

FR_GERICHTE 605 2020 161 vom 2. September 2021

FR Kantonsgericht, 2021-09-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_161

FR: FR_GERICHTE 605 2020 161 du 2 septembre 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 161 del 2 settembre 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Aux termes de l'art. 8 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 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.

E. 2.1

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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 2.2

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (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 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.). La reconnaissance de l'existence de l'atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis 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 résultant 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 exigibles 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.

E. 2.3

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte 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 de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418).

E. 2.4

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir des travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8

LPGA) à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'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.

E. 3

Selon l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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. 3 sont remplies. D'après ce dernier alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Dans le cadre de l'examen d'une nouvelle demande, il s'agira, par conséquent, d'appliquer par analogie les principes relatifs à l'examen de la révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA, lequel prévoit que 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 (al. 1). Ainsi, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou à la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 3.1

Tout changement important de circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b).

E. 3.2

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 134 V 131 consid. 3; 133 V 108).

E. 4

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 105 V 158 ; 114 V 314 ; RCC 1982 p. 36).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 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 établie 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV n°15 p. 43), on se saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2020 consid. 2.2). En outre, 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. 5

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé, respectivement si son taux d'invalidité s'est modifié depuis 2006, soit le moment où il avait été constaté qu'il était réinséré professionnellement et qu'il pouvait réaliser un revenu qui excluait le droit à la rente.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17

E. 5.1

Parcours professionnel Le recourant, né en 1967, n'est au bénéfice d'aucune formation professionnelle. Il a travaillé pour plusieurs employeurs en tant que cordonnier, aide-paysagiste, aide-serrurier, magasinier, machiniste, puis dès 2006 comme gérant de restaurant, aide-cuisinier et pizzaiolo.

E. 5.2

Situation au moment de la décision du 16 février 2006 constatant la réussite des mesures professionnelles et niant le droit à la rente Au moment où il a déposé sa première demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, soit en janvier 2004, suite à des problèmes à sa hanche gauche, l'assuré travaillait en tant que machiniste depuis plusieurs années auprès de l'entreprise C._____, à D._____. Dans son rapport médical du 25 novembre 2003 adressé au médecin traitant de l'assuré, le Dr N._____, spécialiste en médecine générale, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, indique que dans ce contexte de troubles dégénératifs débutants coxo-fémoraux à gauche, il faut tenter de changer l'activité professionnelle du patient car le travail de machiniste lui paraît lourd pour ce genre de pathologie. Le 22 janvier 2004, le recourant a été opéré et porte depuis lors une prothèse totale à la hanche gauche en raison d'une coxarthrose avec kystes intra-osseux gauche invalidante. Dans son rapport médical du 1er novembre 2004, le Dr N._____, pose les diagnostics de persistance d'un syndrome douloureux au niveau du psoas gauche, status après PTH gauche sur coxarthrose le 22 janvier 2004, status après cure hernie inguinale à gauche opérée en 2002, hernie inguinale droite, coxarthrose droite débutante. Le Dr N._____ sollicite le Dr O._____, de la consultation d'antalgie à P._____, pour avis étant donné que ni la physiothérapie, ni les approches chirurgicales, ni les médicaments n'ont pu influencer favorablement la douleur à la hanche, laquelle handicape passablement l'assuré. Dans son rapport médical du 10 janvier 2005, le Dr O._____ pose le diagnostic de syndrome douloureux du muscle ilio-psoas gauche avec en plus une douleur péri-cicatricielle de type neurinome. Au niveau thérapeutique, il propose de pratiquer des infiltrations des deux cicatrices, d'une part, et d'autre part, de pratiquer un bloc sympathique lombaire gauche. Suivant le résultat, il propose de répéter ces infiltrations ou alors de pratiquer des infiltrations locales au niveau des insertions musculaires et sur le trajet inguinal. En dernier ressort, il verrait une thérapie neurale. Dans son rapport médical du 20 janvier 2005, le Dr E._____ mentionne que l'activité de cafetier- restaurateur n'est pas adaptée à l'état de santé de l'assuré mais que, dans une autre activité adaptée où il serait peu debout, comme gérant ou assistant social par exemple, il pourrait travailler 8 heures par jour. Appelé à se prononcer, le Dr Q._____, médecin au Service médical régional des offices AI de Berne/Fribourg/Soleure (ci-après : SMR) indique le 25 février 2005 que l'assuré a une capacité de travail entière dans une activité adaptée et respectant les limitations fonctionnelles (port de charges lourdes, max. 10 kg, position statique prolongée (nécessité d'une alternance position assise-debout toutes les 2 heures), position accroupie ou à genoux, longs déplacements [max. 1000 mètres], déplacements sur sols irréguliers, travail en hauteur ou sur une échelle).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 Quant à l'OAI, se référant au rapport médical du Dr Q._____ du 25 février 2005, il estime que l'assuré est apte à travailler comme gérant dans un établissement, sans limitation particulière en dehors des ports de charges lourdes. Il l'a communiqué à l'assuré dans sa décision du 16 février 2006.

