

FR_GERICHTE 608 2020 36 vom 9. April 2020

FR Kantonsgericht, 2020-04-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_36

FR: FR_GERICHTE 608 2020 36 du 9 avril 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2020 36 del 9 aprile 2020

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Beschwerde gegen Zwischenentscheide

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2020 36 Arrêt du 9 avril 2020 IIe Cour des assurances sociales Composition Président : Johannes Frölicher Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux Greffier-stagiaire : Florian Demierre Parties A. _____, recourant, représenté par Me Elio Lopes, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité – décision incidente ordonnant une nouvelle expertise Recours du 13 février 2020 contre la décision du 14 janvier 2020 Tribunal cantonal TC Page 2 de 8 considérant en fait A. A. _____ (le recourant), né en 1961, domicilié à B. _____, divorcé, travaillait comme plâtrier. Il a été victime d'un accident professionnel le 7 mars 2016. Atteint à l'épaule gauche, il a été opéré le 2 mai 2016. Par la suite, des tremblements de son membre supérieur gauche sont apparus. Il n'a pas repris d'activité professionnelle. B. Le 1er septembre 2016, le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. Il a précisé que l'atteinte à son épaule gauche consistait en une « lésion sub-totale du sus-épineux avec lésion de l'intervalle et instabilité du long chef du biceps gauche ». Auparavant, il avait sollicité la prise en charge de son cas par l'assurance-accidents. Par décision sur opposition du 25 avril 2019, la Suva a confirmé que le cas était clos avec effet au 30 septembre 2018, que le versement des indemnités journalières allouées jusqu'alors cessait à cette date, que la perte de gain subie était insuffisante pour justifier une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité était par contre octroyée. Elle a en particulier retenu que l'état de santé du recourant était stabilisé pour ce qui concernait l'épaule gauche, que cette seule affection lui permettait de continuer à travailler à 100% dans une activité adaptée et que les tremblements affectant le membre supérieur gauche – et désormais la main droite et d'autres parties du corps – n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement du 7 mars 2016. Cette décision sur opposition fait l'objet d'une procédure de recours pendante auprès de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (605 2019 131). C. Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'Office de l'assurance-invalidité a d'abord considéré qu'il s'agissait d'un pur cas commun LAA/LAI. S'alignant sur la position de l'assureur-accidents, il a ainsi émis le 15 janvier 2019 un projet de décision par lequel il entendait reconnaître au recourant le droit à une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1er mars 2017 au 31 août 2018, date au-delà de laquelle il devait être capable d'exercer à temps complet une activité adaptée, sans diminution de rendement (dossier AI p. 606). Puis, suite aux objections du 15 mars

