

FR_GERICHTE 608 2025 26 vom 16. Januar 2026

FR Kantonsgericht, 2026-01-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2025_26

FR: FR_GERICHTE 608 2025 26 du 16 janvier 2026

IT: FR_GERICHTE 608 2025 26 del 16 gennaio 2026

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2

L'invalidité alléguée étant intervenue après l'entrée en vigueur, au 1er janvier 2022, 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), applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, dans le cadre du développement continu de l'AI (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363), le nouveau droit est applicable.

E. 3.1

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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à 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.

E. 3.2

Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes: la méthode ordinaire 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 (ATF 137 V 334 et les références citées). Chez les assurés qui exerçaient – comme le recourant – une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé, la diminution de la capacité de gain se détermine en comparant le revenu qu'ils auraient pu obtenir s'ils n'étaient pas invalides avec celui qu'ils pourraient obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'eux après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré; c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29; voir également arrêt TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4).

E. 3.3

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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; RAMA 1996 n° U 256 p. 217 et les références). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au 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).

E. 4

Est tout d'abord litigieuse, en l'espèce, la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire sur laquelle l'OAI s'est basé pour rendre sa décision. Le recourant critique en particulier le fait que les experts aient retenu qu'il présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de garagiste indépendant jusqu'en mars 2021. Il allègue qu'il était déjà atteint dans sa santé depuis 2012, respectivement 2017, et en déduit que les salaires réalisés entre 2013 et 2019 ne peuvent pas servir au calcul du revenu de valide. Il requiert enfin l'application d'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, pour tenir compte des nombreuses atteintes à la santé dont il souffre. Il convient tout d'abord de se référer au dossier médical.

E. 4.1

Une lettre de sortie du 29 octobre 2012 (dossier AI p. 26) émanant du Dr E. _____ et du Dr F. _____, de la Clinique D. _____, a été établie à la suite de l'hospitalisation de l'assuré du 25 au 29 octobre précédent pour un AVC ischémique. D'autres diagnostics étaient également mentionnés (arthérosclérose généralisée, dyslipidémie, diabète de type 2). On y lit notamment que "le patient est informé, avec traduction, de sa situation de santé et sensibilisé aux risques cardiovasculaires. Toutefois, le 29.10.12, le patient quitte notre établissement contre avis médical après avoir été averti des investigations prévues et des risques encourus et de leurs conséquences. Le patient signe une déclaration en présence du médecin assistant et de l'infirmière responsable". Ils recommandent de mettre sur pied une prise en charge globale. Deux rapports de consultation ambulatoire avaient été rendus au préalable par les médecins du Service des urgences de D. _____ (dossier AI p. 29 et 34). L'assuré s'y est présenté le 18 février 2012 en indiquant souffrir de douleurs au bas ventre et une cholécystite (inflammation de la vésicule biliaire) a été suspectée. Après s'être soumis à divers examens et s'être vu administrer des antibiotiques durant la nuit, il a pu regagner son domicile le lendemain au vu de l'amélioration de son état.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 Dans deux documents destinés à la Caisse de compensation du canton de Fribourg et à la Fondation Institution supplétive LPP (dossier AI p. 38 et 40), la Dre G. _____ atteste une incapacité de travail totale du 28 octobre 2013 au 31 janvier 2014, sans donner plus de détails. Dans un rapport de consultation du 25 juin 2017 (dossier AI p. 42), le Dr H. _____ et la Dre I. _____ du Service des urgences de D. _____ posent le diagnostic principal de NSTEMI (pour Infarctus du Myocarde sans élévation du Segment ST en français). Après rappel de l'anamnèse et du status, il est indiqué qu'en dépit de la recommandation médicale, l'assuré a catégoriquement refusé de rester un jour de plus pour des examens complémentaires (coronographie). "Le patient ne souhaite pas rester la nuit aux urgences ni voir le cardiologue le 26.08.17 en raison de rendez-vous professionnel qu'il ne peut annuler. [...] Le patient comprend et accepte les risques et décide de regagner son domicile après avoir signé une décharge. Il nous dit qu'il se représentera en cas de péjoration ou le 26.06.17 en milieu d'après-midi".

