

FR_GERICHTE 605 2016 201 vom 26. März 2018

FR Kantonsgericht, 2018-03-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_201

FR: FR_GERICHTE 605 2016 201 du 26 mars 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2016 201 del 26 marzo 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 30

juin 2015 pour une durée illimitée. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. En référence à un certificat médical établi le 2 mars 2016 par la Dresse D._____, médecin- assistante au service orthopédique de l'Hôpital fribourgeois, il allègue être en incapacité de travail totale depuis cette dernière date. Il conteste par ailleurs que l'on puisse trouver sur le marché du travail une activité adaptée à son handicap raisonnablement exigible de sa part. Par acte séparé du même jour, l'assuré dépose en outre une requête (605 2016 211) d'assistance judiciaire totale pour la procédure de recours et demande la désignation de son mandataire comme défenseur d'office. E. Le 23 novembre 2016, le recourant produit un rapport du 14 novembre 2016 du Dr E._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il requiert, comme moyen de preuve supplémentaire, l'audition de ce dernier et la sienne sous la forme de débats publics. Dans ses observations du 5 janvier 2017, l'autorité intimée propose le rejet du recours et déclare ne pas avoir de remarque à formuler au sujet de la requête d'assistance judiciaire.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 Appelé en cause, le 14 février 2017, en tant que fonds de prévoyance intéressé à qui la décision du 10 août 2016 a été notifiée, F._____ n'a pas déposé de détermination. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Le 7 avril 2017, le mandataire du recourant a produit sa liste de frais et honoraires. Le 8 février 2018, l'OAI a transmis à la Cour de céans de nouvelles pièces relatives à une nouvelle demande de prestations AI déposée par l'assuré le 12 janvier 2018. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu – l'assuré était encore domicilié dans le canton de Fribourg au moment du dépôt de son recours (art. 58 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1], applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20] – et de la matière par un assuré dûment représenté, directement touché par la décision attaquée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, le cas échéant, annulée ou modifiée, le recours est recevable. 2. 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. A teneur de l'art. 7 al. 1 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGA), d'une maladie (art. 3 al. 1 LPGA) ou d'un accident (art. 4 LPGA). 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). 3. 3.1. Conformément à 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 3.2. 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. 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. C'est la méthode générale de comparaison des revenus (arrêts TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1, 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.2, et les références citées). 3.2.1. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé (arrêts TF 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1, 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.2, et les références citées). 3.2.2. Le revenu d'invalide 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 d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ci-après: DPT) établies par la Suva (arrêt 9C_140/2017 précité consid. 5.4.1 et la référence citée). 3.2.3. Lorsque le revenu d'invalide est évalué sur la base des statistiques salariales, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) de l'ESS pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (arrêt TF I 238/06 du 17 novembre 2006 consid. 5.3.3.1 et la référence citée). La valeur statistique médiane s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec leurs limitations fonctionnelles (arrêt TF 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et les références citées;

cf. également arrêts TF I 397/05 du 5 juillet 2006 consid. 5.5 et U 259/04 du 7 juillet 2005 consid. 6.2). 3.2.4. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. L'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 et les références citées). 3.3. 3.3.1. Lorsqu'un litige s'inscrit dans le cadre de l'octroi d'une rente limitée dans le temps, l'art. 17 LPGA s'applique par analogie (arrêt TF 9C_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3). Selon l'al. 1 de cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 3.3.2. Aux termes de l'art. 88a al. 2, 1ère phr. du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, lorsque la révision du droit à la rente n'est pas justifiée par une évolution de l'état de santé du recourant, à savoir par un phénomène pathologique labile, mais qu'elle s'inscrit dans un contexte où celui-ci apparaît comme stabilisé, il peut toutefois être fait abstraction du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI pour fixer la naissance (et, a fortiori, l'extinction) du droit à la rente (arrêt TF I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 5 et la référence citée). 3.3.3. En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3; ATF 125 V 413 consid. 2d). 4. 4.1. En ce qui concerne la preuve, le tribunal des assurances sociales 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, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 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 tribunal doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (arrêt TF 9C_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1 et les références citées). 4.2. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus

de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, mêmes faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (arrêt TF 8C_622/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et la référence citée). 4.3. En ce qui concerne 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 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. Au demeurant, 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 (arrêts TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4, 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1, et les références citées). 5. En l'espèce, le litige porte sur le droit de l'assuré à la rente au-delà du 30 juin 2015, le début du droit à ladite rente, fixé au 1er avril 2013 (cf. art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI), n'étant en revanche pas remis en cause. Pour répondre à cette question, il s'impose de trancher au préalable celle de la capacité de travail de l'assuré, ce qui relève d'une appréciation médicale de la situation. 5.1. Il n'est ni contesté ni contestable que la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité de monteur, qu'il exerçait jusqu'à son accident de travail du 17 février 2012, est désormais nulle, de même que dans toute autre activité manuelle lourde. En revanche, les médecins spécialistes s'accordent à dire qu'une activité légère, adaptée aux limitations fonctionnelles de son coude droit, reste exigible de sa part. 5.1.1. A cet effet, le Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la Suva, expose ce qui suit: "Die angestammte schwere manuelle berufliche Tätigkeit ist definitiv nicht mehr zumutbar. Es kann folgendes Zumutbarkeitsprofil definiert werden: Ganztätiger Einsatz für administrative Aufgaben, Überwachungsfunktionen oder leichte körperliche Aktivitäten, vorzugsweise mit abgestütztem Ellbogen rechts, ohne Einsatz der oberen Extremität rechts mit repetitive kraftverlangende Bewegungen und ohne repetitives Manipulieren mit Gewichten isoliert mit der oberen Extremität rechts über 1 kg" (cf. rapport du 23 juin 2015, dossier OAI, p. 167-171). 5.1.2. La Cour de céans se rallie à l'appréciation du Dr C._____ qu'elle juge concluante en tous points et qui répond aux exigences posées par la jurisprudence susmentionnée en matière de valeur probante. En effet, ce rapport émane d'un spécialiste qui s'est basé sur un dossier médical complet incluant notamment les rapports des médecins des cliniques de chirurgie orthopédique de l'Hôpital fribourgeois (dont ceux du Dr G._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique) et de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall (dont ceux des Drs H._____ et I._____, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Le Dr C._____ a procédé à un examen personnel de l'assuré dont il a retranscrit l'anamnèse et les plaintes. Ses conclusions sont claires et motivées. Elles ont été au demeurant entérinées par le médecin du Service médical régional (ci-après: SMR) de l'OAI, le Dr J._____, spécialiste FMH en anesthésiologie (cf. rapport du 29 juillet 2015, dossier OAI, p.

162-163).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 5.1.3. Par ailleurs, aucune autre pièce médicale figurant au dossier ou produite par le recourant devant la Cour de céans ne vient jeter un doute, même léger, sur la fiabilité et la pertinence de l'avis du Dr C. _____ qui, à défaut d'éléments nouveaux le remettant en cause, peut être considéré comme restant d'actualité. En particulier, la Cour ne saurait suivre l'avis du Dr E. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon qui "le patient ne peut utiliser son membre supérieur droit, même pour un travail sur un clavier ou un travail avec une souris. Donc, on peut considérer que l'activité du membre supérieur droit est nulle. Par conséquent, mis à part une activité où l'utilisation des deux membres supérieurs n'est pas nécessaire, par exemple gardien de musée, on peut considérer que son aptitude au travail est nulle. En conclusion, la capacité de travail de ce patient est possible dans un travail adapté où le patient ne pourrait utiliser qu'un seul de ses deux membres supérieurs (emploi de contrôleur, de gardien de musée ou équivalent) et, dans ce contexte, la capacité de travail se situerait entre 50 et 75%, en fonction de l'emploi proposé" (cf. rapport du 14 novembre 2016, produit par l'assuré en cours de procédure de recours, le 23 novembre 2016). En effet, le Dr E. _____ estime que l'assuré ne peut plus utiliser son membre supérieur droit, même pour un travail avec un clavier ou une souris. Il va ainsi à l'encontre de l'opinion du Dr C. _____, sans motiver davantage pourquoi tel serait le cas. Bien que considérant que l'assuré ne peut utiliser qu'un seul de ses deux membres supérieurs, le Dr E. _____ cite néanmoins des exemples d'activités adaptées exigibles (contrôleur, gardien de musée ou équivalent) qui entrent dans le cadre du large éventail d'activités que sont en mesure de réaliser, selon l'ESS, les assurés conservant une capacité de travail importante dans des travaux légers. Par ailleurs, le Dr E. _____ est d'avis que la capacité de travail de l'assuré est réduite "en fonction de l'emploi proposé". Or, l'OAI a tenu compte des limitations fonctionnelles de ce dernier en lui reconnaissant un désavantage salarial de 20% et, de plus, le dossier médical ne laisse apparaître aucun autre facteur médical qui justifierait une diminution de la capacité de travail dans un emploi adapté. Au demeurant, en tant que contre-expert privé, l'on peut partir du principe que le Dr E. _____ s'exprime dans le sens de son patient et relaie les plaintes les plus alarmantes de celui-ci. Ainsi, cette appréciation différente du Dr E. _____ ne permet pas de jeter un doute, même léger, sur la fiabilité et la pertinence de l'avis du Dr C. _____. Elle ne saurait dès lors emporter la conviction de la Cour. 5.2. Partant, c'est à bon droit que l'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assuré dans une activité légère, adaptée à ses limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, était exigible à 100% à compter du 1er juillet 2015. On précisera ici que la révision, par application analogique de l'art. 17 LPGA, du droit à la rente s'inscrivait en l'occurrence dans le contexte où l'état de santé de l'assuré apparaissait comme stabilisé. En effet, force est de constater que, lorsque le Dr C. _____ a examiné l'assuré lors de son bilan final du 23 juin 2015, il demeurait chez ce dernier, près de trois ans et demi après l'accident du 17 février 2012 et malgré trois interventions chirurgicales, dont la dernière en 2014 (cf. rapport opératoire du 5 décembre 2014 du Dr I. _____, dossier OAI, p. 220-221), une instabilité du

