

FR_GERICHTE 608 2024 52 vom 7. April 2025

FR Kantonsgericht, 2025-04-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2024_52

FR: FR_GERICHTE 608 2024 52 du 7 avril 2025

IT: FR_GERICHTE 608 2024 52 del 7 aprile 2025

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2024 52 Arrêt du 7 avril 2025 IIe Cour des assurances sociales Composition Présidente : Daniela Kiener Juges : Johannes Frölicher, Anne-Sophie Peyraud Greffier-rapporteur : Michel Bays Parties A. _____, recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité – Montant de l'indemnité journalière Recours du 8 avril 2024 contre la décision du 7 mars 2024 Tribunal cantonal TC Page 2 de 7 considérant en fait A. A. _____, née en 1989, mariée et mère de trois enfants nés en 2013, 2016 et 2019, est domiciliée à B. _____. Après avoir effectué un apprentissage de sérigraphe, avec obtention d'un CFC en 2009, elle a été engagée auprès de C. _____ SA, avec l'opportunité de faire une formation de réalisatrice publicitaire et d'obtenir un CFC en 2014. Parallèlement, elle a exercé une activité dans le domaine de la sécurité, jusqu'à la naissance de son premier enfant en 2013. Elle a ensuite progressivement diminué son taux d'activité au fil des années, pour finalement arrêter de travailler et se consacrer à sa famille à partir de 2019. Le 1er septembre 2022, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), en invoquant notamment souffrir d'une spondylarthrite ankylosante, diagnostiquée en 2017. Une expertise bidisciplinaire, en rhumatologie et médecine interne, effectuée auprès du Centre d'expertises médicales D. _____, a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à certaines limitations fonctionnelles, en dehors de deux périodes d'incapacité totale. Des mesures de réadaptation ont ensuite été mises en œuvre. Dans ce cadre, l'assurée a été mise au bénéfice d'un stage d'entraînement progressif au travail par communication du 9 février 2024. Par décision du 7 mars 2024, une indemnité journalière de CHF 56.- lui a été octroyée, basée sur un revenu déterminant de CHF 25'343.-. B. Contre cette décision, A. _____ interjette un recours le 8 avril 2024, régularisé le 13 avril 2024. Elle conclut à ce que son indemnité journalière soit calculée sur la base d'un montant de CHF 38'014.50, correspondant à un taux d'activité de 60%. A l'appui de son recours, elle estime injuste le fait que l'OAI se soit fondé uniquement sur les deux derniers mois de travail qu'elle a accomplis pour fixer le revenu déterminant. Elle rappelle avoir dû attendre près de 10 ans avant qu'un diagnostic ne soit posé pour expliquer ses douleurs et ajoute avoir été contrainte de réduire son taux d'activité en raison de son état de santé et de sa situation familiale. Elle demande donc que son revenu soit fixé non pas en fonction de ses revenus effectifs, mais sur la base de ce qu'elle aurait pu gagner si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Le 15 octobre 2024, elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF

400.-. Par observations du 20 novembre 2024, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Après rappel des bases légales topiques, il renvoie aux explications fournies par la Caisse cantonale de compensation. Il en ressort que celle-ci a pris, comme période de référence, celle précédant l'année 2019, considérée comme celle où a été attestée l'atteinte à la santé de l'assurée. C'est donc un revenu annuel de CHF 25'343.-, ressortant du compte individuel de l'assurée, indexé à 5.7% au 1er janvier 2024, qui a été retenu. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné. Pour autant que cela soit utile à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions dans les considérants en droit du présent arrêt Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. La teneur des dispositions pertinentes ici est restée identique après l'entrée en vigueur des modifications de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) dans le cadre du développement continu de l'AI (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). 2.2. Selon l'art. 22 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation prévues à l'art. 8 al. 3 si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins (let. a) ou s'il présente, dans son activité lucrative, une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50 % au moins (let. b). Conformément à l'art. 23 al. 1 LAI, l'indemnité de base de l'indemnité journalière s'élève à 80% du revenu que l'assuré percevait pour la dernière activité lucrative exercée sans restriction due à des raisons de santé. L'al. 3 ajoute que le calcul du revenu de l'activité lucrative se fonde sur le revenu moyen sur lequel les cotisations prévues par la LAVS sont prélevées (revenu déterminant). D'après l'art. 24 al. 5 LAI, le Conseil fédéral règle la prise en compte du revenu d'une éventuelle activité lucrative, et peut prévoir des réductions à certaines conditions. L'OFAS établit, pour déterminer les indemnités journalières, des tables obligatoires dont les montants sont arrondis au franc supérieur. En vertu de l'art. 20sexies al. 1 RAI, sont considérés comme exerçant une activité lucrative les assurés qui exerçaient une activité lucrative immédiatement avant la survenance de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA). Selon l'art. 21 al. 2 RAI, lors de l'établissement du revenu déterminant au sens de l'art. 23 al. 3 LAI, ne sont pas pris en compte les jours durant lesquels l'assuré n'a pu obtenir aucun revenu d'une activité lucrative ou seulement un revenu diminué en raison notamment d'une maladie (let. a) ou de maternité (let. e). L'al. 3 ajoute que lorsque la dernière activité lucrative exercée par l'assuré sans restriction due à des raisons de sa santé remonte à plus de deux ans, il y a lieu de se fonder sur le revenu que l'assuré aurait tiré de la même activité, immédiatement avant la réadaptation, s'il n'était pas devenu invalide. 2.3. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se

révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

2.4. En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 140 III 610 consid. 4.1; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6; 135 V 39 consid. 6.1), le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; ce degré suppose bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance prépondérante est atteint si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

3. Est en l'espèce litigieux le calcul du montant de l'indemnité journalière durant la mesure de réadaptation.

3.1. L'OAI indique que le revenu déterminant a été fixé en tenant compte du dernier gain obtenu en pleine capacité de travail. Il explique que la Caisse de compensation s'est fondée sur le salaire réalisé par l'assurée en 2018, soit l'année qui précède celle durant laquelle l'atteinte à la santé a été attestée, et qu'il l'a indexé jusqu'en 2024. La recourante allègue pour sa part qu'elle était déjà atteinte dans sa santé depuis plusieurs années avant qu'un diagnostic ne soit posé, ce qui l'a notamment contrainte à abaisser son taux d'activité. Elle demande que l'indemnité journalière soit calculée sur la base d'un revenu correspondant à ce qu'elle aurait gagné si elle n'avait pas été malade.

3.2. Il convient tout d'abord de rappeler que le droit à l'indemnité journalière de l'assurance invalidité est réservé aux personnes qui exerçaient une activité lucrative immédiatement avant la survenance de l'atteinte à la santé et que leur montant est basé sur le revenu moyen sur lequel les cotisations prévues par la LAVS sont prélevées (art. 23 al. 3 LAI). Les personnes qui n'exerçaient pas d'activité lucrative ont pour leur part droit à des allocations pour frais de garde et d'assistance. Au vu de ce qui précède, il ne saurait être question de s'écarter du salaire obtenu dans l'activité exercée par la recourante avant son atteinte à la santé et de se fonder sur un revenu fictif. Une telle pratique ne correspond en effet pas au but de l'indemnité journalière, qui est de compenser de manière adéquate la perte de revenu qu'un assuré subit durant une période de réadaptation. Au demeurant, la recourante n'apporte aucun élément concret pour appuyer un changement d'orientation, respectivement une évolution professionnelle. Au contraire, il est hautement vraisemblable que, sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son activité, à temps partiel, compte tenu de ses trois enfants en bas âge.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7

3.3. Cela étant, il convient encore d'examiner si c'est à raison que l'OAI, respectivement la Caisse de compensation, s'est référé au revenu réalisé durant l'année 2018 pour fixer le montant de l'indemnité journalière. Dans ce contexte, il est utile de revenir sur le contenu de l'expertise réalisée en septembre 2023 auprès de D._____. Dans son rapport du 2 octobre 2023 (dossier AI p. 190), l'expert en rhumatologie a notamment retenu qu'une incapacité de travail d'au moins 20% existait depuis juillet 2017, correspondant au moment où le diagnostic de spondylarthropathie a été posé. Il a attesté une incapacité totale de travail depuis lors jusqu'en février 2018, le temps qu'un traitement (Embrel) soit mis en place, puis à nouveau

