

FR_GERICHTE 608 2020 8 vom 22. Februar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-02-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_8

FR: FR_GERICHTE 608 2020 8 du 22 février 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2020 8 del 22 febbraio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 13

décembre 2017, l'OAI a soumis le recourant à une expertise pluridisciplinaire, médecine interne, orthopédique et psychiatrique, auprès de F. _____ SA à G. _____ (dossier OAI pages 915ss). Il ressort du rapport du 15 janvier 2019 que l'assuré aurait une pleine capacité de travail au niveau psychique et orthopédique. Fort de ces constats, l'OAI a émis un projet de décision en date du 31 janvier 2019, fixant le degré d'invalidité à 18.86% compte tenu d'une réduction de 20% au titre de désavantage salarial. Après des échanges épistolaires entre médecins traitants et experts au sujet des conclusions divergentes des uns et des autres sur la capacité de travail, l'OAI a rendu sa décision formelle, le 20 novembre 2019, confirmant son projet du 31 janvier. C. Contre cette décision du 20 novembre 2019, A. _____, représenté par Me Daniel Känel, avocat, interjette recours auprès du Tribunal cantonal en date du 9 janvier 2020, contestant la valeur probante de l'expertise, considérée comme incomplète et contradictoire. Il conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle expertise. Dans le même acte, le recourant sollicite l'octroi de l'assistance judiciaire complète (608 2020 9), étant sans revenu autre qu'une rente versée par la CNA de CHF 583.60 par mois, et au bénéfice de prestations d'aide sociale. D. Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI a émis des observations, en date du 21 janvier 2020, renvoyant au dossier ainsi qu'à sa décision et concluant à son rejet. E. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 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. 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 renvoi 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. 2.1. 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 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 127 V 294 consid. 4c i. f.). 2.2 D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'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. 3. 3.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin (éventuellement aussi d'autres spécialistes) 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 114 V 310; 105 V 156; 115 V 134 consid. 2; 125 V 261 consid. 4).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 3.1.1. Le juge apprécie librement les preuves. 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 établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157; RAMA 1996 no U 256, p. 217 et les références). 3.1.2. S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (arrêt TF I 19/02 du 26 juillet 2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008), l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. 3.2. Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé. La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise dépend du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les

exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Selon la jurisprudence, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 138 V 318; 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 4. 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 avec 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. 4.1. Il découle de la notion d'invalidité que 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 4.2. L'assuré a l'obligation de tout mettre en œuvre pour diminuer son dommage, notamment en continuant à exploiter sa capacité résiduelle de gains sur le marché du travail. D'après la jurisprudence (arrêt TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2), lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). 4.3. Il sied, en outre de préciser que l'on se trouve en présence d'une nouvelle demande de la part du recourant, suite à un premier refus de rente du 12 février 2009. Dans un tel cas de figure, il y a lieu d'appliquer par analogie, à l'examen matériel d'une nouvelle demande, les dispositions légales et les principes jurisprudentiels en matière de révision de la rente d'invalidité (art. 17 LPGA, art. 87 al. 2 et 3 RAI; arrêts TF

9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 2 ; 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 ; ATF 141 V 9 consid. 2.3; 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références), d'appréciation des rapports médicaux (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3) et d'évaluation de l'invalidité (art. 16 LPGa). 5. En l'espèce, est litigieuse la question de la valeur de l'expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, orthopédique et de médecine interne) du 15 janvier 2019. Le recourant critique les conclusions de l'expertise psychiatrique en ce sens qu'elles n'ont pas pris en considération les rapports de sa psychiatre traitante, la Dre H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie; quant à l'expertise orthopédique, elle serait en contradiction avec les spécialistes qui le soignent, tandis que les experts auraient omis d'examiner certaines atteintes relevées par lesdits médecins. Par ailleurs, il critique le fait que l'aggravation de son état de santé, pourtant médicalement attestée, n'ait pas été prise en compte. Enfin, il s'étonne que le degré d'invalidité de 28% retenu à l'époque par l'OAI et confirmé par le Tribunal cantonal, puis par le Tribunal fédéral, ait fait l'objet d'une dévaluation par l'OAI, à 18,86%, lequel n'a plus pris en considération la baisse de rendement, s'écartant ainsi, de manière importante, de sa première décision.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 5.1. S'agissant du volet psychiatrique de l'expertise, il est précisé (page 919, dossier OAI) que le recourant consulte une psychiatre à raison de deux fois par mois et est soumis à un traitement de « Sertoline » à 100mg/j qu'il ne prend pas régulièrement, malgré le fait que ce traitement est considéré comme un soutien pour l'impact psychologique des cures. L'expertise ne retient aucun diagnostic psychiatrique.

