

FR_GERICHTE 605 2022 61 vom 13. Dezember 2022

FR Kantonsgericht, 2022-12-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_61

FR: FR_GERICHTE 605 2022 61 du 13 décembre 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2022 61 del 13 dicembre 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile 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. Partant, le recours est recevable.

E. 2

Règles relatives aux fausses déclarations

E. 2.1

Selon l'art. 46 al. 2 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), l'assureur peut réduire de moitié toute prestation si, par suite d'un retard inexcusable dû à l'assuré ou à ses survivants, il n'a pas été avisé dans les trois mois de l'accident ou du décès de l'assuré; il peut refuser la prestation lorsqu'une fausse déclaration d'accident lui a été remise intentionnellement.

E. 2.2.1

Cette disposition vise à réprimer un comportement dolosif tendant à obtenir de l'assurance plus que ce à quoi l'on aurait droit. L'établissement de l'intention dolosive est une question de fait, que le juge tranchera le cas échéant. L'assureur n'a pas besoin de rendre vraisemblable que la

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 fausse déclaration a entraîné des complications importantes, ni même qu'un quelconque dommage lui a été causé. N'importe quelle fausse déclaration contenue dans la déclaration d'accident suffit, dès lors qu'elle conduit à l'octroi de prestations d'assurance plus élevées que celles auxquelles la personne assurée aurait droit conformément à la situation effective. Tombe sous le coup de cette disposition la déclaration intentionnelle d'un salaire trop élevé, lorsque cela conduit au versement de prestations en espèces fixées sur la base d'un gain assuré trop élevé. L'assureur doit examiner une telle éventualité pour chaque prestation en particulier en respectant l'interdiction de l'arbitraire, ainsi que les principes de l'égalité de traitement et de la proportionnalité (arrêt TF 8C_578/2020 du 11 juin 2021 consid. 4).

E. 2.2.2

Dans son arrêt publié aux ATF 143 V 393, le Tribunal fédéral s'est penché sur le cas d'un assuré qui a annoncé, dans le cadre d'une déclaration d'accident, un salaire plus élevé que celui qu'il percevait en réalité. Il a estimé que l'assureur n'avait pas abusé de son pouvoir d'appréciation en exigeant le remboursement intégral des indemnités journalières indûment perçues. Il a cependant indiqué que la question du remboursement des frais de traitement devait être traitée différemment. En effet, l'accident annoncé s'était bien produit, la blessure n'était pas simulée et n'avait pas été causée intentionnellement. En l'absence de couverture d'assurance accidents, les frais auraient dû être pris en charge par l'assureur-maladie de sorte que c'est celui-ci, et non pas l'assuré, qui aurait été pénalisé par le refus de prester de l'assureur-accidents. Partant, il n'y avait pas lieu d'exiger le remboursement des frais médicaux. Cette distinction entre le refus de verser des indemnités journalières et le refus de financer les frais de traitement ressort également de l'arrêt TF 8C_388/2017 du 6 février 2018. Dans cette affaire, la SUVA avait refusé toute prestation à un assuré qui avait déclaré avoir chuté à moto, en omettant d'indiquer que cette chute avait eu lieu lors d'une course chronométrée qui constituait une entreprise téméraire. Elle avait exigé de lui la restitution des prestations versées jusqu'alors, soit CHF 8'010.25 au titre d'indemnités journalières et CHF 31'559.- au titre de frais de traitement. Puis, en procédure de recours cantonale, elle avait proposé de renoncer à exiger la restitution des frais de traitement, en application du principe de proportionnalité. Suivant cette proposition, le Tribunal cantonal de la République et canton du Jura avait limité à CHF 8'010.25 le montant soumis à restitution. Cette solution a été confirmée sur recours par le Tribunal fédéral.

E. 2.2.3

Une condamnation pénale, en particulier pour escroquerie, n'est pas une condition nécessaire pour faire usage de l'art. 46 al. 2 LAA (arrêt TF 8C_388/2017 du 6 février 2018 consid. 2). La condition de l'action astucieuse ne doit pas être remplie, contrairement à l'escroquerie pénale selon l'art. 146 CP (ATF 143 V 393 consid. 7.3).

