



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**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

605 2019 62

605 2019 63

Arrêt du 14 novembre 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marianne Jungo, Yann Hofmann
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Me Daniel Känel, avocat
contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité; refus d'entrer en matière

Recours du 11 mars 2019 contre la décision du 6 février 2019

considérant en fait

A. A. _____, née en 1970, domiciliée à B. _____, célibataire sans enfants, titulaire d'un CFC d'employée de bureau et d'une attestation de réceptionniste, travaillait en dernier lieu en tant qu'employée administrative au sein d'une commune.

Depuis le 18 mars 2011, une incapacité de travail totale, avec des épisodes d'incapacité de travail partielle, a été attestée par sa psychiatre traitante.

B. Le 24 novembre 2011, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), indiquant souffrir d'un "*burnout - dépression*".

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 11 novembre 2013, complété le 3 et le 28 janvier 2014, celui-ci estimait que l'assurée était en mesure de travailler à temps plein comme employée de bureau depuis le 21 octobre 2013 mais dans un autre environnement que celui de son ancien employeur.

Par décision du 13 février 2015, l'OAI a reconnu à son assurée le droit à une rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2012, supprimée au 31 janvier 2014, l'assurée ayant récupéré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'employée administrative.

C. En janvier 2016, l'assurée a fait parvenir à l'OAI des documents médicaux attestant à ses dires de la péjoration de son état.

Par décision du 5 octobre 2016, l'OAI n'est pas entré en matière sur cette demande.

D. Le 26 septembre 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestation auprès de l'OAI, affirmant qu'elle souffrait d'une "*neuropathie des petites fibres*".

Avis pris auprès de son Service médical régional, par décision du 6 février 2019, reprenant un projet du 15 novembre 2018, l'OAI n'est pas entré en matière sur cette nouvelle demande.

E. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Daniel Känel, avocat, interjette recours (605 2019 62) devant le Tribunal cantonal le 11 mars 2019 concluant, avec suite de frais et dépens, à ce qu'il soit donné ordre à l'Office AI de reprendre l'instruction et de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire (neurologique, psychiatrique et en médecine interne).

A l'appui de son recours, elle soutient que de nombreux rapports médicaux attestent de la péjoration de son état de santé depuis 2015, notamment sous la forme d'une hypersudation, de troubles du sommeil, de nervosité accrue et de problèmes gastriques. En comparaison, les rapports du SMR sont, selon elle, trop sommaires pour motiver une non-entrée en matière sur sa nouvelle demande. Elle affirme qu'ils occultent même une grande partie de ses problèmes de santé.

Parallèlement à son recours, l'assurée requiert (605 2019 63) le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale et à ce que son mandataire, Me Daniel Känel, soit désigné défenseur d'office.

Dans ses observations du 27 mars 2019, l'OAI propose le rejet du recours, renvoyant au contenu de son dossier et à sa décision.

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.

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 recours est recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et possédant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

2.1. Conformément à l'art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'al. 3 prescrit que, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références). Le but est ainsi lié, sur un plan théorique, à la force matérielle de la décision (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, in RSAS 47/2003 p. 395). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est dès lors la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

2.2. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière.

A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, ce dernier ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). Selon

la jurisprudence, le fait pour l'OAI de prendre conseil auprès du SMR au sujet des pièces produites ne constitue pas une mesure d'instruction médicale. On ne peut en déduire que l'office est implicitement entré en matière sur la nouvelle demande déposée par un assuré (cf. arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3.2).

Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 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; arrêt TF 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et les références citées). Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici.

2.3. Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA) ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI. L'administration peut appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – lequel permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, ce à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi. Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (cf. arrêt TF 9C_789/2012 précité consid. 2.2 et les réf.).

Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, non d'après celui existant au temps du jugement (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêts TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2; I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1). Des rapports médicaux produits après qu'a été rendue la décision attaquée sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (cf. ATF 130 V 64 consid. 5; arrêt TF I 896/05 précité consid. 3.4.1).

C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAI (cf. arrêt TF 9C_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

3.

Est en l'occurrence litigieuse le refus d'entrer matière sur la nouvelle demande datée du 26 septembre 2018.

Cela implique d'examiner si les pièces au dossier rendent plausible l'existence d'une péjoration de l'état de santé depuis la suppression de rente.

L'on rappelle, dans ce contexte, que les rapports médicaux produits postérieurement à la décision attaquée – ici par exemple la pièce 19 du bordereau – ne sont pas pertinents pour l'examen par le juge, puisque celui-ci a pour mission d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se

présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, non d'après celui existant au temps du jugement (cf. consid. 2.2).