2019 par lesquelles le recourant se prévalait des tremblements de son membre supérieur gauche qui l'affectaient et qui n'avaient pas été pris en considération par la Suva, l'Office de l'assurance-invalidité a pris acte du fait qu'il ne s'agissait plus d'un pur cas commun LAA/LAI. Elle a mis en place une expertise bidisciplinaire en neurologie et psychiatrie auprès de C._____, à D._____. Dans leurs conclusions communes du 20 septembre 2019, les experts ont notamment retenu que le recourant n'avait alors aucune capacité de travail tant dans son activité habituelle de plâtrier que dans toute autre activité et que par la suite, une fois le tremblement maîtrisé, celui-ci pourrait retrouver progressivement une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, épargnant l'épaule gauche chez un expertisé gaucher (exclusion de port régulier de charges de plus de 10 kg, réduction d'amplitude des mouvements, exclusion des rotations forcées et des travaux au-dessus de l'horizontale) (dossier AI p. 699 ss). Après avoir pris l'avis du médecin de son Service médical régional (SMR), l'Office de l'assurance- invalidité a considéré que l'expertise bidisciplinaire du 20 septembre 2019 n'était pas suffisamment probante et qu'une autre expertise bidisciplinaire devait être mise en œuvre. Le recourant ayant Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 manifesté son opposition à cet égard, une décision incidente a été rendue le 14 janvier 2020, confirmant sur le principe la tenue d'une nouvelle expertise. D. Par recours de droit administratif déposé par son mandataire le 13 février 2020 auprès du Tribunal cantonal, le recourant conteste cette décision incidente. Il conclut, avec suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'ordre soit donné à l'Office de l'assurance-invalidité de rendre une décision sur la base de l'expertise du 20 septembre 2019. A l'appui de son recours, il soutient en substance que les critiques du médecin du SMR vis-à-vis du rapport d'expertise bidisciplinaire sont infondées, que celui-ci a pleine valeur probante dès lors qu'il remplit tous les critères formels et matériels pour se voir reconnaître une telle valeur et qu'il permet d'éclaircir suffisamment les faits déterminants, au degré de la vraisemblance prépondérante, de telle sorte qu'une nouvelle expertise est superflue. Il ajoute que le seul fait que les conclusions de l'expertise déplaisent à l'Office de l'assurance-invalidité et au SMR ne sauraient conduire à un autre résultat. Le 17 février 2020, il s'acquitte de l'avance de frais de CHF 400.- requise. Dans ses observations du 6 mars 2020, l'Office de l'assurance-invalidité conclut au rejet du recours et au maintien de la décision incidente. Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Recevabilité 1.1. Les décisions incidentes d'ordonnancement de la procédure au sens de l'article 52 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), contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte, telles celles de mise en œuvre d'une expertise médicale, sont sujettes à recours dans les 30 jours auprès du tribunal cantonal des assurances (voir art. 56 al. 1, 57 et 60 LPGA; art. 1 al. 1 et 69 al. 1 let. a LAI). L'art. 46 al. 1 de la loi du 20 décembre 1986 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021) précise que ces décisions sont susceptibles de faire l'objet d'un recours si elles peuvent causer un préjudice irréparable ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse. Une expertise à laquelle un assuré s'oppose représente une atteinte considérable à son intégrité physique et/ou psychique, bien juridique absolument protégé par la Constitution. Et le fait que l'assuré pourrait contester l'expertise plus tard, dans le cadre du recours au fond, au motif qu'elle était inutile, ne peut réparer une telle atteinte. Une décision incidente ordonnant la mise en

œuvre d'une expertise est ainsi de nature à causer à l'assuré un préjudice irréparable et peut dès lors, quant à son principe, être attaquée par le biais d'un recours immédiat auprès du tribunal cantonal des assurances (voir ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 1.2. En l'espèce, interjeté dans les formes et délais légaux par un assuré dûment représenté auprès du Tribunal cantonal contre une décision incidente ordonnant la mise en œuvre d'une expertise, le recours est recevable.

2. Principe inquisitoire et conduite de la procédure administrative.

2.1. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur. Selon l'art. 43 LPGA, il examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (voir al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité (voir ATF 132 V 93 consid. 4), l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) précise que si les conditions sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

2.2. Selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une « second opinion » sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2; U. KIESER ATSG-Kommentar, 2ème éd. 2009, art. 43 n. 12 et 17). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, s'il se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du médecin sont dûment motivées et compréhensibles (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références; arrêt TF 9C_1012/2008 consid. 3.2.2).

2.3. Jusqu'au terme de la procédure administrative, l'Office de l'assurance-invalidité a la haute-main sur celle-ci et jouit d'un important pouvoir d'appréciation dans sa conduite, notamment en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le Tribunal cantonal des assurances doit dès lors s'abstenir de procéder au stade d'une décision d'ordonnement de la procédure à un examen poussé des pièces médicales à disposition

