

FR_GERICHTE 608 2020 203 vom 26. August 2021

FR Kantonsgericht, 2021-08-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_203

FR: FR_GERICHTE 608 2020 203 du 26 août 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2020 203 del 26 agosto 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 21

mars 2014 et du 8 octobre 2018, ceux-ci ont considéré que l'assuré n'était plus en mesure de travailler en tant que mécanicien automobile mais demeurait capable de travailler à 100% dans une activité adaptée. C. Le 4 octobre 2012, parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison d'un "accident de travail". Par plusieurs communications, l'OAI lui a reconnu le droit à la prise en charge d'un apprentissage en tant que gestionnaire du commerce de détail du 1er août 2014 au 31 juillet 2017. L'assuré a obtenu ce CFC courant juillet 2017. Dans un premier projet de décision du 30 août 2017, l'OAI a envisagé de reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité du 1er mars (avec versement à partir du 1er avril) au 30 avril 2013, puis à une rente entière du 1er mai 2013 au 31 juillet 2014, avec négation du droit à une rente à partir du 1er août 2014. L'assuré n'a pas fait objection à ce projet mais a transmis des rapports de ses médecins. Après avoir pris l'avis du médecin de son Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI, par décision du 25 septembre 2020, reprenant un second projet du 26 juin 2019, lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité du 1er mars (avec versement à partir du 1er avril) au 30 avril 2013, puis à une rente entière du 1er mai 2013 au 31 juillet 2014 et du 1er janvier au 31 mars 2018. En revanche, pour la période du 1er août 2014 au 31 décembre 2017 et à partir du 1er avril 2018, l'OAI lui a nié le droit à une rente, se fondant sur un degré d'invalidité de 12.97%. D. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours (608 2020 203) devant le Tribunal cantonal le 28 octobre 2020 concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à ce qu'une rente entière continue à lui être octroyée à partir du 1er avril 2018 et, subsidiairement, à ce que le dossier soit renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire. A l'appui de son recours, il indique devoir subir prochainement une nouvelle intervention en raison, non seulement, des troubles à son épaule, mais également au coude et à la main. Il conteste en outre les conclusions du médecin du SMR, estimant que celui-ci n'est pas convainquant au regard des avis de ses médecins traitants. Il se plaint encore de ce que l'instruction du dossier est lacunaire pour la période postérieure au 1er avril 2018.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 Parallèlement à son recours, l'assuré demande (608 2020 204) à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et à ce que Me Benoît Sansonnens lui soit désigné défenseur d'office. Sur demande de la Cour, il complète cette requête le 23 novembre 2020 des pièces relatives à la concubine de l'assuré. Dans ses observations du 30 novembre 2020, l'OAI propose le rejet du recours, se référant aux

considérants de sa décision et aux pièces de son dossier. Lors d'un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions. Il sera fait état des arguments, invoqués par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. 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. 2. 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. 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). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 3. 3.1. Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164). Selon 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. 3.2. 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 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3). A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3). 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 La jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, mais n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance (arrêt TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3). 4.3. 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). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).` 5. Est litigieuse, en l'espèce, la question de l'incapacité de travail du recourant, ce qui implique d'examiner les pièces médicales au dossier. La Cour constate d'emblée que

l'incapacité de travail partielle, puis totale, reconnue jusqu'au 31 juillet 2014 n'est pas contestée. Tel est également le cas de la période qui a suivi, durant laquelle l'assuré a été en mesure d'obtenir un CFC de gestionnaire du commerce de détail avec le soutien de l'OAI. Ces appréciations sont confirmées tant par les médecins du recourant que par les médecins d'arrondissement de la SUVA et le médecin du SMR, le Dr D. _____, spécialiste en anesthésiologie. Il n'y a pas lieu de s'y attarder davantage. Tel n'est pas le cas, en revanche, des autres incapacités de travail médicalement attestées suite à la réussite du CFC en juillet 2017. 5.1. Pour conclure que l'assuré est demeuré pleinement apte à travailler dans une activité adaptée depuis août 2014, à l'exception d'une brève période d'incapacité début 2018, l'OAI se réfère aux conclusions du Dr D. _____. Dans ses rapports du 17 avril 2019 et du 27 avril 2020, celui-ci estime que l'assuré est en mesure de travailler à temps plein dans une activité adaptée. Selon lui, une telle activité implique de privilégier un travail léger à moyen sans travaux répétitifs à hauteur des épaules ou au-dessus de la tête avec le membre supérieur gauche, l'absence d'activité engendrant des à-coups ou des vibrations ainsi que l'absence de montée d'échelles ou d'échafaudages de façon répétitive. Tout au