E. 4.2

En lien avec la demande litigieuse, les documents suivants figurent au dossier: Différents documents établis en langue turque le 31 mars 2021 figurent au dossier (dossier AI p. 52 ss), en lien avec des examens effectués sur place lors d'un voyage. Ceux-ci feront l'objet d'une traduction dans le contexte de l'expertise à venir (dossier AI p. 169 ss). A son retour en Suisse, diverses consultations spécialisées ont eu lieu en avril 2021 au sein de la Clinique D._____, l'assuré se plaignant en substance d'une douleur localisée au mollet droit survenue le 17 mars 2021. Le 19 avril 2021 (dossier AI p. 81), le Dr J._____, spécialiste en cardiologie, retient que si la fonction systolique du ventricule gauche est conservée, il y a de nombreuses extrasystoles ventriculaires. Il a modifié la médication et annonce procéder à d'autres examens. Le 5 mai suivant (dossier AI p. 102), il constate la présence de quelques extrasystoles ventriculaires de 6% et recommande un bilan cardiaque, ultrason et examen fonctionnel. Le 26 avril 2021 (dossier AI p. 104), la Dre K._____, spécialiste en angiologie et médecine interne générale, conclut à la présence d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs (stade IIA au membre inférieur droit). Elle relève également la présence d'une coque hyperéchogène engainant l'aorte abdominale, les artères iliaques communes et la veine cave inférieure. Elle recommande de poursuivre le traitement mis en place (Xarelto) et note que "le patient n'étant pour le moment que peu à modérément gêné par les douleurs à la marche, nous lui proposons de compléter le bilan étiologique avec toute intervention au membre inférieur droit". Elle suggère également un suivi rhumatologique, compte tenu de la présence probable d'une fibrose rétropéritonéale d'origine inflammatoire. Dans un rapport du 11 mai 2021 (dossier AI p. 65), le Dr L._____, spécialiste en urologie, retient le diagnostic d'obstruction de l'uretère droit par une fibrose rétropéritonéale et indique avoir procédé, le jour-même, à une intervention (cystoscopie et mise en place d'un tumorstent dans l'uretère droit). Il ajoute avoir planifié une seconde intervention le 10 juin suivant (urétérolyse laparoscopique droite). La biopsie réalisée à cette occasion (dossier AI p. 70) note en particulier "la présence de quelques plasmocytes avec positivité IgG4". Le 18 juin 2021 (dossier AI p. 112), la Dre M._____ et le Dr N._____, spécialistes en rhumatologie, posent le diagnostic de maladie à LgG4 probable avec fibrose rétropéritonéale. Ceux-ci indiquent qu'ils ne retrouvent "pas d'éléments permettant d'étayer le tableau clinique. Le bilan

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 biologique effectué par vos soins, puis élargi par les nôtres, démontre un syndrome inflammatoire, sans mise en évidence d'IgG4 mais avec une augmentation des IgE. Au vu de la forte suspicion radiologique et malgré l'absence clinique d'extension aux autres organes classiquement touchés [...], nous postulons une maladie à IgG4 et initions un traitement [...]. Ils ajoutent que la biopsie effectuée par le Dr O._____ ne permet pas d'établir un diagnostic définitif au vu de l'absence d'agrégat de plasmocytes IgG4 positifs, mais renforce néanmoins cette hypothèse. Le 6 août 2021 (dossier AI p. 118), la Dre K._____ et la Dre P._____ évoquent une évolution clinique stable par rapport au dernier examen. Une angioplastie est discutée mais le patient désire réfléchir. Dans un rapport rédigé sur la formule officielle et daté du 6 novembre 2021 (dossier AI p. 17), la Dre G._____, généraliste traitante, indique avoir suivi l'assuré du 5 décembre 2012 au 4 mars 2014, puis à nouveau depuis le 16 avril 2021. Elle y atteste une incapacité totale de travail depuis le 1er avril 2021 dans l'activité de mécanicien sur auto. Plus loin, elle indique qu'il était en bonne santé jusqu'au 25 octobre 2012, date à laquelle il a fait un AVC et a été hospitalisé. D'autres diagnostics ont alors été posés: diabète, dyslipidémie et hypertension artérielle. Elle mentionne également un infarctus le 25 juin 2017, puis les diagnostics établis dans le courant de l'année 2021. Evaluant la situation