5.1.1. A la page 948, dossier OAI, il est stipulé que l'expertise s'est basée – outre l'examen individuel – sur le dossier médical mis à disposition ainsi que les documents médicaux supplémentaires. Toutefois, l'annexe 1 (pages 981ss dossier OAI) qui détaille les divers rapports médicaux ne fait pas référence à certains des rapports psychiatriques. L'annexe 6 (pages 1011ss dossier OAI) qui contient les rapports médicaux supplémentaires ne mentionne pas non plus de rapport de la psychiatre traitante. Le 22 mars 2019, cette dernière a toutefois adressé un courrier à l'OAI dans lequel elle se déclare d'opinion contraire à l'expertise psychiatrique et demande une réévaluation de son patient. Dans un rapport ultérieur, daté du 14 juin 2019, elle indique, au titre de diagnostics, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), un trouble anxieux phobique (F40.9), un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, liés aux deuils pathologiques (F43.21) et une modification durable de la personnalité (F62.9).

5.1.2. Appelé à se prononcer sur ces éléments, l'expert psychiatre a souligné, dans son rapport complémentaire du 13 septembre 2019 (dossier OAI pages 1110ss), que ces diagnostics sont considérés comme non invalidants, car la description de la dépression du recourant ne correspond pas à une dépression sévère et que le traitement qui lui est prescrit ne correspond pas non plus à un épisode dépressif sévère. S'agissant du trouble anxieux, selon l'expert, il ne peut être cité à part d'un trouble de la personnalité. Pour ce qui est de ce dernier, l'expert indique que : « Cette catégorie concerne des anomalies de la personnalité et du comportement chez l'adulte, survenant en l'absence de troubles préalables de la personnalité et faisant suite à un facteur de stress, soit catastrophique, soit excessif et prolongé, ou à une maladie psychiatrique sévère. Ce diagnostic ne doit être porté que dans les cas où on a la preuve d'un changement manifeste et durable des modes de perception, de relation ou de pensée concernant l'environnement ou soi-même. La modification de la personnalité doit être significative et être associée à un comportement rigide et mal adapté, absent avant la survenue de l'événement pathogène. La modification ne doit pas être la manifestation directe d'un autre trouble mental ni un symptôme résiduel d'un trouble mental

antérieur ». En d'autres termes, l'expert exclut les diagnostics retenus par la psychiatre traitante. 5.2. Dans le cas d'espèce, seuls deux rapports psychiatriques de cette dernière ont été versés au dossier, alors même que le recourant a invoqué un nouveau diagnostic, sur le plan psychiatrique, pour justifier l'aggravation de son état de santé. Ces deux rapports sont succincts et peu étayés et ont été déposés après l'expertise. Lors de l'instruction du cas par l'OAI, qui a mis en place une expertise pluridisciplinaire portant également sur le volet psychiatrique, on peut partir de l'idée que cet aspect de l'aggravation de la situation du recourant a été pris en compte pour l'évaluation de son état de santé. Par ailleurs, quand bien même la psychiatre traitante n'est pas en accord avec le diagnostic de l'expert psychiatre, elle n'explique pas sur quoi porte son désaccord, au contraire de l'expert qui a développé à satisfaction de droit les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu les diagnostics psychiatriques qu'elle pose. La Cour ne saurait suivre l'argumentation du recourant s'agissant de la valeur probante de l'expertise. En effet, l'experte a tenu compte de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier,

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 qu'elle a commentées et elle a expliqué, de manière circonstanciée, les raisons pour lesquelles elle s'en est distanciée, compte tenu également des plaintes de l'assuré. La Cour considère que l'expertise est en tous points conforme à la jurisprudence ci-dessus rappelée, en ce qu'elle émane d'un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'experte a abouti à des résultats convaincants, de sorte que la Cour ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. A ce stade, rien ne justifie que l'on s'écarte des conclusions de cette expertise. 6. Du point de vue orthopédique, les nombreux rapports médicaux font état, en résumé, d'une atteinte au coude non stabilisée, malgré les multiples traitements et les opérations entrepris. Il sied également de retenir que les médecins et experts s'accordent à reconnaître que l'activité antérieure est totalement contre-indiquée ; seule diverge l'opinion concernant la possibilité d'exercer une activité adaptée. De plus, il n'est nullement fait état d'une amélioration de l'état de santé, mais d'une situation stable selon l'expertise et d'une péjoration de celle-ci selon les médecins traitants. 6.1. Les experts ont retenu les mêmes diagnostics que les médecins traitants. S'agissant de leur appréciation, l'expertise fait mention d'une aggravation du profil d'effort depuis 2009 (dossier OAI page 971). S'agissant de la gravité des troubles, l'expertise conclut que : « Le problème du coude gauche reste d'actualité, avec les limitations déjà décrites antérieurement qui ne changent pas. Le déficit est moyen. Au niveau de l'épaule gauche et du rachis, le déficit est qualifié de léger » (dossier OAI page 1187). Quant à l'appréciation médicale, il est mentionné : « Au niveau du coude gauche, le profil d'effort est plus limité que ce qui avait été décidé par la SUVA et l'AI : pas de port de charges à gauche (10 kg à droite), travaux pénibles de manutention, mouvements de contraintes répétitifs avec le bras gauche, travail en hauteur ou sur une échelle, utilisation d'engins vibrants. Pour maintenir le bon résultat de l'opération du dos : le port de charges est limité à 10 kg. La flexion antérieure du rachis et les positions de travail en position antérieure du rachis sont également proscrites ainsi que les positions statiques. Le travail sur des échafaudages et des échelles est également proscrit. En conclusion, la personne assurée est capable d'effectuer un travail sans port de charge en alternant les positions (assis, debout marche) et en respectant les limitations pour le membre supérieur gauche ». Par ailleurs, l'expertise précise également (dossier OAI page 975) : « Avec le temps, il est possible de craindre l'aggravation de la symptomatologie du coude gauche, qui pourrait nécessiter la mise en place d'une prothèse totale. La capacité de