E. 5.3

Documents médicaux récoltés dans le cadre de la nouvelle demande En 2017, suite à des nouveaux problèmes à sa hanche gauche, augmentés de problèmes au niveau des deux épaules et de problèmes psychiques, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, sollicitant une réadaptation ou une rente. Depuis le 20 avril 2017, il a un nouveau médecin traitant, le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a attesté une incapacité de travail totale depuis cette date. Dans son rapport médical du 3 octobre 2017, le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, atteste que l'assuré présente un status après changement d'une prothèse totale à la hanche gauche (9 juin 2017) dont l'évolution est favorable mais marquée par la persistance de douleurs au niveau de la sacro-iliaque gauche et occasionnellement au pli de l'aîne à gauche. Par ailleurs, il présente une déchirure de la coiffe des rotateurs des deux épaules, ayant bénéficié, le 15 septembre 2017, d'une suture de la coiffe des rotateurs à droite. Interrogé sur la question de savoir si l'assuré a rendu plausible une éventuelle modification de son état de santé avec effet sur sa capacité de travail depuis la décision du 16 février 2006, le Dr T. _____, médecin au SMR mentionne, le 27 novembre 2017, que le status après changement de la prothèse de hanche gauche le 9 juin 2017 d'évolution favorable ne justifie pas de limitations fonctionnelles nouvelles et durables par rapport à ce qui avait été défini en 2005. En revanche, la déchirure de la coiffe des rotateurs des deux épaules et l'opération de l'épaule droite le 15 septembre 2017 (décompression sous-acromiale et suture du sus-épineux droit) sont des faits nouveaux modifiant les limitations fonctionnelles. Ainsi, une modification de l'état de santé avec effet sur la capacité de travail est avérée. Dans son rapport médical du 11 avril 2018, le Dr S. _____, indique qu'il faut envisager un reclassement professionnel pour cet assuré en arrêt depuis bientôt une année. En effet, en raison de ses pathologies (problème à la hanche gauche et aux épaules), il ne pourra plus reprendre son activité professionnelle de pizzaiolo. Il est nécessaire de le reclasser dans une activité plus sédentaire, avec petite manipulation possible, un port de charges limité à 10 kg, un travail qui ne doit pas se faire au-dessus de l'horizontale. Dans son rapport médical du 30 mai 2018, la Dre U. _____, médecin cheffe de clinique à M. _____, explique que la symptomatologie principale de l'assuré est située au niveau musculo-ostéoarticulaire de la ceinture scapulaire et pelvienne, avec une limitation importante et un handicap à 100%. Sa situation sociale et familiale est très précaire car il dépend du service de l'aide sociale et toute cette problématique d'ordre somatique a un impact considérable sur son état psychique, avec une baisse importante de la thymie, parfois des idées suicidaires, des sentiments d'injustice et de culpabilité car il dit qu'à cause de lui sa famille est dans un état économique et social très difficile n'arrivant pas à vivre dignement. Présence d'une diminution de l'élan vital, irritabilité, anxiété par anticipation, troubles du sommeil à savoir difficultés à l'endormissement et réveils nocturnes. Elle pose les diagnostics suivants ayant une incidence sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.01), autres troubles spécifiques

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 de la personnalité (F60.8), autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale (Z63), et difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61). Elle en conclut qu'au niveau somatique, l'assuré est très affecté par son état somatique actuel, ayant un impact sur son état émotionnel. Au niveau psychique, dans l'état actuel, la Dre U. _____ indique que son patient ne peut exercer aucune activité professionnelle. Au sujet des limitations fonctionnelles et de leurs effets sur l'activité que le patient a exercée jusqu'à aujourd'hui, ce médecin précise ne pas être en