professionnelle, elle indique que son patient ne parvient plus à exercer son activité habituelle depuis environ le mois de mars 2021. Le 10 février 2022 (dossier AI p. 144), la Dre M._____ et le Dr N._____, œuvrant au sein de la Clinique D._____, retiennent une situation rassurante de l'atteinte inflammatoire: "Sur le plan biologique, on constate une amélioration du syndrome inflammatoire à la prise de sang du 20 octobre 2021 (CRP 6 mg/l, VS 30 mm/h) sous corticothérapie, et encore davantage en diminution sous traitement par rituximab au contrôle de février (CRP 7 mg/l, VS 14 mm/h). Le dosage des immunoglobulines IgG est quant à lui stable depuis juillet 2021". Compte tenu d'une globale stabilité de sa maladie tant sur le plan clinique que biologique, ils recommandent la poursuite du traitement mis en place. Dans un rapport du 18 février 2022 (dossier AI p. 146), la Dre K._____ et la Dre P._____, spécialistes en angiologie œuvrant au sein de la Clinique D._____, évoquent l'aspect angiologique. Elles relèvent que "la symptomatologie que présente [l'assuré] est stable depuis le début de la prise en charge avec notamment une dysesthésie, une allodynie et une paresthésie type picotement au niveau du pied droit constante". Toute en relevant que l'assuré "se plaint toujours de douleurs au mollet droit qui restent atypiques pour une claudication d'origine artérielle", ils décident de poursuivre le traitement conservateur (entraînement à la marche et prise d'aspirine). Le 12 juin 2022 (dossier AI p. 150), la Dre G._____, généraliste traitante, confirme le caractère invalidant des pathologies de l'assuré dans son activité habituelle. Elle estime que, dans une activité légère adaptée (sans effort physique), celui-ci pourrait être en mesure de travailler 2 heures par jour.

E. 4.3

C'est dans ce contexte que l'avis de la Dre Q._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, a été requis. Dans son rapport du 26 septembre 2022 (dossier AI p. 155), après rappel du contexte médical, cette médecin SMR a recommandé la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, avec volets de neurologie, de rhumatologie, d'angiologie, de médecine interne et de psychiatrie. Les experts de C._____ ont rendu leur rapport d'expertise pluridisciplinaire le 14 mai 2024.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 Le volet de médecine interne (dossier AI p. 219) a été réalisé par la Dre R._____, spécialiste en la matière. Après rappel des motifs et circonstances de l'expertise, celle-ci résume le dossier médical de façon détaillée. Elle présente ensuite le contenu de son entretien avec l'expertisé, dont elle liste les plaintes (toux, crampes et douleurs au mollet droit, lombalgies, diminution de la force au bras droit, sensation de gonflement de l'abdomen, fatigue, moral bas). Après avoir établi l'anamnèse et procédé à l'examen clinique, elle passe à l'évaluation médicale: "Sur le plan de la médecine interne, [l'assuré] présente un syndrome métabolique avec hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète de type 2 actuellement insulino-dépendant avec antécédents d'AVC en 2012 et infarctus NSTEMI en 2017, avec pose de quatre stents. Le diabète est insulino-dépendant depuis 2021, selon le dossier et anamnestiquement sans complication diabétique. [L'assuré] ne semble pas comprendre l'enjeux des autocontrôles glycémiques qui sont effectués aléatoirement. En 2017, la coronarographie objectivait une fraction d'éjection ventriculaire gauche estimée à 45% avec une akinésie inférieure. Actuellement, il n'a aucune plainte au niveau cardiologique, La dernière échographie réalisée en septembre 2023 montrait une bonne fonction ventriculaire, avec une fraction d'éjection à 65% et une dysfonction diastolique minime. Il n'y a pas d'ergométrie récente. [L'assuré] se plaint d'une toux chronique depuis plus de 5 mois. La radiographie du thorax, réalisée dans le cadre de

