

FR_GERICHTE 608 2024 20 vom 28. Mai 2025

FR Kantonsgericht, 2025-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2024_20

FR: FR_GERICHTE 608 2024 20 du 28 mai 2025

IT: FR_GERICHTE 608 2024 20 del 28 maggio 2025

Regeste

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

Erwägungen

E. 3

mai 2019). C. Le 26 février 2021, A. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Il invoquait une aggravation de son état de santé liée au by-pass gastrique posé en 2017, ainsi qu'à des atteintes cardiologique et psychiatrique. Par décision du 8 juin 2021, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Statuant sur recours, le Tribunal cantonal a annulé cette décision par arrêt TC FR 608 2021 138 du

E. 3.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain 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. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 3.2

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

E. 3.3

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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. Chez les assurés exerçant une activité lucrative, le taux d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1; arrêt TF 8C_46/2023 du 26 octobre 2023 consid. 3.2). Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu avec invalidité peut être évalué sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) (art. 25 al. 3 RAI). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 indiqués dans la table TA1 (secteur privé), à la ligne "total". Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à une table portant sur les secteurs privé et public ensemble, si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références; arrêt TF 9C_780/2023 du 23 avril 2024 consid. 3.1). Aux fins de déterminer le revenu d'invalide, le salaire fixé sur cette base peut à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25% au plus. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits 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). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et 6.3). Pour la période à partir du 1er janvier 2024, il a par ailleurs été vu ci-dessus (consid. 2.2) que l'art. 26bis al. 3 RAI est applicable. Il en résulte qu'une déduction de 10% est opérée sur le revenu résultant de l'ESS. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Ces déductions peuvent être plus élevées, en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier, jusqu'à la limite de 25% susmentionnée (voir arrêt TF 8C_823/2023 du 8 juillet 2024 consid. 10.6).

E. 4

Règles relatives à la preuve et à l'instruction des demandes

E. 4.1

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 4.2

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 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. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Les données médicales l'emportent en principe sur les constatations qui peuvent être faites notamment à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (arrêt TF 9C_323/2018 du 20 août 2018 consid. 4.2 et les références). Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (arrêt TF 9C_1003/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1; ABEGG, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], in RCC 1985, p. 246 ss). Dans les cas où les appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au tribunal – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêts TF 9C_68/2017 du 18 avril 2017 consid. 4.4.2; 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 et les arrêts cités). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins

traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170s consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007, publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

E. 4.3

La procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur. Selon l'art. 43 LPGA, il examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité (cf. ATF 132 V 93 consid. 4), l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_415/2022 du 7 février 2023 consid. 5.1). Le principe inquisitoire n'est en outre pas absolu dans la mesure où sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 145 V 90 consid. 3.2).

E. 5

Questions litigieuses Selon la décision attaquée, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Celui-ci soutient en revanche que son incapacité de travail est nulle dans toute activité depuis 2018. Enfin, l'expertise pluridisciplinaire retient une capacité de travail échelonnée dans le cadre d'une activité adaptée. Elle mentionne en effet que celle-ci est de 80% (100% avec une diminution de rendement de 20%) du 14 mars 2011 jusqu'en avril 2023, puis qu'elle est réduite à 20% dès mai 2023. Se posent ainsi deux questions en l'espèce. La première porte sur l'ampleur de l'incapacité de travail du recourant et la seconde sur la date à compter de laquelle une incapacité de travail ouvrant le droit à la rente doit être retenue. Dans ses observations, l'autorité intimée a admis au demeurant que le recourant pouvait prétendre à une rente entière à compter du 1er août 2023.

E. 6

Discussion

E. 6.1

Dans leur expertise pluridisciplinaire du 23 mai 2023, les experts ont conclu à une capacité de travail réduite à 20% dès le 5 mai 2023 (dossier AI, p. 1522). Ils ont principalement fondé leur appréciation sur les constats de l'expert pneumologue. En effet, ils ont retenu que, sur le plan respiratoire, la capacité de travail de l'expertisé dans une activité adaptée est limitée à 20% depuis mai 2023. Ils ont également constaté que la position debout et en porte-à-faux est fortement limitée, car elle est tenue que 5 à 10 minutes. La marche se fait obligatoirement à l'aide de deux cannes anglaises et est fort limitée dans le temps. La montée et la descente des escaliers sont limitées. Les activités en position à genoux, accroupie ou en hauteur, sont exclues. Le port de charge est également fortement limité à 1 ou 2 kg. L'assuré doit travailler dans un environnement calme et bienveillant. Il souffre de fatigabilité, d'un déconditionnement, de vomissements et de difficultés à s'alimenter. Il a également des douleurs thoraciques et une dyspnée au moindre effort.