qui, Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 sur ce plan, reviendrait à préjuger la question du droit aux prestations sur laquelle il appartient à l'Office de l'assurance-invalidité de statuer en premier lieu. La Cour se limite donc à un examen à première vue des pièces médicales aux fins de contrôler si la nécessité de procéder à une expertise apparaît plausible et non abusive (voir arrêt TC FR 605 2018 98 du 20 août 2018 consid. 2d; voir également arrêt TC BL [KGE SV] 720 13 117 du 15 août 2013 consid. 2.2). 3. Jurisprudence relative aux troubles dissociatifs moteurs. 3.1. Le trouble dissociatif moteur - tel que diagnostiqué en l'espèce par les experts dans leur rapport du 20 mars 2019 - figure au ch. F44.4 de la Classification internationale des maladies (CIM-10), selon lequel « dans les formes les plus fréquentes, il existe une perte de la capacité de bouger une partie ou la totalité d'un membre ou de plusieurs membres; les manifestations de ce trouble peuvent ressembler à celles de pratiquement toutes les formes d'ataxie, d'apraxie, d'akinésie, d'aphonie, de dysarthrie, de dyskinésie, de convulsions ou de paralysie ». Selon la doctrine médicale, le trouble dissociatif, dont la clinique neurologique atypique implique une démarche diagnostique complexe à l'interface de la neurologie et de la psychiatrie, se présente sous forme d'un syndrome « pseudo-neurologique » pouvant mimer une atteinte motrice, sensitive ou sensorielle, des crises de type épileptique ou des mouvements anormaux, dont des troubles de la marche. Le diagnostic repose sur la présence de signes dits « positifs » qui, lorsqu'ils sont présents, suggèrent fortement le diagnostic de trouble dissociatif. Si certains de ces signes ont été validés, la plupart n'ont pas de spécificité ni de sensibilité établies. C'est donc l'ensemble du tableau clinique qui permet au neurologue d'établir le diagnostic, en évitant de restreindre ce dernier à un diagnostic d'exclusion. Le tremblement dissociatif (le plus fréquent des mouvements anormaux dissociatifs) est reconnu lorsqu'il est variable, qu'il change lorsque le sujet est distrait ou qu'il est entraîné par une autre fréquence (lors d'un mouvement rythmique de l'autre main, par exemple) (arrêt TF 9C_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.1 et la référence de doctrine médicale citée). 3.2. Selon la jurisprudence, la reconnaissance d'une invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'un trouble somatoforme douloureux ou d'autres troubles psychosomatiques comparables, dont les troubles moteurs dissociatifs (voir ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3; arrêt TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), suppose au préalable qu'un diagnostic psychiatrique relevant de ce champ pathologique ait été posé selon les règles de l'art (arrêt TF 141 V 281 consid. 2; arrêt TF 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.1). En d'autres termes, l'avis d'un spécialiste, en l'occurrence d'un psychiatre, est en principe nécessaire lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que ce genre de troubles est susceptible d'entraîner chez l'assuré (voir ATF 130 V 352 consid. 2.2.2; arrêt TF précité 9C_422/2016 consid. 5.2). 3.3. Dans l'arrêt précité 9C_422/2016 (consid. 5.3.1), le Tribunal fédéral retient qu'au regard des difficultés de délimitation du trouble dissociatif moteur quant à son origine neurologique ou psychiatrique (voir ci-dessus consid. 5.1), il convient de reconnaître à un expert neurologue la compétence de poser le diagnostic de trouble dissociatif moteur et d'évaluer les effets dans une certaine mesure, même s'il n'est pas spécialiste en psychiatrie. Il rappelle également à cet égard que la jurisprudence a déjà reconnu qu'un spécialiste en rhumatologie dispose d'une certaine compétence d'appréciation en relation avec un tableau clinique de troubles psychosomatiques, dans le sens que la faculté de se prononcer sur le caractère invalidant des douleurs alléguées lui est reconnue, mais qu'il doit alors également s'exprimer sur la nécessité de recueillir un avis psychiatrique (voir not. arrêt TF 9C_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.2). Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 Dans cette même ligne, la jurisprudence admet que le principe de la nécessité de disposer

préalablement d'une expertise psychiatrique pour se prononcer sur le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une affection psychosomatique comparable peut souffrir d'exceptions. Tel est le cas lorsque la manifestation du trouble moteur dissociatif et ses conséquences sont mises en évidence de façon convaincante et motivée sur le plan médical, alors qu'une expertise complémentaire sur le plan psychiatrique ne changerait rien aux constatations médicales quant au caractère non surmontable, non maîtrisé et indépendant de la volonté de l'assurée de l'expression physique (tremblement) du trouble. Le Tribunal fédéral rappelle du reste à ce sujet que les constatations effectuées par le spécialiste en psychiatrie au regard des indicateurs définis par la jurisprudence ont pour fonction d'apporter des indices afin de pallier le manque de preuves (directes) en relation avec l'évaluation de l'incapacité de travail des troubles somatoformes douloureux et d'autres troubles psychosomatiques semblables, lorsqu'il s'agit, en particulier, d'apprécier l'existence de douleurs et de ses effets, qui ne sont que très difficilement objectivables (voir arrêt précité 9C_422/2016 consid. 5.3.2 et la référence à l'ATF 141 V 281 consid. 4.1 en rel. avec consid. 3.4.1.2 et 3.7.2).