Ces moyens de preuve sont donc d'emblée écartés.

3.1. Dans le contexte d'une nouvelle demande, il est d'abord crucial d'examiner les circonstances présentes à l'époque où l'OAI a octroyé une rente entière temporaire puis cessé de prester, par décision du 13 février 2015.

L'office se fondait alors essentiellement sur l'avis du Dr C. _____, lequel a rendu un rapport d'expertise daté du 11 novembre 2013 ainsi que deux compléments du 3 et du 28 janvier 2014. L'expert-psychiatre retenait alors des diagnostics non invalidants de "*personnalité paranoïaque (F60.0)*" et d'"*épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00)*". Admettant que ces troubles avaient justifié l'existence d'une incapacité de travail totale par le passé, il estimait que – au jour de l'examen – l'assurée était de nouveau capable de travailler en tant qu'employée de bureau, mais dans un autre environnement que celui de son ancien employeur. Il émettait, cela étant, un pronostic réservé, l'assurée étant "*quand même assez projective*" (dossier OAI, p. 172, 198 et 201).

A la même époque, la Dresse D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenait les diagnostics d'"*état dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2)*" et de probable "*trouble de la personnalité, sans précision (F60.9)*". Elle a, par la suite, modifié ces diagnostics pour finalement retenir un "*trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques, type mixte*", une "*anxiété généralisée*", d'"*autres modifications durables de la personnalité*" et de "*probables séquelles de psychose infantile*". Sur le plan de la capacité de travail, ces différents troubles étaient, selon elle, totalement incapacitants du 8 mars au 12 juillet 2011, l'état de sa patiente s'améliorant progressivement par la suite pour atteindre une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} septembre 2011. Puis, à partir de mai 2012, elle atteste à nouveau d'une incapacité de travail totale (dossier OAI, p. 47, 68, 140, 196, 257 et 272).

Quant à d'éventuels problèmes d'ordre somatique, ils n'apparaissent pas comme incapacitants par l'OAI qui n'a pas procédé à une mesure d'instruction particulière sur ce plan.

3.2. Compte tenu de ce qui précède, reste à examiner si les pièces au dossier rendent plausible l'existence d'une péjoration objective de l'état de santé.

Sur le plan psychiatrique d'abord, dans le cadre de sa nouvelle demande, l'assurée n'a produit aucun rapport de sa psychiatre traitante, la Dresse D. _____. Pour sa part, si la généraliste traitante, la Dresse E. _____, spécialiste en médecine interne générale, évoque l'existence de troubles psychiatriques, elle affirme que "*c'est le tableau somatique qui est au premier plan*".

L'on précise, cela étant, que dans le cadre de la seconde demande de janvier 2016, qui a abouti à la décision de non entrée en matière du 5 octobre 2016, la psychiatre ne rendait pas plausible une évolution de l'état de santé psychique de sa patiente, indiquant – sans autre motivation – que celle-ci avait "*épuisé ses ressources*" et que "*sa capacité de travail dans l'économie libre s'avère inexistante*" (dossier OAI, p. 286).

Or, il s'agit de ce que la psychiatre atteste depuis de nombreuses années, étant par exemple relevé qu'elle affirmait déjà que, "*au fil du temps, l'assurée épuise ses réserves, se décompense et en définitive, présente une incapacité de travail de 100%*" (rapport du 13 mai 2014, dossier OAI, p. 257).

C'est ce qu'a relevé par ailleurs le Dr F. _____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR, lorsqu'il constatait que la psychiatre *"attest[ait] de manière constante une incapacité de travail totale depuis le 14.05.2012 pour des diagnostics psychiatriques divers et variables, en contradiction avec les conclusions de l'expert psychiatre"* (rapport du 21 juillet 2016, dossier OAI, p. 290).

Quoi qu'il en soit, aucun élément au dossier ne va dans le sens d'une péjoration de l'état de santé de la recourante sur le plan psychiatrique.

3.3. Il convient encore d'examiner la situation sous un angle somatique. Sur ce plan, on constate rapidement que la plupart médecins interrogés ne vont pas non plus dans le sens d'une péjoration de la situation.

En effet, le Dr G. _____, spécialiste en pneumologie, retient le diagnostic d'*"insomnie chronique avec difficulté de maintien du sommeil dans le cadre d'un trouble neurovégétatif avec atteinte du système sympathique et parasympathique"*. S'il n'examine pas l'impact des troubles sur la capacité de travail, il relève l'ancienneté des symptômes, soulignant que les *"sudations sont présentes depuis environ une vingtaine d'années la nuit et sont apparues également la journée dès 2007"* (dossier OAI, p. 375 et 377). Selon lui, la dernière aggravation remonterait à la ménopause, étant précisé que celle-ci était évoquée en 2013 déjà (cf. not. dossier OAI, p. 148, 182 et 261), soit antérieurement à la première décision de l'OAI.