entre mai 2020 et mi-avril 2022, lors de l'introduction d'un nouveau médicament (Cimzia). Il ressort également de l'expertise que l'assurée avait interrompu le traitement médicamenteux durant l'année 2019, alors qu'elle était enceinte de son troisième enfant et que les symptômes de la maladie s'étaient beaucoup atténués lors des trois grossesses, jusqu'à la fin de l'allaitement. Force est de constater que, si le diagnostic déterminant a bel et bien été posé en juillet 2017 par les médecins de E. _____ (dossier AI p. 269), cela ne veut pas encore dire que celui-ci n'influençait pas déjà la capacité de travail auparavant. Dans un rapport du 27 mars 2024 adressé à l'OAI et joint au recours, la Dre F. _____, généraliste traitante, confirme notamment que l'assurée était suivie à son cabinet depuis mai 2017 et qu'elle présentait alors déjà de nombreux symptômes, avant qu'un diagnostic ne soit posé en juillet 2017 et qu'une prise en charge adéquate soit introduite. Elle ajoutait que "la patiente a d'elle-même réduit son activité professionnelle, n'arrivant plus à réaliser les tâches demandées sans une péjoration des douleurs et baisse de rendement". Vu ce qui précède, ainsi que les déclarations constantes de la recourante, il ne paraît a priori pas adéquat de retenir l'année 2018 comme année de référence pour fixer le revenu déterminant. De l'avis de la Cour, il conviendrait d'admettre qu'à tout le moins en 2017, année où des investigations médicales ont été lancées par l'assurée et que le diagnostic a été posé, cette dernière subissait déjà des restrictions à sa capacité de travail. Toutefois, en l'absence de rapports médicaux antérieurs, il est difficile de déterminer dans quelle mesure la diminution du taux d'activité est due aux problèmes de santé et/ou aux exigences familiales (naissances des enfants). On peut néanmoins tenir pour vraisemblable, sur la base du dossier constitué, que les premiers ont incité l'assurée à réduire son activité professionnelle pour pouvoir assumer les secondes. De plus, en l'état du dossier, il n'est pas possible d'établir précisément comment a évolué le taux d'activité de l'assurée. On ne dispose notamment pas d'un questionnaire de l'employeur et les documents fournis par ce dernier ne permettent pas de déterminer clairement cette évolution. On pourrait raisonnablement tenir compte du salaire que la recourante a réalisé après la fin de son second CFC, obtenu en août 2014. Cependant, il ressort du compte individuel AVS que les revenus réalisés entre 2014 et 2017 ont été notablement inférieurs à ceux de 2018 (CHF 23'972.-); en effet, selon l'extrait de compte individuel AVS, l'assuré a perçu un salaire de CHF 20'987.- en 2014, CHF 21'130.- en 2015, CHF 13'386.- en 2016 et CHF 14'970 en 2017. Par ailleurs, l'unique revenu plus élevé a été obtenu en 2013 (CHF 30'042.-), alors que l'assurée était en train d'accomplir son second CFC et qu'elle exerçait parallèlement une activité dans le domaine de la sécurité. Ce revenu correspond à un taux d'activité manifestement supérieur à celui que l'assurée serait actuellement prête à envisager, on en veut notamment pour preuve le fait qu'elle Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 a interrompu son activité accessoire (sécurité) après la naissance de son premier enfant. Il convient également de constater que ce revenu est très éloigné de la survenance (médicalement attestée) de l'atteinte à la santé; on relève à cet égard l'absence de certificats médicaux antérieurs à 2017. Tout bien considéré, aucun élément ne permet sérieusement de penser que la recourante aurait modifié son taux d'activité entre-temps, d'autant moins qu'elle doit encore s'occuper de ses trois enfants, ce qu'elle concède d'ailleurs. Rien ne s'oppose donc à se référer au revenu réalisé dans la dernière activité lucrative salariée. Dans ce contexte particulier, on ne saurait donc reprocher à l'autorité intimé de s'être référée au revenu réalisé en 2018 pour déterminer le montant de l'indemnité journalière litigieuse, d'autant que cette solution est favorable à la recourante. En indexant le revenu précité jusqu'au début de l'année 2024, l'OAI a en outre correctement tenu compte de l'évolution probable de la rémunération jusqu'au moment de la mesure de réadaptation,

conformément à l'art. 21 al. 3 RAI. C'est donc à bon droit que l'autorité intimée a fixé le montant de l'indemnité journalière due à la recourante en se référant au salaire perçu durant l'année 2018. 4. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 400.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe, et compensés par l'avance de frais du même montant. (dispositif sur la page suivante) Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par l'avance de frais du même montant versée par la recourante. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 7 avril 2025/mba La Présidente Le Greffier-rapporteur

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