l'expertise est dans la norme. Si les symptômes devaient persister, nous proposons au médecin traitant d'effectuer des investigations pneumologiques plus approfondies. Concernant la suspicion de maladie à IgG4 évoquée avec raison par les rhumatologues traitants devant la mise en évidence d'une fibrose rétropéritonéale et d'un infiltrat à Ig4 sur le tissu inflammatoire prélevé, nous notons que les Pet scan réalisés n'ont pas mis en évidence jusqu'alors, d'autre localisation de la maladie. La complication urologique initiale (hydronéphrose droite par engainement de l'uretère droit) a évolué favorablement avec retrait possible de la sonde JJ sans conséquence sur la fonction rénale qui est restée normale. La fibrose a peu évolué avec le traitement immunosuppresseur initié mais elle est actuellement considérée comme asymptomatique". Le volet angiologique (dossier AI p. 237) a été assuré par la Prof. S. _____ et par le Dr T. _____, tous deux spécialistes en la matière. Sur la base du dossier et de l'entretien qu'ils ont eu avec l'assuré, ceux-ci retiennent le diagnostic principal de maladie à IgG4 avec fibrose rétropéritonéale engainant l'aorte abdominale infrarénale, les artères iliaques communes, la veine cave inférieure et l'uretère droit. Sur la base également de leur examen clinique, ces experts ne retiennent aucune incapacité de travail du point de vue angiologique: "En effet, le patient présente une claudication intermittente qui n'est pas attribuable à la maladie artérielle". Le volet psychiatrique (dossier AI p. 242) a été confié à la Dre U. _____, spécialiste en la matière. Celle-ci a mené un entretien approfondi avec l'expertisé et, sur la base de ses constatations, retient notamment, dans son évaluation, "le développement d'un état anxio-dépressif réactionnel aux problèmes de santé ainsi qu'à son incapacité de travail", tout en relevant l'absence de suivi psychiatrique. Elle relève que l'assuré "présente des antécédents de vécus traumatiques sous forme d'une persécution dans son pays natal avec harcèlement physique et psychologique continu, une migration forcée dans des situations également traumatiques (camp de réfugiés fermé avec sa famille) ainsi que des années avec un statut social instable en Suisse, avec des menaces de déportation de la part des autorités". Elle retient les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et d'anxiété généralisée (F41.1): "L'assuré souffre de deux pathologies psychiatriques qui se chevauchent et s'auto-alimentent entre elles mais aussi avec les pathologies organiques par lesquelles elles sont maintenues et accentuées. Par rapport aux pathologies actuelles, c'est-à-dire l'anxiété généralisée et la

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 modification de la personnalité, aucune approche psychothérapeutique ou pharmacologique n'a été essayée, même si l'expertisé pourrait profiter d'une telle prise en charge. Au vu du fait qu'une chronicisation des symptômes est présente, l'objectif pourrait consister en une diminution de ceux-ci, mais leur disparition serait très difficile. En ce qui concerne les éléments de réadaptation, aucune mesure de réadaptation n'a été proposée à notre connaissance. Nous constatons que tant la pathologie de modification durable de la personnalité que celle de l'anxiété généralisée peuvent interférer, voire freiner des mesures de réadaptation proposées. L'anosognosie des troubles psychiques ainsi que la mauvaise représentation de la maladie psychique chez l'expertisé constituent des facteurs limitants supplémentaires". En définitive, l'experte psychiatre retient une capacité de travail de 60% et une incapacité de 40%, dans toute activité, à partir de 2021. Le volet neurologique (dossier AI p. 253) a été assuré par le Dr V. _____, spécialiste en la matière. Après un bref résumé du contexte de l'expertise, il relate l'entretien et ses constatations cliniques, en rappelant principalement l'AVC survenu en 2012, depuis lequel "l'assuré mentionne la persistance d'une symptomatologie au membre supérieur droit avec paresthésie à type de fourmillement, sensation de paralysie, de temps en temps

crampes". Il note également un syndrome du tunnel carpien droit et une suspicion à gauche. Au terme de son évaluation, il conclut à l'absence de limitation fonctionnelle sur le plan neurologique: "En effet, les séquelles de l'AVC en 2012 n'avaient pas empêché l'assuré de reprendre son activité professionnelle comme auparavant. Dans le contexte de paresthésies séquellaires de l'AVC depuis 2012, il est difficile de dire dans quelle mesure le syndrome du tunnel carpien participe à la symptomatologie. Les paramètres neurographiques mettent toutefois en évidence des anomalies modérées à importantes, raison pour laquelle l'intervention chirurgicale nous semble formellement indiquée. Dans tous les cas, le syndrome du tunnel carpien ne peut être considéré comme invalidant à long terme".