E. 3

Règles relatives aux bagarres et aux rixes

E. 3.1

Selon l'art. 49 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), les prestations en espèces sont réduites au moins de moitié en cas d'accident non professionnel survenu notamment en cas de participation à une rixe ou à une bagarre, à moins que l'assuré ait été blessé par les protagonistes alors qu'il ne prenait aucune part à la rixe ou à la bagarre ou qu'il venait en aide à une personne sans défense (let. a).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12

E. 3.2

Il y a participation à une rixe ou à une bagarre, au sens de l'art. 49 al. 2 let. a OLAA, non seulement quand l'intéressé prend part à de véritables actes de violence, mais déjà s'il s'est engagé dans l'altercation qui les a éventuellement précédés et qui, considérée dans son ensemble, recèle le risque qu'on pourrait en venir à des actes de violence. Il importe peu que l'assuré ait effectivement pris part activement aux faits ou qu'il ait ou non commis une faute, mais il faut au moins qu'il se soit rendu compte ou ait pu se rendre compte du danger. En revanche, il n'y a pas matière à réduction en cas de légitime défense ou plus généralement lorsque l'assuré se fait aggraver physiquement, sans qu'il y ait eu au préalable une dispute, et

qu'il frappe à son tour l'agresseur dans un mouvement réflexe de défense (arrêt TF 8C_773/2021 du 24 mai 2022 consid. 3.2.2). Par ailleurs, il doit exister un lien de causalité entre le comportement de la personne assurée et le dommage survenu. Si l'attitude de l'assuré - qui doit être qualifiée de participation à une rixe ou à une bagarre - n'apparaît pas comme une cause essentielle de l'accident, l'assureur-accidents n'est pas autorisé à réduire ses prestations d'assurance. Il faut que le comportement à sanctionner soit propre, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à provoquer une atteinte à la santé du genre de celle qui s'est produite. A cet égard, les diverses phases d'une rixe, respectivement d'une bagarre, forment un tout et ne peuvent pas être considérées indépendamment l'une de l'autre (arrêt TF 8C_773/2021 précité consid. 3.2.2).

E. 4

janvier 2012 consid. 5.2).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12

E. 4.1

Selon l'art. 25 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile. L'obligation de restituer suppose que soient réunies les conditions d'une révision procédurale, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, ou d'une reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, de la décision – formelle ou non – par laquelle les prestations en cause ont été allouées (arrêts TF 8C_375/2020 du 2 février 2021 consid. 4.2; 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 5; et les références citées). A teneur de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. D'après la jurisprudence, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné. Quant à la condition de l'importance notable de la rectification, elle est de toute évidence réalisée lorsqu'on est en présence d'une prestation périodique (arrêt TF 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 5 et les références citées).

E. 4.2

La procédure de restitution de prestations implique trois étapes en principe distinctes : une première décision sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération de la décision par laquelle celles-ci étaient allouées sont réalisées; une deuxième décision sur la restitution en tant que telle des prestations, au sens de l'art. 25 al. 1, 1ère phrase, LPGA et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1, 2ème phrase, LPGA (voir art. 3 et 4 de l'ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales, OPGA; RS 830.11; arrêt TF 9C_678/2011 du

E. 5

Règles relatives à l'établissement des faits 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 43/1996-1997 n°17 p. 83 consid. 2a; 39/1991 n°11 p. 99 et 100 consid. 1b; 38/1990 n°12 p. 67 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). La jurisprudence dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure » s'applique de manière générale en matière d'assurances sociales (cf. arrêts TF 9C_649/2008 du 31 août 2009 consid. 3; 8C_187/2008 du 7 octobre 2008 consid. 2.2; C 212/06 du 26 septembre 2007 consid. 2.3.2; U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.3; B 23/06 du 20 avril 2007 consid. 5.1; K 106/94 du 4 janvier 1995 consid. 2b). Ce principe veut que, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence soit accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a).

E. 6

Problématique Le recourant conteste avoir fourni de fausses déclarations, estime que l'autorité a violé le principe de la proportionnalité en refusant toute prestation et soutient par conséquent qu'aucune restitution ne pourrait être exigée de lui, les conditions n'étant pas remplies. Qu'en est-il ?

E. 7

Accident du 25 septembre 2021 et suite des événements

E. 7.1

Le 25 septembre 2021, à 4h03 le matin, le recourant s'est rendu au Service des urgences de l'Hôpital D._____ en raison de douleurs à l'épaule gauche (pièce 3).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 Selon le rapport de consultation, il souffrait d'une luxation antérieur gléno-humérale gauche et d'une contusion para-lombaire gauche. Au sujet du déroulement de l'accident, les médecins ont pris note de ce qui suit : « Patient de 25 ans, qui dans un contexte OH [= alcool], se bat avec quelqu'un, se fait jeter au sol, douleur et impotence épaule gauche, douleur para-lombaire gauche. Anamnèse peu contributive au vu du contexte OH ».