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 plus indique-t-il qu'une incapacité de travail de 100% est justifiée pour une durée de 6 semaines à partir du 31 janvier 2018 en raison d'une intervention (dossier OAI, p. 1147 et 1211). Cette appréciation renvoie aux conclusions du Dr E. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, tous deux médecins d'arrondissement de la SUVA (dossier OAI, p. 315 et 1060). Le médecin du SMR estime en effet qu'il s'agit d'un pur cas commun. Les deux médecins d'arrondissement se sont fondés dans un premier temps sur l'étude du dossier de l'assurance-accidents, essentiellement les rapports médicaux et imageries médicales qui y figurent, étant précisé qu'ils avaient déjà dû se prononcer sur le cas du recourant dans des appréciations sur dossier antérieures. Ils ont également procédé à un examen complet de l'assuré, le premier le 21 mars 2014 et le second le 8 juin 2018. A ces occasions, l'assuré a été en mesure de décrire ses douleurs à l'épaule gauche – que les différentes interventions ne parvenaient pas à faire disparaître – ainsi que leur impact sur son quotidien. Pour leur part, les médecins ont pu procéder à un examen complet de l'assuré, non limité à la seule épaule gauche, constatant notamment l'absence de douleurs au niveau des coudes et poignets. Sur cette base, il est retenu – en dernier lieu – les diagnostics de "status après suture d'une lésion type SLAP de l'épaule G", de "status après ténolyse du long chef du biceps et débridement sous-acromial", de "status après fixation d'une lésion labrale antérieure par voie arthroscopique" et d'"irritation de la partie supérieure du plexus brachial G post-traumatique". Constatant l'impact de ces atteintes sur l'usage du membre supérieur gauche, ils estiment que la capacité de travail en tant que mécanicien automobile est nulle. En revanche, qualifiant la situation de stabilisée depuis 2014 malgré les interventions ultérieures – ils le considèrent pleinement capable de travailler dans une activité adaptée. Celle-ci doit respecter les limitations suivantes: "privilégier un travail léger à moyen sans travaux répétitifs à hauteur des épaules ou au-dessus de la tête avec le MSG, pas d'activité engendrant des à-coups ou des vibrations, pas de montée d'échelles ou d'échafaudages de façon répétitive". Dans la mesure où elle reprend les conclusions du Dr E. _____ et du Dr F. _____ qui ont examiné personnellement le recourant et ont présenté des conclusions convaincantes, l'appréciation du Dr D. _____ doit donc se voir reconnaître pleine valeur probante. 5.2. Reste à examiner si cette appréciation est mise en doute par les autres pièces au dossier, en particulier les rapports des médecins traitants du recourant. A titre liminaire, la Cour

constate d'emblée que les médecins confirment que les problèmes d'ordre articulaire dont se plaint le recourant ne sont pas invalidants. En effet, dans son rapport du