Enfin, le volet rhumatologique (dossier AI p. 257) a été confié au Dr W. _____, spécialiste en la matière. Après présentation du contenu de l'entretien avec l'assuré et de l'examen clinique, cet expert retient que, "d'un point de vue rhumatologique strict, il n'y a pas d'affection ostéoarticulaire ou de l'appareil locomoteur spécifique susceptible d'influencer la situation psychique, sociale et médicale actuelle. L'expertisé présente une probable maladie à IgG4, se manifestant essentiellement par une claudication artérielle, et répondant actuellement favorablement à un traitement de rituximab". Il conclut par conséquent à une capacité de travail entière. Dans le cadre de leur appréciation générale interdisciplinaire, les différents experts ont procédé à une évaluation consensuelle (dossier AI p. 207). Au terme d'une analyse détaillée, ils retiennent ce qui suit: "En prenant en compte les pathologies psychiatriques et les douleurs du membre inférieur droit d'origine indéterminée ainsi que les multiples comorbidités somatiques qui sont un facteur de surcharge, nous retenons une capacité de travail de 0% dans l'ancienne activité de mécanicien sur auto et de 50% dans toute activité adaptée. Cette évaluation est valable depuis mars 2021, date où [l'assuré] a présenté l'ischémie aiguë du membre inférieur droit". La limitation de la capacité de travail découle avant tout de la composante psychiatrique (trouble de la personnalité et anxiété généralisée). Les limitations fonctionnelles suivantes doivent être respectées: "Pas de travaux lourds, pas de port de charges lourdes de façon répétitive, pas de déplacements à pied de plus de 50 mètres. Activité sédentaire. Horaires réguliers, ne doit pas s'effectuer de nuit, [n]e doit pas nécessiter l'utilisation de machine dangereuse et doit permettre à l'assuré d'effectuer des contrôles glycémiques si nécessaire et dans des conditions d'hygiène suffisantes".

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 Dans le cadre des objections au projet de décision de l'OAI, le recourant a produit un rapport de CT thoraco-abdominal injecté daté du 9 avril 2024 (dossier AI p. 289), établi par la Dre X. _____ et le Dr Y. _____, spécialistes en radiologie. Ceux-ci concluent, sur la base de leur examen, à une "globale stabilité de la maladie oncologique connue se manifestant par un manchon tissulaire rétractile rétropéritonéale engainant l'aorte abdominale infrarénale et la veine cave inférieure". Ils mentionnent toutefois la "progression d'une atrophie du rein droit à cause d'une sténose progressive de l'artère rénale au niveau de son départ, vraisemblablement sur plaque molle". L'OAI a invité les experts de C. _____ à se déterminer sur les objections précitées et en particulier sur la question de la survenance de l'incapacité de travail avant 2021. Dans leur prise de position du 26 septembre 2024 (dossier AI p. 298), ceux-ci admettent tout d'abord que " le dossier médical, les documents transmis par les médecins traitants et l'anamnèse confirment en effet que [l'assuré] présente des antécédents d'atteinte à la santé somatique depuis 2012". Ils notent toutefois que l'AVC survenu en 2012 n'a justifié une incapacité de travail que durant l'hospitalisation en octobre 2012 et qu'il n'a pas empêché l'assuré de reprendre ensuite son activité professionnelle antérieure; ils ajoutent que l'examen