mesure de répondre à cette question. Dans son rapport médical du 5 juillet 2018, le Dr S. _____, précise qu'il n'arrive pas à se prononcer pour l'heure sur le potentiel de réadaptation notamment car il faut réopérer l'épaule gauche en raison d'une rupture de la coiffe des rotateurs. Dans son rapport du 7 décembre 2018, la Dre U. _____, précise que le syndrome algique de son patient est tellement permanent et insupportable, selon ses dires, qu'il a un impact important sur la sphère émotionnelle avec aboulie, asthénie et diminution sévère de l'élan vital. Les ruminations également en permanence n'aident pas le patient du point de vue financier et social, ce dernier s'isolant de plus en plus. Il est également épuisé, car il a en permanence des troubles du sommeil, en raison du syndrome algique qui le réveille la nuit. Elle considère que plus aucune activité professionnelle n'est possible. Dans son rapport du 16 mai 2019, la Dre V. _____, médecin cheffe de clinique adjointe à M. _____, ne note aucune amélioration au niveau psychique depuis le début de la prise en charge le 12 mars 2018. Elle décrit que la sociabilité est nettement diminuée, avec une collaboration plutôt méfiante, réticente et dans l'opposition ce qui est une indication pour un trouble de la personnalité. Elle relève des troubles de la mémoire, avec trouble de l'évocation et la fixation ainsi qu'une attention et une concentration diminuées. Elle mentionne une pensée ruminative, avec obsessions et anxiété importantes. Il présente un fort sentiment de persécution lié à sa situation sociale. Par moments, elle note une grande agitation intérieure, une irritabilité, un sentiment d'insuffisance et une dysphorie. Il montre peu de capacité d'analyse et de prise de distance par rapport à son vécu et à sa situation personnelle, un fort sentiment d'injustice sous-tend toute cette situation. Elle pose les diagnostics suivants ayant une incidence sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.01) et trouble mixte de la personnalité, avec traits anxieux, dépendants, histrioniques, ainsi que des traits associés à une personnalité passive/agressive. Pour elle, le pronostic est défavorable. Les difficultés psychiques impactent directement la capacité de l'assuré à travailler, il ne semble plus être en mesure de pouvoir travailler dans un environnement stressant ou un environnement avec beaucoup d'exigences. Elle estime également que le patient a peu de ressources, un réseau social passablement pauvre et il n'a que peu d'occupations ou de loisirs. Il semble difficile de pouvoir le réinsérer dans l'économie libre. Les facteurs qui font obstacle à une réadaptation sont la grande irritabilité au niveau de l'humeur, la diminution du dynamisme, la difficulté à prendre de la distance par rapport à sa situation et sa faible capacité introspective. Le grand évitement, le sentiment d'impuissance, de malaise et d'injustice, par moments une tendance à la dramatisation et des périodes à caractère méfiant impactent la façon de l'assuré d'être en lien avec les autres et par conséquent d'être dans un environnement professionnel. L'assuré prend du Cymbalta, 90 mg par jour. Appelé à se déterminer, le Dr T. _____, médecin SMR, indique, dans son rapport médical du 24 mai 2019, que cet assuré a présenté successivement une atteinte à la hanche gauche et des deux épaules, opérées à plusieurs reprises. Il se réfère à son rapport du 27 novembre 2017 pour Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 répéter que son activité habituelle n'est plus médicalement exigible. Il mentionne que, depuis novembre 2018, l'orthopédiste préconise des mesures de réadaptation professionnelle, ce qui lui fait dire que ces mesures sont médicalement possibles depuis 6 mois. Il indique qu'en réaction aux difficultés financières et psycho-sociales engendrées par l'arrêt de travail prolongé, l'assuré présente un état dépressif. Le Dr T. _____ conclut que l'évolution de la situation médicale n'est plus clairement documentée et actualisée, ni sur le plan orthopédique, ni sur le plan psychiatrique et que l'exigibilité médico-théorique dans une activité adaptée n'est

actuellement pas définie par les pièces médicales du dossier. L'OAI a estimé nécessaire que l'assuré se soumette à une expertise bi-disciplinaire en psychiatrie et en orthopédie afin de pouvoir fixer la capacité médico-théorique. Il a confié cette expertise à J. _____, à K. _____. Elle a eu lieu le 16 septembre et le 17 septembre 2019. Le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail : coxarthrose gauche, status après arthroplastie totale de la hanche gauche de type resurfaçage en 2004, status après ténotomie d'allongement du tendon iliopsoas gauche par voie arthroscopique en 2007, status après changement d'implant et prothèse totale de la hanche gauche en 2017, status après rupture du tendon du sus-épineux à l'épaule droite, status après décompression sous-acromiale et suture du tendon sus-épineux de l'épaule droite, le

E. 9

Assistance judiciaire Des frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant, qui succombe. Ils ne lui seront toutefois pas réclamés, compte tenu de ce qui suit : Le recourant a demandé à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, et celle-ci peut lui être octroyée, dans la mesure où le concerné est bénéficiaire de l'aide sociale et où l'on ne peut considérer que son recours était d'emblée dénué de toute chance de succès. Le mandataire ainsi désigné, Me Benoît Sansonnens a remis sa liste de frais le 18 août 2021. Le montant demandé peut être considéré comme raisonnable au vu du travail fourni, le tarif a cependant été corrigé (CHF 180.- de l'heure au lieu de CHF 250.- de l'heure) pour tenir compte du fait qu'il s'agit du tarif de l'assistance judiciaire. Le mandataire désigné perçoit ainsi un montant total de CHF 1'373.40 (408 minutes de travail indemnisées au tarif horaire de CHF 180.- applicable à l'assistance judiciaire + frais par CHF 51.20 + TVA 7.7% par CHF 98.20). Celle-ci est mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours (605 2020 161) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2020 162) est admise. Me Benoît Sansonnens est désigné défenseur d'office. III. Des frais de justice sont mis à la charge du recourant qui succombe, par CHF 800.-. Compte tenu de l'assistance judiciaire, ils ne sont toutefois pas perçus. IV. Une indemnité de CHF 1'373.40 (TVA de CHF 98.20 comprise) est allouée au défenseur d'office. Elle est mise à la charge de l'Etat. 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 2 septembre 2021/mfa Le Président : La Greffière-rapporteure :

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