Le Dr H. _____, spécialiste en neurologie, relève quant à lui que, chez l'assurée, *"besteht seit ca. dem 20. Lebensjahr eine vermehrte Schweisssekretion betont im Bereich des Kopfes und des Stammes, welche initial vor allem nächtlich bestand, im weiteren Verlauf jedoch auch tagsüber auftritt"*. Sur la base d'un test de sueur, il retient un diagnostic de *"postganglionären Affektion der sudomotorischen sympathischen Fasern"*, estimant qu'il s'agit probablement d'un *"Hyperhidrose im Bereich des Stammes und Kopfes"* (dossier OAI, p. 372).

Pour sa part, le Dr I. _____, spécialiste en neurologie, estime que sa patiente souffre d'une *"neuropathie des petites fibres avec atteinte sudomotrice sympathique postganglionnaire"* dont l'origine est encore indéterminée. Cependant, il ne soutient nullement que cette atteinte serait incapacitante, se contentant de relayer les déclarations de sa patiente qui soutient être *"très limitée par ses symptômes avec une insomnie chronique induite par l'hyper sudation"* (dossier OAI, p. 349, 369 et 445).

Loin d'attester d'une aggravation de la situation, ces différents spécialistes tendent plutôt à confirmer une stabilité puisqu'ils font remonter l'état de santé actuel à la ménopause pour le premier et à l'âge de 20 ans pour le deuxième. Le troisième n'examine nullement la problématique de l'évolution de l'état de santé.

Au demeurant, on constate que, dans le cadre de sa première demande, l'assurée se plaignait déjà de bouffées de chaleur nocturnes avec des réveils en nage toutes les deux heures. Par exemple, dans un procès-verbal d'entretien du 9 avril 2013, il est relevé qu'elle *"dit avoir des bouffées de chaleur la nuit de manière cyclique, entre le 25 et le 10 du mois : elle se réveille en nage, toutes les deux heures"* (cf. dossier OAI, p. 148). L'expert-psychiatre précise que l'assurée *"se plaint [...] d'avoir des transpirations nocturne"* et *"dit dormir très mal la nuit et être souvent fatiguée la journée"* (dossier OAI, p. 172).

3.4. Au final, seule la généraliste traitante, la Dresse E. _____, semble affirmer que *"la situation s'est clairement aggravée"* depuis la suppression de la rente.

Dans son rapport du 17 septembre 2018, cette dernière indique avoir été consultée la première fois *"en novembre 2015 en raison d'une hyperhidrose invalidante qui [poursuit sa patiente] depuis 2000 et [...] s'est aggravée suite à la ménopause. [...] Malgré des traitements hormonaux conséquents et une hystérectomie, la situation s'est clairement aggravée"*. Ce trouble se manifeste par une *"hypersudation excessive et une insomnie secondaire à ce syndrome"*, ce qui oblige sa patiente à *"changer plusieurs fois par jour"* et lui provoque *"des insomnies sévères qui la rendent très irritables"* (dossier OAI, p. 351).

L'on peut, à ce stade, se demander si la généraliste soutient effectivement qu'il y a eu aggravation de la situation depuis la suppression de la rente. La doctoresse fait en effet surtout référence à la ménopause – soit un événement survenu antérieurement à la décision du 13 février 2015 – comme facteur de péjoration de l'état de santé. Cela étant, bien plus qu'une aggravation, c'est d'abord une modification de diagnostic qui est attestée ici, comme le démontre le passage suivant: *"Plusieurs spécialistes sont concordants [...] pour conclure à un trouble neurovégétatif sévère secondaire à une neuropathie des petites fibres. Alors, actuellement, le diagnostic n'est plus le même que préalablement"* (dossier OAI, p. 351).

C'est ce que souligne par ailleurs le Dr F. _____ lorsqu'il indique que *"hyperhidrose attestée par la Dresse E. _____ est toujours la même (elle l'atteste depuis 2000). Seul le nom qu'on lui donne change d'un rapport à l'autre. Les symptômes et les limitations fonctionnelles demeurent inchangés"* (dossier OAI, p. 403).

Aucune péjoration de la situation n'est donc rendue plausible par ces différentes pièces, à tout le moins s'agissant des troubles neurologiques allégués.