neurologique actuel ne relève qu'un "discret hémisyndrome sensitif à droite". Concernant l'infarctus NSTEMI en juin 2017, les experts relèvent que la fraction d'éjection s'est rapidement améliorée (passant de 45% en juin 2017 à 60% en juillet 2017) et qu'elle s'est maintenue, voire améliorée lors des contrôles effectués en mars 2019 (60%) et septembre 2023 (65%); en outre, la poursuite de l'activité habituelle n'a pas été entravée, en dehors de brèves périodes d'incapacité. Le diabète n'implique des limitations fonctionnelles qu'à partir de 2021 et l'hypertension artérielle ne justifie pas d'incapacité de travail selon les experts. Quant à l'aspect psychiatrique, il n'a précédemment jamais justifié de suivi durable ni d'incapacité de travail. "En conclusion, [l'assuré] présente en effet des antécédents médicaux avec une atteinte à la santé sur le plan somatique en 2012 déjà et psychiatrique en 2008, mais nous n'avons aucun élément au dossier, ni anamnestique, ni clinique actuel pour retenir une incapacité de travail durable avant mars 2021, date où ont commencé les problèmes de santé justifiant une incapacité de travail durable comme décrit dans notre rapport d'expertise". L'assuré a encore remis un rapport de sa généraliste traitante daté du 10 novembre 2024 (dossier AI p. 301), répondant à des questions posées par son mandataire. A la question de savoir si l'assuré était incapable de travail entre février 2014 et octobre 2021, elle relève en substance ne l'avoir pas revu entre mars 2014 et le 16 avril 2021 et n'avoir ainsi attesté aucune incapacité de travail. Elle confirme en revanche une incapacité totale dans l'activité de garagiste à partir du 16 avril 2021. Concernant la capacité de travail dans une autre activité, elle déclare qu'il lui est difficile de se prononcer mais évoque en substance des activités n'impliquant pas de charge physique importante; elle renvoie au surplus à une évaluation par l'OAI. Elle détaille enfin les diagnostics pertinents selon elle, puis les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée.

E. 4.4

A l'appui de son recours, l'assuré a encore apporté un rapport établi le 24 janvier 2025 par le Dr Z. _____ et par la Dre AA. _____, respectivement médecin adjoint et médecin assistante au sein de l'Unité d'endocrinologie-diabétologie de D. _____. Ceux-ci font état d'un suivi récent pour un diabète de type 2 déséquilibré. Il précise que le traitement par insuline ne limite pas en soi la capacité de travail, mais qu'il nécessite un suivi dans le contrôle de la glycémie. Sans écarter la possibilité de complications à long terme en raison du diabète, ils relèvent néanmoins que, compte tenu de ses comorbidités et antécédents médicaux, "la limitation de la capacité de travail est plus probablement liée à ses autres pathologies médicales".

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16

E. 5

Amenée à statuer, la Cour de céans constate que l'expertise pluridisciplinaire réalisée à la demande de l'OAI a examiné de façon approfondie le dossier du recourant. Elle remplit les critères requis par la jurisprudence: elle a été effectuée en pleine connaissance du dossier et sur la base d'exams complets; les experts ont pris en considération les plaintes exprimées par l'assuré et les points litigieux ont été discutés; le contexte médical est clairement décrit et les conclusions sont dûment motivées. Partant, l'expertise peut se voir reconnaître formellement pleine valeur probante. Matériellement, les conclusions n'en sont pas fondamentalement contredites par les rapports remis ultérieurement par les médecins traitants. Le CT thoraco-abdominal effectué en avril 2024 mentionne en effet "une globale stabilité de la maladie oncologique connue", soit une situation plutôt rassurante. Le rapport

de la généraliste traitante établi à la demande du mandataire de l'assuré, en novembre 2024, rejoint en substance l'avis des experts, à savoir que ce dernier ne peut plus poursuivre son activité habituelle mais laisse clairement ouverte la possibilité d'exercer une activité adaptée. Quant au rapport des médecins de D. _____ remis avec le recours, il a trait au suivi pour le diabète et n'atteste d'aucune limitation professionnelle de ce fait. En définitive, il est donc possible de confirmer la valeur probante de l'expertise sur laquelle l'OAI s'est fondé.

E. 6

Dans le cadre du calcul du taux d'invalidité, le recourant critique le fait que l'OAI se soit référé à la moyenne de ses revenus durant les années précédant le dépôt de sa demande de prestations AI, dès lors qu'il était déjà atteint dans sa santé depuis 2012. Il estime qu'il aurait fallu se fonder sur des valeurs statistiques.

E. 6.1

L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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). En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (arrêts TF 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174; 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408).