E. 22

octobre 2019, la Dre G. _____, spécialiste en neurologie, souligne que son patient se plaint de paresthésies au niveau de l'épaule gauche, irradiant jusque dans les doigts de la main gauche. N'évaluant pas la problématique de la capacité de travail, elle se contente d'indiquer que le potentiel de réadaptation dépend du contrôle de la symptomatologie douloureuse et des problématiques orthopédiques (dossier OAI, p. 1176). Pour sa part, dans son rapport du 17 octobre 2017, le Dr H. _____, spécialiste en neurologie, n'atteste que d'une discrète atteinte neurologique, n'évoquant aucune incapacité de travail (dossier OAI, p. 525). En d'autres termes, la paresthésie n'étant par définition pas une douleur mais plutôt une gêne ou un fourmillement, tant la Dre G. _____ que le Dr H. _____ ne considèrent pas que les troubles neurologiques au niveau du membre supérieur gauche sont invalidants. L'on doit en conclure que ces troubles n'ont pas d'effet sur la capacité de travail, en particulier dans l'exercice d'une activité adaptée.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 Cela étant, dans ses rapports du 17 et du 20 avril 2020, le Dr I. _____, spécialiste en anesthésiologie, confirme que son patient n'est plus en mesure de travailler dans son ancienne activité. Si celle-ci se limite à la vente de pièces automobiles, il estime la capacité de travail à 4 heures par jour. Quant à la capacité de travail dans une activité permettant une épargne du membre supérieur gauche, il l'évalue entre 4 et 6 heures par jour, tenant en sus compte d'une baisse de rendement d'environ 25% (dossier OAI, p. 1202 et 1208). Cette appréciation apparaît pourtant peu convaincante. En particulier, s'il n'est pas contesté que l'usage du membre supérieur gauche est limité, tel n'est pas le cas du membre supérieur droit de cet assuré qui se déclare ambidextre (cf. not. dossier OAI, p. 122, 1281). En tous les cas, l'atteinte dont il se prévaut ne semble pas justifier une limitation telle que retenue par le médecin traitant. Pour sa part, dans ses différents rapports, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, évoque de multiples incapacités de travail totales ou partielles. En dernier lieu, il atteste d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès le 8 juin 2018 (dossier OAI, p. 1118). Cependant, ces rapports n'apparaissent qu'insuffisamment motivés pour permettre de confirmer l'existence d'une incapacité de travail durable. En particulier, les incapacités de travail ne comportent pas de précisions – notamment quant aux limitations fonctionnelles que les atteintes impliquent – et apparaissent même se contredire entre elles. Ainsi, par exemple, dans des rapports du 24 et du 29 octobre 2017, le médecin évoque une reprise du travail à 100% entre le 1er septembre et le 31 octobre 2017. Pourtant, il atteste d'une incapacité de travail totale pour la même période et jusqu'au 7 juin 2018 dans un certificat ultérieur (dossier OAI, p. 490, 507, 1118; cf. ég. p. 444, 449, 490, 924, 327, 539, 934, 383, 1002, 1013 et 1113). Dans ce contexte, tout au plus ces rapports permettent-ils de confirmer l'existence – mais non la durée – des brefs arrêts de travail en lien avec les interventions du 31 janvier 2018, du 30 janvier 2019 et du 21 juin 2019 (cf. dossier OAI, p. 1010 à 1012, 1158 et 1159). Quant au Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, celui-ci n'évalue pas la problématique de la capacité de travail de son patient dans son rapport du 25 février 2020 (dossier OAI, p. 1186). Tel est également le cas du Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans ses rapports du 28 janvier 2014 et 18 février 2017 (dossier OAI, p. 699 et 963). Quant à la Dre M. _____, médecin

praticien, et au Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale, ceux-ci n'ont été consultés par le recourant qu'avant le dépôt de sa demande de prestations (dossier OAI, p. 13, 15, 162 et 223). Enfin, l'on constate que le Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr P. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, n'ont examiné l'assuré qu'avant la réadaptation de celui-ci dans une nouvelle activité adaptée. Pour sa part, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, n'a quant à lui été consulté par l'assuré qu'à partir du 9 septembre 2020, soit deux semaines avant que la décision litigieuse n'ait été rendue. Il n'apporte au demeurant pas d'éléments pouvant changer l'appréciation du SMR pour la période antérieure, ici pertinente. Leurs rapports n'apparaissent dès lors pas en mesure de mettre en cause l'appréciation de la capacité de travail pour la période ici mise en cause. Il ressort ainsi des considérants qui précèdent que les différents médecins du recourant ne parviennent pas à mettre en cause les conclusions des Drs E. _____, F. _____ et D. _____. En particulier, il n'est manifestement pas établi au degré de vraisemblance

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 prépondérante que l'assuré subit, du fait des problèmes allégués au coude et à la main, des répercussions durables sur sa capacité de travail. 5.3. Partant, la Cour retient que l'assuré est en mesure de travailler à 100%, sans perte de rendement, dans une activité adaptée, épargnant en substance son membre supérieur gauche. Cette capacité de travail doit lui être reconnue depuis le mois de juillet 2014. En cela, la Cour rejoint donc entièrement l'appréciation de l'OAI. En raison d'une intervention au membre supérieur gauche, une incapacité de travail de 100% est justifiée pour une durée de six semaines à partir du 31 janvier 2018. Cette durée serait insuffisante pour que l'incapacité de travail soit considérée comme durable au sens de l'art. 88a RAI, un tel changement devant durer au minimum trois mois sans interruption notable. S'écartant en cela des rapports médicaux, l'OAI a néanmoins estimé qu'une incapacité de travail totale devait être reconnue à l'assuré du 1er janvier au 31 mars 2018, lui octroyant le droit à une rente entière pour cette période. Dans la mesure où cela est favorable à l'assuré et que cela ne concerne qu'une brève période, la Cour de céans renonce à procéder à une reformatio in pejus. Pour sa part, la comparaison des revenus à laquelle a procédé l'autorité intimée, en particulier les montants retenus au titre de revenus de valide et d'invalidé fondés sur les chiffres de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2017 (recte: 2016), n'est pas contestée. Elle n'apparaît, par ailleurs, pas devoir faire l'objet de critiques. Partant, l'on peut reprendre le degré d'invalidité de 12.97% retenu, lequel ne donne pas droit à une rente. Au demeurant, même si l'on se référait à l'appréciation moins optimiste du Dr R. _____ qui atteste quand même d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, le degré d'invalidité du recourant demeurerait manifestement inférieur à 40%. Cela ne saurait, non plus, conduire à lui reconnaître le droit à une rente de l'assurance-invalidité au-delà de ce que l'OAI lui a d'ores et déjà octroyé. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 25 septembre 2020 confirmée. Compte tenu de l'issue du recours, il convient de mettre les frais, par CHF 800.-, à la charge du recourant, sous réserve de l'octroi de l'assistance judiciaire. 6. Parallèlement au dépôt du mémoire de recours, le recourant a requis (608 2020 2013) l'octroi de l'assistance judiciaire totale et la désignation de Me Benoît Sansonnens, avocat, comme défenseur d'office. 6.1. En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le