4. Discussion. En l'espèce, le litige ne porte pas sur la nécessité d'une expertise incluant un volet psychiatrique, mais sur le principe de la mise en place d'une nouvelle expertise médicale bidisciplinaire en neurologie et en psychiatrie, alors que le recourant s'est déjà soumis à une telle expertise qui a conduit au rapport du 20 mars 2019. L'Office de l'assurance-invalidité indique en substance que la valeur probante de ce rapport n'est pas suffisante car les experts ne fournissent pas une analyse complète et convaincante justifiant l'incapacité de travail totale dans toute activité à laquelle ils concluent. Il se fonde en cela sur l'avis du médecin de son SMR qui reproche en particulier aux experts de ne pas avoir suffisamment pris en compte les ressources du recourant et de ne pas avoir suivi la grille d'analyse proposée par la jurisprudence pour le type d'atteintes en question. Le recourant soutient au contraire que le rapport d'expertise remplit l'ensemble des conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante et qu'il permet d'éclaircir suffisamment les faits déterminants, de telle sorte qu'une nouvelle expertise est superflue.

4.1. Dans leur rapport d'expertise bidisciplinaire du 20 septembre 2019, Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Dr F. _____, spécialiste en neurologie, experts auprès de C. _____, à D. _____, se réfèrent à leurs examens respectifs du recourant qui ont eu lieu tous deux le 30 août 2019 et dont rien n'indique qu'ils n'étaient pas complets. Dans une première partie commune, ils reviennent sur le contexte de leur mandat et procèdent à une synthèse très détaillée (17 pages) de l'ensemble des pièces du dossier établi par l'Office de l'assurance-invalidité (y compris les pièces tirées du dossier de l'assureur-accidents), reprenant en particulier les nombreux rapports médicaux établis par les médecins traitants et autres spécialistes consultés pour avis depuis mars 2016. Puis, dans une évaluation médicale interdisciplinaire et coordonnée, ils résument l'évolution de l'atteinte à la santé sur les plans somatique et psychique et, après les avoir expliqués et motivés en prenant également en compte les aspects liés à la personnalité qui peuvent avoir une incidence sur les capacités fonctionnelles, ils posent les diagnostics actuels (ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles) de tremblement d'origine fonctionnelle du membre supérieur gauche et de trouble moteur dissociatif (F44.4). Ils évaluent également les ressources et facteurs de surcharge du recourant, tant sur le plan somatique que Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 psychique, et procèdent à un contrôle de cohérence. C'est sur cette base qu'ils en tirent des conclusions en termes de capacité de travail. Le rapport d'expertise comprend par ailleurs deux autres parties dans lesquelles chaque spécialiste décrit de façon détaillée les éléments d'anamnèse qu'il a