travail devrait rester de 100%, par contre le profil d'effort pourrait se limiter à un travail monomanuel (...) La capacité de travail est de 100% dans une activité adaptée ». S'agissant des problèmes de hernie discale, ils ont été considérés comme résolus et donc ne constituant pas des facteurs d'aggravation. 6.2. Le 13 juin 2019, le chirurgien orthopédiste traitant, le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, indiquait au conseil du recourant : « A l'heure actuelle, ce patient, outre ses douleurs, pourrait accomplir une activité professionnelle à condition de ne pas devoir utiliser son membre supérieur gauche car il présente des douleurs au moindre mouvement, ainsi qu'une force qui est nulle à ce niveau. Donc, il est évident qu'une reprise de travail comme décolleur n'est pas envisageable ». Cela suppose donc qu'une activité adaptée serait, selon ce spécialiste, possible.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 6.2.1. Le 21 juin 2019, le médecin généraliste traitant du recourant, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne, adressait un rapport au conseil du recourant pour étayer les diagnostics. A ce propos, il retenait que : « Il est toutefois difficile d'attester une aggravation importante de son état de santé depuis 2009 hormis éventuellement d'un point de vue psychologique ou psychiatrique et ce point est à étoffer par sa psychiatre traitante la Dr[e] H. _____ ». Manifestement, par rapport à la première décision, la situation était restée stable, hormis l'aspect psychiatrique qui, ainsi qu'on l'a vu précédemment, ne constitue pas un facteur d'aggravation de l'état de santé. En tout état de cause, l'on ne saurait déduire des conclusions de ces rapports médicaux que ces derniers décrédibiliseraient l'expertise, puisqu'ils tendent à admettre qu'il subsisterait une capacité de travail en dépit de leurs constatations, dans une activité adaptée aux limitations du recourant. A relever également que, de l'avis du médecin du SMR du 17 janvier 2019, le rapport d'expertise « remplit les critères de qualité requis d'une expertise médicale et ses conclusions sont valides sous l'angle de la médecine d'assurance ». 6.2.2. Appelé à indiquer si, depuis ce rapport du médecin traitant du 21 juin 2019, l'expert pouvait constater une modification de la situation, ce dernier a répondu en date du 19 septembre 2019 que ses constatations contredisaient celles du médecin traitant et il en a expliqué les raisons. Le 26 septembre 2019, le chirurgien orthopédiste traitant a émis un certificat attestant de « la très nette péjoration des douleurs, de l'amplitude de mouvements et de la force de son coude gauche depuis 2010 ». Ce rapport, ainsi qu'une IRM effectuée le 26 août 2019, ont été à nouveau soumis à l'expert orthopédiste. Dans une prise de position datée du 15 novembre 2019, ce dernier conteste les calculs de l'amplitude effectués par le médecin traitant en ce sens qu'ils démontreraient, selon lui, « une péjoration non compréhensible depuis l'expertise ». Partant, il retient que les rapports ne modifient pas les résultats de l'expertise. 6.2.3. Pour ce qui est du volet orthopédique de l'expertise, il y a ainsi lieu d'admettre que l'expert a tenu compte de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, qu'il a commentées et il a expliqué, de manière circonstanciée, les raisons des divergences d'appréciation, compte tenu des remarques des médecins traitants et des questions complémentaires posées par l'OAI. La Cour considère également que l'expertise est en tous points conforme à la jurisprudence ci-dessus rappelée, en ce qu'elle émane d'un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert a abouti à des résultats convaincants, de sorte que la Cour ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. 6.3. Cela dit, il ressort des divers éléments ci-dessus examinés qu'il n'y a pas de véritable contradiction entre rapports médicaux et expertises quant à la possibilité pour le recourant d'exercer une activité lucrative adaptée, et ce quand bien même, malgré divers essais, il n'a exercé aucune activité depuis 2010. Force est en effet de

