3. 8.3.4. D'un point de vue médical, le montant de CHF 73'227.30 ne doit pas être réduit d'une perte de capacité de travail ou de rendement. En revanche, il convient d'examiner s'il est utile de prendre en compte un abattement supplémentaire au titre de désavantage salarial. Au moment de l'examen du droit à la rente d'invalidité, la recourante, de nationalité suisse, était âgée de moins de 50 ans. Sur le plan médical, il apparaît qu'elle est en mesure de travailler à plein temps sans diminution de rendement dans une activité pour laquelle elle a bénéficié de mesures de réinsertion. Dans un tel contexte, il n'y a pas lieu de diminuer encore le salaire tel qu'il ressort des statistiques sur un marché équilibré du travail. Le montant de CHF 73'227.30 est dès lors retenu au titre de revenu avec invalidité. 8.3.5. Partant, à partir du 1er avril 2019, au vu d'un revenu sans invalidité de CHF 118'576.40 et avec invalidité de CHF 73'227.30, la perte de gain est de CHF 45'349.10. Cela correspond à un degré d'invalidité de 38.25%, arrondis à 38%, lequel ne donne plus droit à une rente d'invalidité. A ce stade, la Cour doit préciser que si l'on se référait à la pratique développée par le Tribunal fédéral dans son arrêt 8C_271/2024 du 11 octobre 2024 (consid. 6.3.3), l'on aboutirait à un degré

d'invalidité encore inférieur. En effet, si l'on fondait le revenu d'invalidité partiellement sur le revenu actuellement obtenu à 40% (soit 40% de CHF 84'000.-) et le revenu statistique pour le reste (60% de CHF 73'227.30), le revenu d'invalidité serait d'environ CHF 77'536.38. Comparé au revenu sans invalidité, cela correspond à un degré d'invalidité de 34.61%. 9. A l'appui de son recours, la recourante demande enfin la prise en charge de mesures supplémentaires de reclassement sous la forme d'une formation supplémentaire auprès d'une HES en travail social (assistante sociale).

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