E. 6.2

Dans le détail, l'expert pneumologue a retenu une récurrence des apnées du sommeil de degré sévère, non appareillées (dossier AI, p. 1577). Selon ce dernier, l'évolution des apnées a été la suivante.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Les premiers symptômes du syndrome sont apparus en 1999. Le recourant avait bénéficié d'une assistance ventilatoire dès 1999 qui avait nettement amélioré les symptômes généraux. Ensuite d'un by-pass posé en novembre 2017, le recourant avait perdu 50 kg et les symptômes respiratoires s'étaient atténués. En mai 2019, l'assistance ventilatoire a été interrompue, car elle était mal supportée et l'indication n'était pas formelle. Le recourant avait ensuite remarqué une recrudescence des symptômes respiratoires nocturnes (augmentation des dyspnées, des apnées, des fortes céphalées et fatigue diurne persistante) et de la fatigue après deux épisodes de Covid en 2020. Les symptômes ont continué à augmenter durant les deux années suivantes. Sur proposition de l'expert, le recourant a accepté de faire un nouveau contrôle chez le Dr F. _____, pneumologue. Cet examen, intervenu en mai 2023, a permis de mettre en évidence une récurrence des apnées du sommeil (dossier AI, p. 1576 et 1577). Toutefois, si la récurrence a été formellement retenue en mai 2023, il est manifeste que celle-ci était préexistante à l'examen de l'expert pneumologue. Pour ce motif déjà, le raisonnement de l'expert pneumologue selon lequel la capacité de travail dans une activité adaptée a diminué drastiquement de 100% à 20% en mai 2023 seulement n'est pas soutenable; il ne donne pas d'explication sur les motifs de la fixation de cette date qui correspond tout au plus à celle de l'expertise. Par ailleurs, le recourant a contesté par courrier du 25 juillet 2023 l'affirmation de l'expert pneumologue selon laquelle il n'utilisait plus d'assistance respiratoire. Il a au contraire expliqué qu'il l'utilisait depuis 2017 après une interruption remontant à l'opération by-pass en 2017 (dossier AI, p. 1639). Trois documents médicaux datés des 19 mai 2020, 15 décembre 2020 et 24 mai 2022 confirment ses dires. Ils mentionnent en effet l'utilisation d'un appareillage pour le traitement des apnées du sommeil (dossier AI, p. 1226, 1229 et 1472). Il est également significatif que le recourant a, notamment, fondé sa nouvelle demande de prestations du 25 février 2021 sur le fait qu'il souffre d'apnées du sommeil (dossier AI, p. 1222). L'évaluation médicale consensuelle des experts mentionne enfin la

fatigue du recourant, laquelle est retenue comme limitation fonctionnelle (dossier AI, p. 1520 et 1522). Les experts ne peuvent donc pas être suivis lorsqu'ils affirment que le syndrome d'apnées du sommeil serait réapparu seulement en mai 2023 et qu'en conséquence, le recourant aurait une capacité de travail limitée à 20% dès cette date. Au contraire, selon les propos de l'expert pneumologue lui-même, c'est à la suite de deux épisodes de Covid en 2020 qu'une recrudescence des problèmes respiratoires nocturnes et de la fatigue a été notée après une amélioration initiale consécutive à la pose du by-pass (dossier AI, p. 1577). Le recourant lui a en effet fait part d'une amélioration temporaire de la dyspnée et de la fatigue jusqu'en 2019. En 2020, il a souffert du Covid et a ressenti une toux nocturne intense et une augmentation des dyspnées, des troubles respiratoires nocturnes avec apnées, de fortes céphalées matinales et une fatigue diurne persistante, mais sans somnolence diurne anormale (dossier AI, p. 1576). L'intense fatigue du recourant remonte donc à une date bien antérieure à celle de l'examen par l'expert pneumologue, à savoir à tout le moins à 2020.