constater que, sous l'angle des rapports des spécialistes traitants, ceux-ci attestent d'une péjoration de la situation tout en admettant soit qu'il ne leur est pas possible de le certifier, soit qu'une activité adaptée resterait envisageable. Quant aux experts, s'ils reconnaissent une certaine aggravation de l'état de santé, ils retiennent cependant que celle-ci n'empêche pas une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Ainsi que démontré ci-dessus, il y a lieu de considérer que l'expertise a pleinement rempli les requis de la jurisprudence, de sorte qu'il y a lieu de la confirmer.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 7. Il reste à examiner la contestation relative à la baisse de rendement et, à ce propos, de se poser la question de savoir pour quelle raison l'OAI s'est écarté des conclusions de sa première décision qui avait pris en compte, outre un abattement sur le salaire de 10%, également une baisse de rendement de 20%, sans en justifier la raison alors que cet élément qui a fait l'objet d'une validation à la fois par le Tribunal cantonal et par le Tribunal fédéral. En tout état de cause, aucun médecin n'a prétendu que la situation de santé du recourant se serait améliorée ; tout au plus est-elle restée stable. Dans l'hypothèse la plus défavorable au recourant, à savoir la stabilité de la situation, les éléments déterminants retenus par l'OAI dans sa première décision doivent être reconduits ou alors, si cet office veut s'en écarter, il doit au minimum motiver les raisons qui l'ont incité à ce faire. 7.1. Dans le cas d'espèce, cependant, cette question peut rester ouverte. En effet, en reprenant les éléments de calcul retenus par l'OAI figurant dans la décision attaquée, avec indexation, lesquels, en l'espèce, ne sont pas contestés, mais en tenant compte d'une baisse de rendement de 20 %, comme admis dans la décision de 2009, on arrive au résultat suivant - étant souligné par ailleurs que cette solution est la plus généreuse pour l'assuré et qu'il y aurait lieu de s'assurer que les critères pris en compte au titre de la baisse de rendement ne se retrouvent pas dans ceux qui conduisent à réduire le salaire statistique - : Revenu de valide

CHF 60'307.45 Revenu d'invalidé selon l'ESS 2010 CHF 61'164.60 Réduction de 20% de rendement / 61'164.60 CHF 48'931.70 (selon décision du 1er février 2009) Réduction de 20% au titre de désavantage salarial / 48'931.70 CHF 39'145.35 Perte de gain ainsi réalisée CHF 22'019.25 Degré d'invalidité 35,1%. Même en augmentation par rapport à 2009, ce degré d'invalidité est toujours insuffisant pour l'octroi d'une rente, même partielle. Mal fondé, le recours doit ainsi être rejeté et la décision querellée est confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui succombe. 8. Il reste à statuer sur la demande d'assistance judiciaire. Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. 8.1. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des 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). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3); 8.2. S'agissant des chances de succès du recours déposé, il

convient de constater que, dans le cas d'espèce, le recours ne paraissait pas d'emblée dénué de toute chances de succès, quand bien même celles-ci étaient très minces, comme il l'a été démontré ci-dessus. S'agissant de la seconde condition de l'indigence, le recourant perçoit une rente mensuelle de la CNA de CHF 583.60 ; pour le surplus, il relève de l'aide sociale, de sorte qu'il ne dispose pas de moyens pour assurer sa défense. Dans ces circonstances, il se justifie de lui octroyer l'assistance judiciaire gratuite totale et de désigner le mandataire choisi comme défenseur d'office. 8.3. Ce dernier a produit sa liste de frais, le 30 novembre 2020. L'indemnité allouée à Me Daniel Känel, en sa qualité de défenseur d'office, sera fixée, compte tenu de cette dernière, en fonction du temps consacré à l'affaire, de la difficulté et de l'importance relatives du litige, à raison de 11h18min à CHF 180.00, soit CHF 2'034.00, auxquels s'ajoutent les débours par 101.70, et de CHF 164.45, au titre de TVA, soit au total CHF 2'300.15. Les frais de justice mis à la charge du recourant ne seront pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours (608 2020 8) est rejeté. Partant, la décision est confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire (608 2020 9) est admise. Me Daniel Känel est désigné défenseur d'office. III. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant mais ne seront pas perçus en raison de l'octroi de l'assistance judiciaire. IV. Il est alloué à Me Daniel Känel, en sa qualité de défenseur d'office, une indemnité de CHF 2'034.00.-, plus CHF 101.70 de débours, plus CHF 164.45 au titre de la TVA à 7.7%, pour une somme totale de CHF 2'300.15, intégralement mise à la charge de l'Etat de Fribourg. 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 22 février 2021/esc
Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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