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 coude droit attestée par l'ensemble du corps médical consulté (cf. en particulier rapports précités des Drs C. _____ et E. _____) et corroborée par la constance des plaintes et de la symptomatologie de l'assuré. C'est pourquoi l'OAI pouvait faire abstraction – tel fut le cas – du délai de trois mois prévu à l'art.

88a RAI et fixer la fin du droit à la rente au 30 juin 2015 déjà. 6. Reste enfin à déterminer si et, dans l'affirmative, dans quelle mesure l'assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain sur un marché du travail équilibré, et quel est son taux d'invalidité. 6.1. Dans son recours, l'assuré allègue qu'"[il] ne peut pratiquement pas utiliser son coude droit, qui est soumis à des lâchages et des décrochages continuels. Il n'arrive même pas à signer un document sans s'y reprendre à plusieurs fois. Dans ces conditions, il est manifeste que, si, comme le prescrit la jurisprudence, l'on reste dans un cadre réaliste, il n'existe aucune activité raisonnablement exigible pour [lui]" (cf. mémoire de recours du 12 septembre 2016, p. 5, ch. 2). Or, en ce qui concerne les activités pouvant entrer en ligne de compte dans le cas concret, l'OAI s'est en l'occurrence basé sur la valeur statistique médiane qui s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec leurs limitations fonctionnelles. En plus, l'OAI a opéré une réduction supplémentaire, à titre de désavantage, de 20% pour tenir compte dans une juste mesure de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, en particulier des limitations fonctionnelles affectant le coude de droit de l'assuré. 6.2. Dans ces circonstances, on ne saurait conclure, contrairement à l'avis du recourant, qu'il n'existe aucune activité raisonnablement exigible de sa part sur un marché du travail équilibré. Au contraire, et sans pour autant nier les difficultés que peuvent représenter pour ce dernier la recherche d'un emploi adapté à son handicap, force est de constater que des possibilités de travail réalistes s'offrent néanmoins à lui sans qu'elles ne soient subordonnées à des exigences excessives ou ne puissent être exercées sous une forme trop restreinte au sens où l'entend la jurisprudence susmentionnée. Il convient dès lors de considérer que l'assuré est à même, comme le lui impose son obligation de diminuer le dommage, d'exploiter économiquement sa capacité de gain sur un marché de l'emploi qui reste équilibré. 6.3. Ainsi, en comparant le revenu sans invalidité, d'un montant – non contesté – de CHF 57'660.95, avec le revenu d'invalidité de 52'506.90 basé sur l'ESS et tenant compte d'un désavantage salarial de 20%, on obtient un taux d'invalidité de 9% insuffisant au seuil minimum des 40% nécessaires pour donner droit à une rente.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 6.4. Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'OAI a refusé à l'assuré le droit à la rente à compter du 1er juillet 2015. 7. Compte tenu de ce qui précède, le recours du 12 septembre 2016, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 10 août 2016 confirmée, les requêtes de preuves étant par ailleurs rejetées, pour les raisons suivantes. 7.1. Les pièces médicales figurant au dossier ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait était établi de manière satisfaisante au degré de la vraisemblance prépondérante. En particulier, ni le rapport établi le 14 novembre 2016 par le Dr E. _____ et produit par l'assuré en cours de procédure de recours, et encore moins le certificat médical du 2 mars 2016 de la Dresse D. _____ (laquelle ne fait qu'attester une incapacité de travail totale passagère) auquel se réfère l'assuré dans son mémoire de recours, n'ont emporté la conviction de la Cour et ne permettent de s'écarter des conclusions auxquelles a abouti le Dr C. _____ dans son rapport du 23 juin 2015. C'est pourquoi, la cause étant déjà suffisamment instruite, il n'était pas nécessaire d'ordonner des mesures d'instruction médicale supplémentaires sous la forme d'une nouvelle expertise médicale comme requis par le recourant. 7.2. Dans son écriture du 23 novembre 2016 accompagnant