E. 6.2

Les principes régissant la comparaison des revenus et la détermination des revenus avec et sans invalidité figurent aux art. 25ss RAI. Selon l'art. 25 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS, à l'exclusion toutefois des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (al. 1 let. a) et des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (LAPG; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (al. 1 let. b). Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période

et au regard du marché du travail suisse (al. 2). Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe (al. 3). Les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (al. 4). Conformément à l'art. 26 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2022, le revenu sans invalidité (art. 16 LPG) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (al. 1). Si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3, le revenu sans invalidité correspond à 95% de ces valeurs médianes (al. 2). L'al. 2 n'est pas applicable lorsque le revenu avec invalidité visé à l'art. 26bis al. 1 est également inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3 (al. 3 let. a) ou lorsque l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante (al. 3 let. b). Si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (al. 4). Ainsi, le revenu hypothétique de la personne valide (revenu sans invalidité au sens de l'art. 16 LPG) 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. Ce revenu 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 la personne assurée 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 (arrêt TF 9C_500/2020 du 1er mars 2021 consid. 4.1 et les références citées). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS (arrêts TF 9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 3 et TFA B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents

comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts TF 9C_826/2017 du 28 mai 2018 consid. 5.2; 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 4.3; arrêts TFA I 83/97 du 16 octobre 1997 consid. 2c, in VSI 1998 p. 121, et I 432/97 du 30 mars 1998 consid. 4a, in VSI 1998 p. 255). Il convient de distinguer clairement la situation personnelle de la personne assurée, seule déterminante au regard de l'assurance-invalidité, de celle de l'entreprise dont elle est la propriétaire économique (arrêt TF 9C_572/2010 du 25 mars 2011 consid. 3.5 in fine).

E. 6.3

En ce qui concerne le revenu d'invalidité, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (FRÉSARD-FELLAY, Droit suisse de la sécurité sociale, Volume II, 2015, § 286 p. 421). Si l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

E. 6.4

Il ressort du dossier que, précédemment au dépôt de sa demande de prestations AI, le recourant a exercé une activité de garagiste indépendant durant une dizaine d'années, au cours desquelles les revenus déclarés à l'AVS étaient pour le moins modestes. L'extrait de compte individuel AVS de l'assuré (dossier AI p. 15) fait en effet ressortir les revenus suivants: CHF 34'680.- en 2011, CHF 48'960.- en 2012, CHF 25'000.- en 2013, CHF 27'500.- en 2014, CHF 30'000.- en 2015, CHF 30'000.- en 2016, 0.- en 2017, CHF 9'333.- en 2018 et CHF 31'400.- en 2019. C'est sur la moyenne des 5 dernières années (hormis les années 2017 et 2018) que l'OAI s'est basé pour retenir un revenu de valide de CHF 28'780.-, ce qui correspond à moins de CHF 2'400.- par mois. S'il est indéniable que les revenus en question se situent largement en-deçà des revenus usuels dans cette branche (le tableau TA1_Skill level pour l'année 2022 de l'ESS fait état d'un salaire minimal d'environ CHF 5'000.- dans la branche du commerce et de la réparation d'automobiles), cela ne permet toutefois pas d'emblée de s'en distancier au profit de valeurs statistiques. Cela d'autant plus que l'assuré a eu une activité d'indépendant. Il s'impose en effet de constater, sur la base notamment des indications des experts de C._____, que si le recourant a effectivement subi deux atteintes à la santé, l'une en 2012 et l'autre en 2017, le dossier ne permet pas d'établir qu'il ait de ce fait subi une diminution notable de sa capacité de travail, respectivement que sa

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 capacité de gain en ait été durablement influencée. Les documents médicaux figurant au dossier ne permettent en tous les cas pas de l'établir. En particulier, la généraliste traitante reconnaît que l'assuré ne l'a plus consultée entre mars 2014 et 2021 (cf. supra consid. 4.3 in fine) tandis que les rapports spécialisés relatifs à l'AVC et à l'infarctus ne se prononcent que sur la situation ponctuelle, sans donner d'indications sur l'évolution sur le long cours (cf. supra consid. 4.1). Il s'impose dès lors de retenir que le recourant s'est contenté, des années durant et pour des motifs qui lui sont

