

FR_GERICHTE 605 2018 255 vom 22. März 2019

FR Kantonsgericht, 2019-03-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_255

FR: FR_GERICHTE 605 2018 255 du 22 mars 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 255 del 22 marzo 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 8

juin 2018, l'expert-psychiatre estime que l'assuré ne souffre d'aucun trouble psychique invalidant.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 Par décision du 6 septembre 2018, reprenant un projet du 27 juin 2018, l'OAI a refusé de prester, se fondant sur un degré d'invalidité de 16%. E. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Carine Gendre Rohrbach, avocate, interjette recours (cause 605 2018 255) devant le Tribunal cantonal le 10 octobre 2018 concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière. A l'appui de ses conclusions, il conteste les conclusions du Dr E._____, affirmant que l'expert a totalement ignoré ses plaintes et ses limitations fonctionnelles et a, en outre, fait l'impasse sur les hypothèses de trouble somatoforme ainsi que sur l'examen des différents indicateurs. Par contre, il se prévaut des conclusions de l'expert-psychiatre de D._____, selon lequel il souffrirait de troubles psychiatriques totalement invalidants. Sur cette base, s'appuyant également sur les rapports de ses médecins traitants, il constate que son état de santé s'est notablement aggravé, ce qui lui donnait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Parallèlement à son recours, l'assuré demande (cause 605 6018 256) à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et à ce que Me Carine Gendre Rohrbach lui soit désignée défenseur d'office. Le 20 novembre 2018, l'OAI a déposé ses observations, proposant le rejet du recours. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile – la date de notification au 18 septembre 2018 de la décision du 6 septembre 2018 n'étant nullement contestée – et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. 2.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V

281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. 3. L'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. Selon l'art. 17 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 4. 4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 4.2. Pour statuer, 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. 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 4.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et

que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). 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).

4.4. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). Le médecin SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, mais il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt TF 9C_144/2009 du

E. 10

novembre 2009, tant sur le plan somatique que sur le plans psychique. Sa capacité de travail est demeurée entière. 6.3. Ces conclusions ne sont pas mises en cause par les avis des autres médecins interrogés. Le Dr Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, soutient certes la présence d'un "trouble dépressif récurrent, sans précision" (F33.9). Ce rapport fait suite à l'hospitalisation du

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 recourant durant deux jours à l'Hôpital psychiatrique de P._____. Mais le médecin n'atteste aucune incapacité de travail. Tout au plus constate-t-on qu'il évoque l'incidence des facteurs socio- économiques sur la situation de l'assuré, précisant que "la famille passe par des difficultés financières depuis longtemps, avec augmentation des dettes dernièrement, ce qui a motivé les idées noires" (rapport du 21 novembre 2012, dossier OAI, p. 339). Ce rapport va donc plutôt dans le sens des conclusions du Dr E._____. Pour sa part, la Dresse R._____, spécialiste en anesthésiologie, ne mentionne aucune incapacité de travail. Elle se contente de relayer les plaintes de son patient quant aux douleurs au membre inférieur gauche, dont la description semble correspondre à des douleurs neuropathiques (rapport du 4 novembre 2010, dossier OAI, p. 267). Quant au Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il diagnostique un "épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques" (F32.2), des "syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiques" (F59) et un "état de stress post-traumatique" (F43.1). Il estime que ces diagnostics empêchent son patient de travailler, évoquant comme restriction une "incapacité de tenir la station debout", de la "fatigue" et de l'"inattention". Les diagnostics du psychiatre traitant – lesquels ne sont que peu motivés – ont cependant été contredits tant par le psychiatre de D._____ que par le Dr E._____. Ils apparaissent, au demeurant, invraisemblables. En particulier, le syndrome post-traumatique semble lié au fait de s'être tordu la cheville en 2008 en tombant d'une échelle. Un tel événement ne saurait manifestement être considéré comme traumatisant au point de justifier un état de stress 5 ans plus tard (rapports du 26 février, 15 juillet et 3 septembre 2013, dossier OAI, p. 337, 349 et 386). Enfin, le Dr I._____ fait état d'une dépression sévère comme diagnostic invalidant et estime que "l'état psychique actuel ne permet pas de reprise de travail quelconque" (dossier OAI, p. 262, 270, 324, 358 et 393). En tant que généraliste, il semble cependant relayer les thèses du psychiatre traitant, lesquels n'ont déjà pas convaincu la Cour. Cela ne saurait renverser les conclusions du Dr E._____. 7. La Cour relève, par force de surcroît, qu'une pléthore d'éléments attestent de la part prépondérante prise par des facteurs extra-médicaux dans le cas du recourant, et ceci depuis le refus initial de la rente. En particulier les médecins de H._____ indiquaient que "le consilium psychiatrique ne met[tait] pas en évidence de trouble psychiatrique avéré". Ils prédisaient cependant que "certains facteurs contextuels [allaient] certainement rendre la réinsertion professionnelle difficile: dramatisation, patient centré sur les douleurs, déconditionnement physique, passivité, auto-évaluation élevée du handicap" (rapport du 19 septembre 2008, dossier OAI, p. 5). Pour sa part, le Dr G._____ soulignait que "le tableau clinique [était] enrichi de nombreux signes de non-organicité" et que l'"importante limitation fonctionnelle des articulations tibio-tarsienne et sous-astragalienn[e] [...] [était] en partie volontaire et dépendante du patient" (dossier OAI, p. 87 et 99). A l'époque, d'autres médecins allaient même plus loin et évoquaient même déjà une exagération des symptômes lors de l'examen. Par exemple, le Dr K._____ précisait que, "au cabinet le patient se déplace très difficilement avec une canne et son comportement est théâtral" alors que, "dans la rue il marchait d'un pas tout à fait normal et sans utiliser la canne" (dossier OAI, p. 157). De même, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relevait que, hors consultation, avait "nettement moins déchargé son membre inférieur G avec une