E. 7.2

Par déclaration du 1er octobre 2021, la Suva a été informée d'un accident que le recourant aurait subi en ville de B._____, le 25 septembre 2021 à 14h30 (pièce 1). Celui-ci a décrit l'incident de la manière suivante : « Je me promenais en ville quand soudainement une personne m'a bousculé et je suis tombé sur l'épaule gauche. L'os de mon épaule s'est déplacé à cause du choc ».

E. 7.3

Le 5 octobre 2021, la Suva a accepté de procéder au paiement des prestations d'assurance pour les suites de l'accident (doc. 6). Le 25 novembre 2021 toutefois, elle les a suspendues : « en raison des informations qui nous sont parvenues, nous sommes contraints de devoir examiner une nouvelle fois notre obligation de verser des prestations » (doc. 17).

E. 7.4

Le 29 novembre 2021, le recourant a rempli le questionnaire pour l'éclaircissement des faits (doc. 22). Il a décrit l'incident, qui se serait cette fois-ci déroulé à C._____, comme suit : « j'étais dans un bar, le 25 septembre, quelqu'un m'a poussé et je suis tombé sur l'épaule cela a provoqué une luxation antérieure gléno-humérale gauche ». Selon le recourant, personne n'aurait été témoin de cet incident.

E. 7.5

Appelé à se prononcer sur ses contradictions, l'assuré s'est expliqué le 9 décembre 2021 : « Mon rapport complété le 29.11.2021 dit vrai, j'étais alcoolisé mais je n'ai pas pris part à une bagarre comme l'indique le rapport de l'hôpital, j'ai juste subi une bousculade et je suis tombé sur l'épaule gauche comme je l'ai précisé. Les hématomes ont été causés par ma chute violente. Je pense que [mon employeur] a mal compris et interprété ce qui s'est passé lors de l'incident parvenu le 25.09.21. L'incident s'est bien déroulé à C._____ dans un bar en cours de soirée et non pas à B._____ en plein après-midi » (doc. 28).

E. 7.6

Le 16 décembre 2021, invité à indiquer précisément quelle information lui avait été fournie par son employé, l'employeur a déclaré ce qui suit : « Je vous confirme (après le passage de la personne concernée dans mon bureau) que le lieu de l'accident été à C._____ et à B._____ comme mention dans notre annonce. Nous avons reçu l'information de l'employé qui n'était pas sûr du lieu de l'accident » (doc. 36).

E. 7.7

Par décision du 17 décembre 2021, la Suva a mis les contradictions de l'assuré en évidence. Elle a indiqué que la première version donnée à l'hôpital lors des soins était la plus plausible, les lésions constatées confirmant les faits. Ainsi, au vu des fausses déclarations du recourant et en application de l'art. 46 al. 2 LAA, elle a refusé d'allouer les prestations d'assurance. Elle a de plus révisé son précédent avis d'acceptation au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA et a demandé le remboursement des prestations au sens de l'art. 25 al. 1 LPGA, soit un total de CHF 5'654.10

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 (CHF 3'176.30 à titre d'indemnités journalières et CHF 2'477.80 à titre de frais de traitement) (doc. 39).

E. 7.8

Le 22 décembre 2021, au cours d'un entretien téléphonique, le recourant a notamment indiqué qu'il était alcoolisé lors de son arrivée à l'hôpital : « c'est donc difficile dans cet état de raconter ce qui s'est passé » (doc. 50).

E. 7.9

Le 4 mars 2022, la Suva a rejeté les oppositions formées par l'assuré et l'assureur-maladie et a confirmé sa décision (doc. 58). Le 4 avril 2022, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition. L'assureur-maladie n'a pour sa part pas réagi.

E. 8

Discussion

E. 8.1

Application de l'art. 46 al. 2 LAA Il convient d'abord de vérifier si le recourant a fait de fausses déclarations au sens de l'art. 46 al. 2 LAA.

E. 8.1.1

Force est de constater que ses propos ont varié depuis son accident. A l'hôpital, lors des premiers soins prodigués à 4h00 du matin, il a indiqué aux médecins qu'il s'était battu dans un bar lors d'une soirée alcoolisée, et qu'il s'était fait jeter au sol. A son employeur, dans le cadre de la déclaration d'accident, il a prétendu que ses blessures avaient été provoquées par une banale bousculade, un après-midi alors qu'il se promenait en ville de B._____. Deux mois plus tard, il indiquait à l'assureur qu'il était dans un bar à C._____ lorsque quelqu'un l'aurait poussé. Appelé à s'expliquer sur ses contradictions, il a ensuite admis qu'il était alcoolisé mais a continué à soutenir qu'il avait été bousculé et que les hématomes constatés par les médecins avaient été causés par sa chute.