E. 6.3

L'évaluation de la capacité de travail par l'expert en médecine interne n'est pas non plus pleinement convaincante. À la question concernant la capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide-maçon, ce dernier répond: "Sur le plan de la médecine interne générale, la capacité de travail est de 0%, depuis le bypass en novembre 2017. Limitations: fatigabilité, perte de poids trop rapide, vomissements,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 difficultés à s'alimenter". En revanche, à la question concernant la capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré, il répond: "Sur le plan de la médecine interne générale, la capacité de travail est de 100%" (dossier AI, p. 1533). L'expert de médecine interne n'explique toutefois pas en quoi une activité professionnelle, même adaptée aux limitations fonctionnelles rappelées ci-dessus, aurait pu être exercée à un tel taux, bien supérieur à celui de 20% retenu par l'expert pneumologue, en lien avec la fatigabilité, les vomissements et les difficultés d'alimentation qu'il a constatés. En effet, de telles limitations ne sont pas spécifiques au métier d'aide-maçon, mais s'appliquent au contraire à toutes les professions.

E. 6.4

La Cour s'écarte par conséquent partiellement des conclusions des experts au sujet de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Sur la base des constatations de l'expert pneumologue, tenant également compte des limitations très importantes relevées par l'expert de médecine interne, elle retient que la capacité de travail a été limitée à 20%, à tout le moins dès 2020 à la suite de son premier épisode de Covid, et ce dans tout domaine d'activité. Ce moment correspond en effet à la recrudescence des symptômes respiratoires et de la fatigue associée. Cette appréciation peut être confirmée sur le vu des éléments retenus par la Dre D._____, médecin généraliste du recourant, même si celle-ci dresse un tableau encore plus sombre, excluant toute capacité de travail. Elle souligne, dans son rapport sur formule officielle du 5 juillet 2022, une absence de capacité de travail résiduelle sur la base de limitations fonctionnelles similaires à celles des experts (dossier AI, p. 1451 ss). En outre, dans sa prise de position du 12 décembre 2023 sur l'expertise pluridisciplinaire du 23 mai 2023 (dossier AI, p. 1742), elle ne remet pas en cause les constatations des experts sur les diagnostics retenus, mais expose des constatations probantes quant à l'importance de l'état de fatigue, également constaté par les experts, qui

est selon elle tel qu'il exclut toute capacité de travail (dossier AI, p. 1742).

E. 6.5

Selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente ne peut être reconnu que si l'assuré a présenté une capacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. Par ailleurs, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend au plus tôt naissance six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir ses prétentions, soit en l'espèce six mois après le dépôt de la nouvelle demande du 26 février 2021, à savoir en août 2021. Or, en l'espèce, sur la base de tout ce qui précède, même si la date du premier des épisodes de Covid survenus en 2020 ne ressort pas avec précision du dossier, il peut être retenu que la capacité de travail du recourant était limitée à 20% dans toute activité à tout le moins depuis août 2020, soit une année avant le mois d'août 2021 correspondant à l'échéance du délai de six mois de l'art. 29 al. 1 LAI. La condition de l'année d'incapacité de travail d'au moins 40% est ainsi satisfaite à tout le moins dès août 2021. La capacité de travail limitée à 20% dans toute activité implique une incapacité de gain ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité. Il s'ensuit que le recours est bien fondé et la décision attaquée doit être réformée en ce sens que le recourant a droit une rente entière d'invalidité dès le 1er août 2021.

E. 7

Frais Vu le sort du recours, les frais de procédure, arrêtés à CHF 800.- (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de l'OAI. L'avance de frais versée par le recourant lui sera restituée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 Pour le même motif, il a le droit à une indemnité de partie (art. 137 al. 1 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative, CPJA; RSF 150.1). Me Daniel Känel revendique une indemnité de partie de CHF 3'153.20. Il fait état de 685 minutes de travail, soit

E. 11

heures et 25 minutes. Cette durée, adéquate, peut être admise. La liste de frais étant en outre établie conformément au tarif, il sera fait droit à l'indemnité de partie réclamée qui est ainsi arrêtée à CHF 3'153.20, débours de CHF 62.80 et TVA par CHF 236.25 compris. Cette somme sera mise à la charge de l'OAI et directement versée à Me Daniel Känel, conformément à l'art. 141 al. 2 CPJA. la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 31 janvier 2024 est annulée et réformée en ce sens qu'une rente d'invalidité entière est accordée à A. _____ dès le 1er août 2021. II. Les frais de procédure, arrêtés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. L'avance de frais versée par A. _____ lui est restituée. III. L'indemnité de partie de A. _____ est fixée à CHF 3'153.20, TVA par CHF 236.25 comprise, et est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. Celle-ci sera directement versée à Me Daniel Känel. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas

gratuite. Fribourg, le 28 mai 2025/pta La Présidente Le Greffier

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