requiert. L'art. 29 al. 3 Cst. vise à assurer que chacun puisse, indépendamment de sa situation financière, faire juger par un tribunal des litiges non dénués de chance de succès, et se faire représenter au procès par un avocat pour autant que cela soit matériellement nécessaire. Le droit constitutionnel à l'assistance judiciaire doit donner à la partie indigente les moyens de mener son procès, mais non pas l'aider à améliorer de manière générale sa situation financière (arrêt TF 9C_923/2009 du 10 mai 2010 consid. 4.1.2). Dans le domaine des assurances sociales, le droit à l'assistance judiciaire en procédure cantonale est expressément prévu à l'art. 61 let. f LPGA.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 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 pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). L'octroi de l'assistance judiciaire peut être subordonné au paiement d'une contribution mensuelle aux prestations de la collectivité publique (al. 3). 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). 6.2. En l'espèce, le recourant ne dispose d'aucun revenu et est soutenu par sa concubine, mère de leurs trois enfants communs. Selon un calcul de l'Office des poursuites de S. _____, les revenus de cette dernière se montent à un total mensuel de CHF 5'175.-. Pour leur part, il convient de déterminer les charges du couple en se fondant sur un minimum vital augmenté de CHF 3'875.-, correspondant à un couple avec trois enfants à charge, dont un de plus de 10 ans (CHF 1'700 + 2 x CHF 400.- + CHF 600.-, augmenté de 25% soit CHF 775.-). Les revenus du couple sont donc déjà dépassés par le minimum vital augmenté du montant du loyer mensuel de CHF 1'850.-. On peut dès lors retenir que le recourant 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'infondé, ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec. Enfin, l'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans apparaissait ici 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 et de lui désigner comme défenseur d'office Me Benoît Sansonnens, avocat. 6.3. Le 28 mai 2021, celui-ci a produit sa liste de frais, d'un montant total de CHF 2'996.84, à savoir CHF 2'782.53 au titre d'honoraires (11h12 à CHF 250.-), CHF 562.40 au titre de frais et CHF 257.63 au titre de la TVA (7.7%). Toutefois, la liste de frais produite se fonde sur un tarif horaire de CHF 250.- alors que le tarif de l'assistance judiciaire est de CHF 180.-/heure. Il convient dès lors de la corriger sur ce plan. En outre, l'on relève que, dès lors que l'OAI a transmis une version informatique (cd-rom) du dossier au mandataire, la facturation de l'impression de la totalité du dossier n'apparaît pas appropriée (cf. arrêt TC 608 2016 118 du 30 août 2016, 608 2016 269 du 22 février 2017 et 608 2019 165 du 6 janvier 2020). Il convient ainsi de réduire le montant des frais requis

dans une proportion raisonnable en les fixant à CHF 50.-.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 L'indemnité du défenseur désigné est dès lors fixée à un montant total de CHF 2'225.10, à savoir CHF 2'016.- au titre d'honoraires (11h12 à CHF 180.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 159.10 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'Etat de Fribourg. Compte tenu de l'octroi de l'assistance judiciaire, les frais de justice, à hauteur de CHF 800.-, ne sont pas perçus. la Cour arrête : I. Le recours (608 2020 203) est rejeté. II. La requête (608 2020 204) d'assistance judiciaire gratuite totale est admise dans la présente cause et Me Benoît Sansonnens, avocat, nommé défenseur d'office. III. Il est alloué à Me Benoît Sansonnens une indemnité de CHF 2'225.10, dont CHF 159.10 au titre de la TVA (7.7%), intégralement mise 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. Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA). Fribourg, le 26 août 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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