E. 8.1.2

Il est très vraisemblable que la première version des faits que le recourant a donné à l'hôpital soit correcte. A ce moment-là, il s'était confié aux médecins dans le cadre des soins et ne pensait sûrement pas aux éventuelles conséquences juridiques de cet incident. Les explications étaient certes incomplètes, puisqu'il ne s'agissait alors pas d'établir précisément le déroulement des événements mais uniquement d'expliquer rapidement la situation au personnel soignant, mais il convient de retenir que cette description correspondait à la réalité. L'heure matinale à laquelle il s'est présenté alcoolisé aux urgences ne cadre par ailleurs absolument pas avec le fait qu'il aurait été bousculé ce jour-là plus tard dans l'après-midi au cours d'une balade. Le fait que le recourant ait largement modifié son récit par la suite démontre clairement qu'il a pris conscience des conséquences qu'il pourrait encourir en expliquant les circonstances de l'accident.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Il a visiblement réalisé qu'en admettant qu'il s'était bagarré, alcoolisé dans un bar au petit matin, ses prestations pourraient être réduites. C'est en vain que le recourant prétend aujourd'hui que son employeur aurait mal interprété et retranscrit ses déclarations, les récits étant en effet trop divergents pour que l'on puisse croire à un quelconque malentendu. Il est ainsi retenu que l'intéressé a sciemment menti sur les faits en vue d'obtenir des prestations de l'assurance-accidents sans que celles-ci ne soient diminuées. Partant, l'autorité pouvait considérer que le recourant avait fourni de fausses déclarations et appliquer l'art. 46 al. 2 LAA.

E. 8.2

Respect du principe de la proportionnalité Se pose maintenant la question de savoir si l'autorité a respecté le principe de proportionnalité en décidant du refus de toute prestation.

E. 8.2.1

Il doit être relevé que le recourant ne s'est pas contenté « d'enjoliver » quelque peu les circonstances qui entouraient son accident. Il a au contraire inventé une histoire qui aurait justifié une prise en charge complète de ses troubles, modifiant le lieu et l'heure de l'incident ainsi que le déroulement des événements. On ignore à quel point les prestations

en espèces auraient dû être réduites au sens de l'art. 49 al. 2 OLAA, puisqu'on ne connaît pas les circonstances exactes de l'événement, et cela en raison du comportement du recourant qui a empêché l'autorité de procéder à une instruction complète. Il a d'abord menti sur les circonstances de l'accident, a ensuite prétendu que personne n'avait été témoin de la scène, s'est de plus entendu avec son employeur sur les déclarations complémentaires que celui-ci devait fournir à l'assureur et a finalement laissé entendre qu'il n'avait pas pu décrire correctement l'incident au personnel soignant en raison de l'état alcoolisé dans lequel il était lorsqu'il était à l'hôpital. Ainsi, on ne voit guère comment l'autorité aurait pu faire la lumière sur les événements et juger de la gravité des faits. Ce défaut d'instruction dont le recourant semble implicitement se plaindre, il se doit au contraire de l'assumer pour l'avoir directement provoqué.

E. 8.2.2

Au vu de ce qui précède, l'autorité pouvait refuser le versement des indemnités journalières. Il en va cependant autrement des frais de traitement, comme l'a relevé le Tribunal fédéral dans son arrêt publié aux ATF 143 V 393. Il convient en effet de ne pas perdre de vue le fait qu'un accident s'est effectivement produit, les atteintes occasionnées paraissant même devoir être assimilées à des lésions accidentelles et qu'une réduction des frais de traitement en raison de la participation à une bagarre n'entre pas en considération, à la différence de ce qui a été vu ci-dessus pour les indemnités journalières. Le refus de prendre en charge les frais de traitement n'apparaît dès lors pas conforme au principe de proportionnalité.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Par ailleurs, si l'assureur-accidents refusait de prester, l'assureur-maladie aurait l'obligation de prendre les soins à sa charge. C'est ainsi celui-ci qui serait sanctionné, et non pas le recourant, ce qui ne correspond pas au but de l'art. 46 al. 2 OLAA. Partant, l'assureur-accidents doit être tenu de prendre en charge les frais de traitement, malgré les fausses déclarations fournies par le recourant.