le rapport du 14 novembre 2016 du Dr E. _____, le recourant a formulé la requête suivante: "Dans la mesure où, contre toute attente, cette expertise médicale [rapport du 14 novembre 2016 du Dr E. _____] ne devait pas convaincre le Tribunal cantonal, je me permets d'ores et déjà de requérir comme moyen de preuve supplémentaire la tenue de débats publics, au cours desquels il y aura lieu d'entendre à la fois l'expert [Dr E. _____] et le recourant". Ainsi, dans l'hypothèse – réalisée ce jour – d'un rejet de sa demande d'expertise médicale, le recourant requiert à titre de moyens de preuve, sa propre audition (en tant que partie) et celle du Dr E. _____ (en tant que témoin). Or, à bien la lire, sa requête telle que formulée dans son écriture du 23 novembre 2016, ne vise pas à garantir en premier lieu son droit d'être entendu – qu'il a pu exercer par écrit tout au long de la présente procédure – via la publicité des débats, mais consiste en une réquisition de preuve qu'il souhaite voir être administrée par voie d'audience. Elle ne saurait dès lors être interprétée comme une requête de débats publics au sens strict de l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (Convention européenne des droits de l'Homme, CEDH; RS 0.101). Cela étant, dans la mesure où la cause est déjà suffisamment instruite, la Cour renonce à l'audition requise du recourant et du témoin proposé. 7.3. Dans le cadre d'une procédure (605 2016 111+112) parallèle en matière d'assurance- accidents, la Suva a, par décision sur opposition du 21 mars 2016, confirmée ce jour par la Cour, retenu un taux d'invalidité de 3.3%. Cette différence avec celui de 9% calculé par l'OAI dans sa décision du 10 août 2016 semble résulter essentiellement des données sur lesquelles se sont

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 respectivement fondés l'OAI (à savoir l'ESS) et la Suva (à savoir les DPT) pour évaluer le revenu d'invalidé, étant rappelé que ces deux bases de calcul sont admises par la jurisprudence. Quoi qu'il en soit, même si l'on appliquait le taux d'invalidité de 3.3% fixé par la Suva, force serait de constater que le sort du présent litige resterait le même. Il sied de préciser ici que, pour juger simultanément la présente cause en matière d'assurance- invalidité et celle (605 2016 111+112) relevant de l'assurance-accidents, la Cour de céans a eu connaissance des deux dossiers traités en parallèle. Toutefois, dans la mesure où chacun d'eux permettait à lui seul de trancher le litige le concernant, que les pièces médicales essentielles du dossier Suva étaient déjà intégrées dans le dossier de l'OAI suite à une procédure de communication entre ces deux autorités, et que les deux causes n'opposaient pas les mêmes parties, il ne s'imposait pas de procéder à une jonction des deux procédures de recours comme suggéré par le recourant. 7.4. S'agissant de la nouvelle demande de prestations AI du 12 janvier 2018 que l'OAI a porté à la connaissance de la Cour le 8 février 2018, elle ne joue aucun rôle dans le cadre de la présente procédure de recours dans la mesure où elle est postérieure à la date déterminante de la décision attaquée du 10 août 2016 (cf. arrêts TF 9C_371/2015 du 24 mars 2016 consid. 4.1, C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2, et les références citées). Son instruction incombera donc à l'administration qui en est saisie. 8. Reste à statuer sur la requête (605 2016 211) d'assistance judiciaire totale afférente à la présente procédure de recours (605 2016 201). 8.1. Selon l'art. 61 let. f LPGA, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti; lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 al. 1 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille. Selon l'al. 2 de cette disposition, l'assistance n'est pas accordée

lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable. D'après l'art. 143 al. 2 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties. En vertu de l'art. 145 al. 3, 1ère phr. CPJA, la procédure relative à l'assistance judiciaire est gratuite. 8.2. Une partie est dans le besoin lorsque ses ressources ne lui permettent pas – au moment du dépôt de la requête d'assistance judiciaire – de supporter les frais de procédure et ses propres frais de défense sans entamer les moyens nécessaires à son entretien et à celui de sa famille (arrêt TF 9C_165/2009 du 22 septembre 2009 consid. 4.2.2 et la référence citée).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Le minimum vital du droit des poursuites constitue par ailleurs un point de départ généralement admis pour le calcul des charges du requérant, même si les conditions d'octroi de l'assistance judiciaire sont en principe moins strictes que celles de l'insaisissabilité au sens des art. 92 ss de la loi du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP; RS 281.1). Il convient encore de le majorer de 25% (arrêts TF I 286/04 du 24 mai 2005 consid. 4.1.2 et 9C_165/2009 du 22 septembre 2009 consid. 4.2.3). 8.3. En l'occurrence, il ressort de la demande d'assistance judiciaire et des pièces produites à l'appui de celle-ci que les revenus mensuels, irréguliers, du requérant peuvent être estimés à quelque CHF 1'800.- dont il faut encore déduire ses charges mensuelles (loyer, caisse-maladie et minimum vital majoré de 25%) qui se montent à quelque CHF 3'000.-. Il appert dès lors que le requérant ne dispose manifestement pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure de recours introduite le 12 septembre 2016 sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. Son indigence paraît dès lors comme suffisamment établie. En outre, il n'était pas possible d'affirmer que le recours (605 2016 201) paraissait d'emblée voué à l'échec pour un plaideur raisonnable. Enfin, on peut admettre que l'assistance d'un avocat se trouvait ici justifiée. 8.4. Dans ces circonstances, il convient de mettre le requérant au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre de la procédure de recours (605 2016 201) introduite le 12 septembre 2016, sans frais de justice, et de lui désigner comme défenseur d'office son mandataire choisi. 8.5. Compte tenu de sa liste de frais déposée par son mandataire le 7 avril 2017, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle Me Benoît Sansonnens a droit en sa qualité de défenseur d'office à CHF 1'024.20 d'honoraires, soit 5.69 heures (341 minutes) à 180 francs/heure (art. 12 al. 1bis du Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif/JA; RSF 150.12]), étant relevé que seules les opérations relatives à la présente procédure de recours – à l'exclusion de celles antérieures au prononcé de la décision attaquée du 10 août 2016 et qui ont trait à la procédure d'objections, devant l'OAI, au projet de décision du 27 mai 2016 – seront indemnisées. Il convient d'y ajouter CHF 50.30 de débours (pour la période à compter du 12 août 2016) et CHF 85.95 de TVA à 8%. L'indemnité s'élève ainsi à un montant total de CHF 1'160.45 et est mise à la charge de l'Etat de Fribourg, sous réserve d'un retour ultérieur à meilleure fortune du requérant au sens de l'art. 145b al. 3 CPJA. Dite indemnité sera versée directement à Me Benoît Sansonnens. 8.6. La procédure étant onéreuse en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne seront toutefois pas prélevés vu l'assistance judiciaire totale qui lui est octroyée ce jour.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête: 1. Le recours (605 2016 201) est rejeté. 2. La requête (605 2016 211) d'assistance judiciaire totale est admise pour la procédure de recours (605 2016 201). Me Benoît Sansonnens, avocat, est désigné défenseur d'office de

A._____. 3. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 1'024.20 d'honoraires, plus CHF 50.30 de débours, plus CHF 85.95 au titre de la TVA à 8%, soit à un total de CHF 1'160.45, et mise à la charge de l'Etat de Fribourg. 4. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils ne sont toutefois pas prélevés dès lors que celui-ci est mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale. 5. 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 26 mars 2018/avi Le Président Le Greffier-rapporteur

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