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 démarche relativement fluide avec la canne et qu'il marchait aussi rapidement que son fils et sa femme" (dossier OAI, p. 176). Tant les experts de D._____ que le Dr E._____ témoignent aujourd'hui d'éléments identiques. On le

rappelle, les premiers observent que, lorsque l'assuré est sorti de l'immeuble, "le tableau est très différent. Certes, il continue à s'appuyer sur ses deux cannes anglaises, mais il charge le membre inférieur gauche et déroule le pied gauche normalement. La boiterie est minime. L'assuré a l'air détendu, fume une cigarette". Le second souligne que l'exploré "quitt[e] le cabinet d'un pas accéléré, une fois la porte de la salle d'examen franchie. Devant le cabinet, il retrouve ses proches et déambule de manière détendue avec ses deux cannes, lorsqu'il fume une cigarette, avant de s'installer dans une voiture". Ces situations décrites en 2016 et 2018 sont proches – pour ne pas dire identiques – à celles évoquée par le Dr T. _____ et le Dr K. _____ quelques années plus tôt. Cela fait d'autant plus penser que l'état de santé du recourant n'a pas évolué depuis 2008. L'incapacité de travail actuellement alléguée semble majoritairement liée à des facteurs extra- médicaux tels que des difficultés financières de longue date ou le fait que qu'il n'ait, durant près de dix ans, exercé aucune activité lucrative, et cela alors même qu'une pleine capacité de travail devait lui être reconnue. Il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de prendre à sa charge ces risques sociaux- économiques. Quoi qu'il en soit, les observations du Dr T. _____, du Dr K. _____, des experts de D. _____ et du Dr E. _____ vont dans le sens d'un état de santé qui n'a pas changé entre 2009 et 2018 et sont en contradiction flagrante avec les seules conclusions du Dr J. _____. 8. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, c'est à juste titre que l'autorité intimée a retenu que l'état de santé du recourant n'a pas évolué depuis le refus initial de rente. L'évaluation du degré d'invalidité à l'aide de la méthode de comparaison des revenus n'est au demeurant pas contestée. La Cour constate que le degré d'invalidité de 16% qui en découle est identique à celui retenu en 2009. La capacité de gain n'a, dès lors, pas évolué depuis lors. Dans ces circonstances, le recours est rejeté et la décision contestée du 6 septembre 2018 confirmée. 9. Le recourant sollicite (605 2018 256) le bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre du recours contre la décision du 6 septembre 2018. 9.1. Selon l'art. 61 let. f 2ème phr. LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 CPJA, 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 (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 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). L'octroi de l'assistance judiciaire peut être subordonné au paiement d'une contribution mensuelle aux prestations de la collectivité publique (al. 3). L'assistance judiciaire ne dispense pas du versement de l'indemnité de partie visée aux articles 137 et suivants (al. 4). Dans la mesure où l'assistance judiciaire est une avance faite par la collectivité publique sur les frais de justice, la collectivité publique peut exiger le remboursement de ses prestations dans les dix ans dès la clôture de la procédure en cas de retour à meilleure fortune ou s'il est démontré que l'état d'indigence n'existait pas (art. 145b CPJA). 9.2. En l'espèce, le recourant a produit un document du service social de sa commune, selon lequel il bénéficie de la couverture de son budget. On peut dès lors retenir qu'il ne dispose pas de ressources suffisantes pour

supporter les frais de la procédure introduite sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille. Par ailleurs, il y a lieu d'admettre que le recours, bien qu'au final manifestement infondé, ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec. En particulier, on retient que son argumentation était soutenue par les conclusions, même écartées, d'un expert mandaté par l'administration. L'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans apparaissait dès lors justifiée. En conséquence, il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale dans le cadre de la procédure de recours 605 2018 255 et de lui désigner comme défenseur d'office Me Carine Gendre Rohrbach, avocate. 9.3. Le 3 décembre 2018, cette dernière a produit sa liste de frais détaillée d'un montant total de CHF 1'890.70, à savoir CHF 1'637.45 au titre des honoraires (6:33 heures x CHF 250.-), CHF 118.30 au titre des photocopies et CHF 134.95 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant doit cependant être corrigé pour tenir compte du rejet du recours, l'indemnisation horaire du mandataire d'office étant de CHF 180.-. Partant, l'indemnité du défenseur d'office est fixée à CHF 1'397.20, à savoir CHF 1'179.- (6:33 heures x CHF 180.-), CHF 118.30 au titre des photocopies et CHF 99.90 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant total est intégralement pris en charge par l'Etat de Fribourg. Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire gratuite totale lui a été accordée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête : I. Le recours (605 2018 255) est rejeté. II. La requête (605 2018 256) d'assistance judiciaire gratuite totale est admise et Me Carine Gendre Rohrbach, avocate, désignée en qualité de défenseur d'office. III. Il est alloué à Me Carine Gendre Rohrbach une indemnité de CHF 1'397.20, dont CHF 99.90 au titre de la TVA (7.7%), intégralement mis à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. 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 22 mars 2019/pte Le Président :
Le Greffier-rapporteur :

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