recueillis et procède à une évaluation médicale spécifique pour son champ d'activité. 4.2. Il ressort de ce qui précède que le rapport d'expertise bidisciplinaire du 20 septembre 2019 est basé sur le dossier constitué par l'Office de l'assurance-invalidité et les entretiens médicaux avec le recourant. Tout indique qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical de celui-ci. Il se fonde sur des examens médicaux qui paraissent complets, ce que ne conteste pas l'Office de l'assurance-invalidité, et prend en considération les plaintes exprimées par le recourant. A ce stade, force est d'admettre que l'expertise remplit les critères formels pour lui reconnaître entière valeur probante. Ensuite, les points litigieux, soit essentiellement ceux concernant l'incidence sur la capacité de travail des tremblements d'origine fonctionnelle liés aux troubles moteurs dissociatifs, sont traités de manière circonstanciée, tant sur le plan neurologique que psychiatrique. A cet égard, s'appuyant également sur les avis des médecins traitants et autres spécialistes consultés, les experts tiennent compte tant des ressources clairement identifiées du recourant que de ses surcharges pour retenir que le pronostic d'amélioration est bon. Ils précisent dans ce sens que, moyennant une bonne prise en charge sur laquelle il devra toutefois pouvoir concentrer ses ressources, on peut s'attendre dans un délai d'une année à une atténuation, voire à une disparition du tremblement, ce qui permettrait la reprise d'une activité professionnelle adaptée, progressivement jusqu'à temps complet. A priori, les conclusions des experts sont ainsi dûment motivées et compréhensibles. Contrairement à ce que semble soutenir l'Office de l'assurance-invalidité, il n'apparaît par ailleurs pas que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient contradictoires. A cet égard, la mise en perspective par le médecin du SMR de la capacité du recourant à conduire une voiture et à effectuer les travaux ménagers avec son incapacité alléguée à tenir un outil ou une vis dans une main n'est pas suffisante pour conclure à une incohérence. Un tel paradoxe apparent peut en effet être expliqué par les caractéristiques mêmes du tremblement dissociatif, à savoir sa variabilité, son changement lorsque le sujet est distrait ou encore le fait qu'il soit entraîné par une autre fréquence (lors d'un mouvement rythmique de l'autre main, par exemple) (voir ci-dessus consid. 3.3). Quant au grief selon lequel l'expertise ne respecterait pas la grille d'analyse proposée par la jurisprudence pour les troubles psychosomatiques, il doit également être écarté dans les circonstances du cas particulier qui mettent en évidence l'existence d'un tremblement clairement constaté, à la différence d'autres troubles psychosomatiques se manifestant essentiellement par des douleurs difficilement objectivables et nécessitant dès lors de faire appel à un catalogue d'indices pour pallier le manque de preuves directes pour évaluer leur effet sur la capacité de travail (voir ci-dessus consid. 3.1). 4.3. Il résulte de l'examen qui précède, effectué à première vue sans examen approfondi de l'ensemble des pièces du dossier, que la valeur probante de l'expertise du 20 septembre 2019 ne saurait se voir dénier sa valeur probante sur la base des griefs formulés à son égard par l'Office de l'assurance-invalidité. Dans ces circonstances, la nécessité de procéder à une nouvelle expertise n'est pas rendue plausible et la mise en œuvre pour la deuxième fois de ce moyen de preuve s'apparente a priori à la collecte d'une « second opinion » au sujet de faits déjà discutés dans la première expertise. Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 Sans remettre en question l'important pouvoir d'appréciation dont jouit l'Office de l'assurance-invalidité dans la conduite de la procédure administrative, il faut dès lors constater que celui-ci n'était pas en droit d'ordonner la tenue d'une nouvelle expertise et d'annuler ainsi la décision incidente du 14 janvier 2020. Le recours sera admis dans ce sens. 5. Frais et dépens. 5.1. Le recourant obtenant gain de cause, il y a lieu de mettre l'intégralité des frais de justice, fixés à CHF 400.-, à la charge de l'autorité intimée.

5.2. Vu l'issue de la procédure, le recourant a droit à une indemnité pour ses frais et dépens, conformément à l'art. 61 let. g LPGA. Son mandataire a produit une liste d'honoraires et débours totalisant CHF 2'016.65 (CHF 1'872.45 d'honoraires pour 7 heures 8 minutes de travail au tarif de CHF 250.-/heure, CHF 89.15 de débours et CHF 144.15 de TVA). Considérant cette liste et le travail requis dans cette cause, l'indemnité sera fixée au montant requis. Elle sera mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. la Cour arrête : I. Le recours est admis. II. Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais versée par le recourant, soit CHF 400.-, est restituée à celui-ci. III. Il est alloué au recourant une indemnité de CHF 2'016.65, TVA comprise par CHF 144.15, mise à la charge de l'autorité intimée. IV. Notification. Pour autant que le présent jugement cause un préjudice irréparable, il peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral 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 9 avril 2020/msu Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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