propres, mais (très probablement) étrangers à l'invalidité, de revenus modestes. Ce choix lui appartient mais il ne se justifie pas, a posteriori, de réévaluer ses revenus à la hausse en recourant à des valeurs statistiques. Il n'est par ailleurs pas exclu que la situation provienne de problèmes de gestion et/ou de difficultés sans lien avec son état de santé. On en veut notamment pour preuve les différents déménagements du garage. Il appert en effet que celui-ci a successivement exploité deux garages en ville de B. _____, entre 2010 et 2013, puis un troisième à AB. _____, de 2014 à 2017, et enfin un quatrième à AC. _____ à partir de 2018 (cf. dossier AI p. 129). Ces éléments ont sans doute joué un rôle prépondérant dans les difficultés financières de l'entreprise du recourant. En outre, la coïncidence de ces événements avec les problèmes de santé invoqués (pour rappel, AVC en octobre 2012 et infarctus en juin 2017) tendent à démontrer qu'il a rapidement retrouvé sa capacité de travail. Il est en effet peu probable que ce dernier aurait persévéré dans ce sens s'il avait effectivement été significativement atteint dans sa santé. Ceci parle également en faveur du fait que l'assuré s'est en réalité contenté de faibles revenus. Des doutes peuvent également être soulevés quant au fait que les montants déclarés à l'AVS représentent la totalité de ses moyens de subsistance; il paraît en effet difficile d'admettre qu'il ait vraiment été en mesure de faire face à ses dépenses courantes, avec deux enfants à charge, avec ces seuls revenus. Vu cela, son entêtement à poursuivre une activité dont, manifestement, il n'est à première vue jamais parvenu à tirer des revenus suffisants (à l'exception peut-être de l'année 2012), est difficilement compréhensible; il l'est d'autant moins si l'assuré devait effectivement avoir été atteint dans sa santé. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il convient donc de retenir qu'une personne raisonnable aurait, en pareilles circonstances, entamé des démarches en vue de changer d'orientation professionnelle afin d'augmenter ses revenus et que la décision de poursuivre son activité de garagiste indépendant relève d'un choix personnel, dont il n'incombe pas à l'assurance- invalidité d'assumer aujourd'hui les conséquences.

E. 7

C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a rejeté sa demande de prestations, le calcul du taux d'invalidité n'étant pour le surplus pas critiquable. Partant, le recours (608 2025 26), mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée, confirmée.

E. 8

L'assuré a requis l'octroi de l'assistance judiciaire totale (608 2025 27) pour la procédure de recours.

E. 8.1

Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence ou à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a) et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al.

1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2).

E. 8.2

Il convient d'examiner les deux conditions permettant l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite, à savoir celle de la situation financière difficile et celle des chances de succès. S'agissant de la situation financière, il appert que l'assuré n'est pas soutenu par le service social de sa commune, quand bien même il ne travaille plus depuis 2022; il indique en revanche survivre grâce à l'aide de ses proches. Quand bien même sa situation financière exacte est peu claire, on peut néanmoins partir du principe qu'il ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. Il peut en outre être admis que le recours n'était pas d'emblée dénué de chances de succès. Dans ces conditions, l'assistance judiciaire totale est octroyée au recourant et le mandataire choisi désigné en tant que défenseur d'office.

E. 8.3

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés en raison de l'assistance judiciaire totale octroyée ce jour, sous réserve d'un retour ultérieur à meilleure fortune au sens de l'art. 145b al. 3 CPJA. Sur la base de la liste de frais remise le 3 avril 2025, répondant aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12), l'indemnité est fixée comme suit: 10h20 d'honoraires à CHF 180.-/h, plus CHF 38.60 d'honoraires et CHF 153.80 au titre de la TVA à 8,1%, soit un total de CHF 2'052.40, montant qui est mis à la charge de l'Etat de Fribourg. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours (608 2025 26) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2025 27) est admise et Me Daniel Känel est désigné comme défenseur d'office. III. L'indemnité allouée à Me Daniel Känel en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 1'860.-, plus CHF 38.60 de débours et CHF 153.80 au titre de la TVA, soit à un total de CHF 2'052.40, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Les frais de procédure sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant. Ils ne seront toutefois pas perçus en raison de l'assistance judiciaire qui lui a été accordée. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 16 janvier 2026/mba La Présidente Le Greffier-rapporteur