E. 9

Restitution des prestations versées à tort Il convient enfin de se demander si l'autorité pouvait demander la restitution des montants des prestations versées à tort.

E. 9.1

Au vu des circonstances du cas d'espèce, il est manifeste que la décision initiale d'octroi était erronée puisqu'elle reposait sur les fausses déclarations du recourant qui souhaitait recevoir des prestations plus élevées que celles auxquelles il aurait eu droit. La rectification revêt de plus une importance notable, car le recourant dolosif du recourant visait des prestations périodiques. Partant, une reconsidération pouvait entrer en ligne de compte et la demande de restitution était ainsi justifiée sur le principe. Il appartient au recourant de rembourser les indemnités journalières indûment versées, soit un montant de CHF 3'176.60, les frais de traitement ne sachant, comme il a été dit, lui être réclamés.

E. 9.2

Il convient cela étant de relever la mauvaise foi manifeste du recourant qui prétend aujourd'hui que l'autorité avait eu connaissance « de tous les tenants et aboutissants du dossier » au moment où elle rendait sa décision initiale d'octroi des prestations et qu'elle ne pouvait ainsi reconsidérer celle-ci. On ne saurait reprocher à l'autorité de s'être fié à la déclaration d'accident de son assuré et d'avoir rapidement presté afin de lui éviter toutes les difficultés liées à une prise en charge tardive. On ne saurait en effet exiger d'elle qu'elle se

méfie de ses assurés et qu'elle retarde systématiquement la prise en charge des suites d'un accident sous prétexte que les informations fournies pourraient être fausses. Partant, on ne saurait protéger le recourant dans son comportement et reprocher à l'assureur d'avoir presté dans un premier temps.

E. 10

Frais et assistance judiciaire Au vu de tout ce qui précède, le recours est partiellement admis.

E. 10.1

En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (cf. art. 61 let. fbis LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

E. 10.2

Le recourant ayant obtenu partiellement gain de cause, il a droit à une indemnité de partie partielle pour ses frais de défense.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Par courriel du 6 décembre 2022, le mandataire du recourant a déposé une liste de frais faisant état d'un total de CHF 1'288.42 (honoraires par CHF 1'175.-, correspondant à 4.42 heures de travail au tarif horaire de CHF 250.-, débours par CHF 21.30, TVA par CHF 92.12). Ce montant, raisonnable, peut être pris en compte pour fixer l'équitable indemnité due au recourant. Celui-ci n'ayant cependant obtenu que partiellement gain de cause, l'indemnité sera fixée à la moitié de cette somme, soit CHF 644.20 (TVA de CHF 46.06 comprise), et mise à la charge de l'OAI.

E. 10.3

Le recourant a en outre requis l'octroi de l'assistance judiciaire totale. L'intéressé ne bénéficiant pas de revenus suffisants pour lui permettre de faire face aux frais de la présence procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires de l'existence. De plus, l'admission partielle des conclusions confirme les chances de succès de la présente procédure, en dépit même de la mauvaise foi affichée par le recourant. Enfin, la désignation d'un défenseur d'office se justifie en l'espèce dans la mesure où la cause n'est pas exempte de toute difficulté. Le recourant sera en conséquence mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre de la procédure de recours et son mandataire lui sera désigné comme défenseur d'office. La moitié du temps ressortant de la liste de frais étant indemnisée par l'autorité intimée, l'autre moitié doit être indemnisée au tarif horaire de CHF 180.- applicable à l'assistance judiciaire. C'est ainsi un montant total de CHF 467.05 est alloué à ce dernier titre (2.21 heures de travail x CHF 180.-, auxquels s'ajoutent CHF 10.65 à titre de débours et la TVA par CHF 33.40). [dispositif en page suivante]

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours (605 2022 61) est partiellement admis. La décision attaquée est modifiée en ce sens que le droit aux indemnités journalières est nié, que le montant de CHF 3'176.30 déjà versé à ce titre doit être restitué, que le droit au paiement des frais de traitement est par contre reconnu et qu'aucun montant ne doit être restitué à ce titre. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. L'indemnité partielle allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 644.20, TVA de CHF 46.06 incluse. Elle est mise à la charge de l'autorité intimée. IV. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2022 62) est admise et Me Benoît Sansonnens est désigné défenseur d'office du recourant. V. L'indemnité du défenseur d'office est fixée à 467.05, débours et TVA par CHF 33.40 compris, et mise à la charge de l'Etat de Fribourg.

VI. 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 13 décembre 2022/dhe Le Président : La Greffière :

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