3.5. Dans son dernier rapport du 10 décembre 2018, la Dresse E. _____ signale également une *"aggravation de [la] toux chronique avec une dyspnée et des expectorations importantes de couleurs jaunâtres"* chez une patiente *"connue pour une BPCO (bronchite pulmonaire chronique obstructive) mais [...] à un stade léger et sans conséquence sur son quotidien"*. Cette atteinte a conduit la doctoresse à prescrire *"des aérosols et une cure antibiotique d'un mois et aussi de la cortisone lors du dernier contrôle"* (dossier OAI, p. 419).

Cette aggravation n'a pas été prise en considération par le Dr F. _____ dans ses différents rapports et, en particulier, dans son dernier rapport du 29 janvier 2019. Il se concentre en effet sur les conclusions du *"rapport de consilium neurologique du 12.12.2018"* – qui, selon lui, ne remettent pas en question ses conclusions antérieures – tout en ignorant les problèmes pneumologiques évoqués par la généraliste (rapport du 29 janvier 2019, dossier OAI, p. 448).

Cependant, dans un rapport postérieur, le Dr I. _____ évoque cette atteinte pneumologique. Le médecin précise que celle-ci semble avoir été considérée comme une *"pneumonie"* et a *"été traitée par antibiotiques"*. Son incidence sur la capacité de travail n'a donc été manifestement que temporaire, jusqu'à sa guérison que confirme le choix du mot *"traité"*, l'*"auscultation pulmonaire sans particularité"* et l'absence *"de signe de rétention d'eau"* (rapport du 15 janvier 2019, dossier OAI, p. 445).

Ainsi, Il apparaît que l'aspect invalidant de ces troubles n'a pas été rendu plausible.

Dans ce contexte de rejet du recours, l'on peut laisser ouverte la question de la recevabilité des conclusions de la recourante qui souhaite voir mises sur pied des mesures d'instruction spécifiques alors même que la décision contestée est un refus d'entrer en matière.

4.

Quoi qu'il en soit, le recours (605 2019 62) apparaît mal fondé et doit être rejeté, la décision du 6 février 2019 est par conséquent confirmée.

Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe.

Le recours ayant été rejeté sur le fond, il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

5.

La recourante sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire totale (605 2019 63) dans le cadre du recours contre la décision du 6 février 2019.

5.1. 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 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). L'assistance judiciaire ne dispense pas du versement de l'indemnité de partie visée aux articles 137 et suivants (al. 4).

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).

5.2. La recourante est soutenue par le service de l'aide sociale de sa commune. Dans ces circonstances et sans de plus amples démonstrations, la condition de l'indigence est en l'occurrence vraisemblablement remplie.

S'agissant de la seconde des conditions, l'on ne saurait retenir que le recours était d'emblée dénué de chances de succès.

Enfin, l'on doit admettre que l'assistance d'un mandataire professionnel apparaissait ici justifiée.

Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2019 63) peut être admise et Me Daniel Känel, avocat, désigné comme défenseur d'office.

5.3. Le 23 septembre 2019, le mandataire a produit une liste de frais d'un montant de CHF 1'440.25, à savoir CHF 1'359.- au titre d'honoraires (7.55 heures à CHF 180.-), CHF 67.95 de débours forfaitaires (5%) et CHF 13.30 au titre de vacation.

Il convient de tenir compte du fait que les frais sont calculés de manière forfaitaire, cette méthode n'étant pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017; cf. art. 11 al. 2 Tarif JA; art. 68 du Règlement sur la Justice; RJ; RSF 130.11). En outre, il

convient d'écarter le montant évoqué au titre de vacation, en l'absence de déplacement rendu plausible.

Dans ces circonstances, l'indemnité du défenseur désigné est fixée à un montant total de CHF 1'409.-, à savoir à CHF 1'359.- au titre d'honoraires (7.55 heures à CHF 180.-) et CHF 50.- au titre de débours, éventuelle TVA (7.7%) comprise.

Ce montant est mis à la charge de l'Etat de Fribourg.

5.4. Les frais de justice, par CHF 400.-, mis à la charge de la recourante ne sont pas prélevés, au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite.

la Cour arrête :

- I. Le recours (605 2019 62) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2019 63) est admise pour la procédure de recours et Me Daniel Känel, avocat, est désigné défenseur d'office.
- III. Les frais de justice, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante mais ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite.
- IV. L'indemnité allouée à Me Daniel Känel en sa qualité de défenseur d'office est fixée à un montant de CHF 1'409.-, éventuelle TVA (7.7%) comprise.
- V. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 14 novembre 2019/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :