

FR_GERICHTE 605 2016 18 vom 26. September 2016

FR Kantonsgericht, 2016-09-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_18

FR: FR_GERICHTE 605 2016 18 du 26 septembre 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2016 18 del 26 settembre 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 20

novembre 2006, celui-ci relève une capacité de travail de 85% dans une activité légère excluant les ports de charge au-delà de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout. L'OAI a refusé d'allouer des prestations à son assuré par décision du 7 mai 2008. Selon elle, son état de santé ne s'était pas modifié depuis la dernière décision et, partant, le taux d'invalidité restait inchangé. Par arrêt du 29 septembre 2011, la Cour de céans a admis le recours (605 2008 243) déposé par l'assuré et renvoyé la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. La Cour a relevé que, si les rapports étaient clairs d'un point de vue physique, le diagnostic semblait en revanche avoir évolué d'un point de vue psychique depuis 2004. A ce titre, il ne pouvait pas être considéré comme non invalidant sans une analyse des conditions posées par la jurisprudence en cas de troubles somatoformes. C. Pour donner suite à l'arrêt précité, l'OAI a ordonné la réalisation d'une nouvelle expertise médicale, laquelle a été confiée au Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a déposé son rapport d'expertise le 29 mars 2012 et mentionné les diagnostics d'"éventuel état dépressif majeur [...]" et d'"éventuel trouble douloureux". Sans statuer sur la capacité de travail, l'expert précise qu'il est "médicalement impossible d'apprécier objectivement l'état psychique de [l'assuré], partant de sa capacité de travail". Indiquant se fonder sur les conclusions de l'expert, par décision du 20 novembre 2012, l'OAI a derechef refusé l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité à son assuré. Par arrêt du 15 avril 2014, la Cour de céans a admis le recours (605 2012 491) déposé par l'assuré contre cette nouvelle décision et renvoyé la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. La Cour a alors considéré que l'expertise du Dr E. _____ n'était pas conforme aux critères relatifs à la valeur probante d'un rapport médical. Aux yeux de la Cour, cette absence de valeur probante était essentiellement due

Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 à l'absence de collaboration de l'assuré lequel n'avait cependant pas été dûment informé des conséquences d'une absence de collaboration. Dans de telles circonstances, l'OAI ne devait pas se fonder sur le rapport non probant, mais sommer l'assuré de se soumettre aux examens nécessaires sous peine de voir sa demande de prestations écartée. D. Le Dr E. _____ a été mandaté par l'OAI pour compléter son rapport d'expertise. Par différents courriers l'assuré a été informé de la personne de l'expert, des dates des deux entretiens ainsi que des conséquences d'un refus de collaborer. Dans son rapport du 20 août 2015, l'expert confirme les diagnostics émis précédemment et conclut à

l'existence d'une capacité de travail entière dans toute activité, sans perte de rendement, depuis toujours. Par projet de décision du 12 octobre 2015, l'OAI a rejeté la demande déposée par son assuré au motif que sa capacité de travail était entière dans toute activité professionnelle, sans baisse de rendement. Après avoir invité le Dr E. _____ à prendre position sur un rapport médical transmis par le recourant dans le cadre de ses objections, le projet a été confirmé par décision du 17 décembre 2015. E. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 28 janvier 2016, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et à la reconnaissance de son droit à une rente entière. Dans le cadre de son recours, il se plaint que l'OAI n'ait pas respecté les conditions émises par le Tribunal cantonal dans son arrêt dans la mesure où aucune nouvelle expertise n'a été mise en œuvre. Il conteste aussi le choix de l'expert, lequel aurait un présupposé négatif à son égard et serait, au demeurant, contesté par ses collègues. Il se plaint encore du fait que l'expert fonde son expertise sur des rapports des services sociaux et des déclarations faites dans le cadre d'une demande de naturalisation. A cet égard, il conteste la vérité des dires de sa fille, repris par l'expert. Enfin, il relève que le rapport d'expertise est encore contradictoire, faisant toujours état de diagnostics "éventuels", et comporte des remarques déplacées. Dans le cadre de son recours, l'assuré requiert l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite totale (ci- après: AJT). F. Invité à se prononcer sur la demande d'AJT et sur les conclusions au fond, l'OAI conclut à ce qu'il ne soit pas donné suite à la requête d'AJT, au maintien de sa décision et au rejet du recours. A l'appui de ses conclusions au fond, l'OAI admet que des informations provenant d'autres services de l'Etat de Fribourg ont été jointes au dossier pour des besoins d'exhaustivité. Il conteste l'existence d'un motif de récusation, en particulier l'apparence d'un parti pris en défaveur du recourant. Au contraire, à ses yeux, le Dr E. _____ avait l'avantage d'avoir déjà examiné l'assuré, ce qui le rendait plus à même de statuer dans le dossier. L'Office rappelle que la qualité de l'expert n'avait pas justifié le renvoi du dossier, seule l'absence de collaboration du recourant en était la cause. Il estime que le "comportement inadmissible" allégué n'a été reproché à l'expert qu'après les démarches de celui-ci visant à confronter l'assuré à certains documents. S'appuyant sur l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR), il confirme la valeur probante de l'expertise. G. Lors d'un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 Invitée à se déterminer à son tour, en sa qualité de fonds LPP à qui la décision attaquée a été notifiée, F. _____ ne s'estime pas concernée et s'abstient de formuler des conclusions. 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. 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. Dans un premier temps, l'assuré se plaint que le Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ait déjà été mandaté dans le cadre de ce dossier et qu'il ait un présupposé négatif à son égard. Il a également affirmé que ce médecin est contesté par ses confrères. Il conteste en substance le choix du Dr E. _____ en tant qu'expert, ce qui revient à requérir sa récusation. D'après la jurisprudence rendue en matière de récusation d'un juge – applicable par analogie à la récusation d'experts – le motif de récusation doit être invoqué dès que possible, soit au plus tard dès que le plaideur a connaissance de l'identité des membres composant l'autorité, à défaut de quoi il est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir (arrêt TF I 724/01 du 23 mai 2002 consid. 1b). En particulier, il est contraire à la

bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation, alors que celui-ci était déjà connu auparavant (arrêt TF 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1 et les références). En l'occurrence, par courriers des 25 juin 2014, 3 juillet 2014 et 26 mai 2015, l'assuré a été informé que le Dr E. _____ avait été mandaté par l'OAI pour l'examiner à nouveau dans le cadre d'une expertise. A ce moment-là, il savait dès lors qu'il serait examiné par la même personne que par le passé, soit un des motifs de récusation dont il se prévaut aujourd'hui à l'appui de son recours. Dans la mesure où il avait contesté la valeur probante de l'expertise du 29 mars 2012 devant la Cour de céans, il pouvait aussi déjà se plaindre de l'apparence de prévention dont il se prévaut aujourd'hui dans son recours. Enfin, pour autant qu'elles soient avérées, les critiques publiques à l'égard de l'expert – soit un autre motif de récusation dont il se prévaut – ne sont pas récentes de sorte qu'il pouvait également s'en prévaloir. Or, même dans le cadre de ses objections au projet de décision, le recourant n'a jamais mis en cause la personnalité de l'expert. Il ne s'est notamment pas prévalu des moyens dont il se prévaut aujourd'hui (examen par un expert l'ayant déjà examiné, apparence de prévention, personnalité contestée). A cet égard, le simple rappel que "le Tribunal cantonal avait relevé que la première expertise [...] n'était pas conforme aux critères relatifs à la valeur probante d'un rapport médical" ne saurait équivaloir à une quelconque mise en cause de l'expert. Alors même qu'il aurait pu faire valoir ces moyens de récusation en procédure administrative, il s'en est abstenu.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 Partant, les motifs de récusation émis par le recourant à l'encontre de l'expert dans le cadre du recours sont tardifs. Le recourant a couvert le vice allégué de sorte qu'il n'est plus habilité à s'en prévaloir. 3. A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. a) 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; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). b) La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par

le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. c) Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). 4. a) Selon 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 raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à

40% au moins. 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. b) L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire, la méthode spécifique, la méthode mixte et la méthode extraordinaire. En particulier, la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). c) L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). d) 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; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. 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'oeuvre (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 (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du

E. 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). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78 ss). 5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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). a) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). 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). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de

confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, 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 (arrêt TF 9C_201/2007 du

E. 29

septembre 2009 et du 15 avril 2014. Les griefs de la Cour à son égard étaient claires et avaient

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 en particulier trait au fait que la doctoresse était généraliste et ne pouvait permettre la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique. Ce manque de valeur probante ne pouvait être pallié par la seule production d'un nouveau rapport, plus récent. Pour sa part, le Dr L._____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail de son patient dans les rapports antérieurs à la décision litigieuse (cf. dossier OAI, pièces 680 et 711). La simple affirmation par le recourant que les conclusions de son médecin étaient "parfaitement claires" ne pouvait pas palier à ce manque d'indication sur cet élément essentiel. Partant, au moment où il a déposé son recours et contrairement à sa prétention, un examen prima facie des pièces médicales laissait prévoir que l'avis de l'expert-psychiatre, que suivait l'autorité intimée, ne serait pas sérieusement mis en doute. dd) Dans ces circonstances, les perspectives de gagner le procès étaient clairement très minces de sorte qu'un plaideur raisonnable et de condition aisée aurait renoncé à s'y engager. Le recours paraissait d'emblée dénué de toutes chances de succès. Pour ce motif, il se justifie de rejeter la requête d'assistance judiciaire. Dès lors que la condition des chances de succès du recours n'est pas remplie, la condition d'indigence peut rester ouverte. Cela étant, on peut douter que cette condition soit remplie, dans la mesure où le recourant apparaît ne pas avoir exposé toute la situation financière de sa famille. Certes, il bénéficie de l'aide sociale, ce qui laisse présager d'une situation financière difficile. Toutefois, comme indiqué ci-avant, il ressort des documents transmis par l'OCN qu'entre 2007 et ce jour, il a été en mesure d'immatriculer 51 véhicules de marques diverses alors même qu'aucun véhicule ni leasing n'est mentionné à l'appui de la requête d'AJT. Indépendamment de la valeur de ces véhicules, leur nombre est particulièrement conséquent pour un ménage bénéficiant de l'aide sociale depuis 2002 (revenu mensuel allégué de CHF 3'787.- en 2016), qui plus est dont les époux se prévalent de leur incapacité totale de travailler. La brève explication donnée par le recourant à cet égard – soit que, depuis 2007, ces 51 véhicules auraient été immatriculés à son nom pour deux de ses fils – n'est pas crédible (cf. arrêt TF 2P.16/2006 du 1er juin 2006 consid. 4.2). Au contraire, ces nombreuses immatriculations rendent plausibles l'existence d'un trafic de véhicules d'occasion, laquelle peut avoir une influence sur la situation financière du couple. 11. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours (605 2016 18) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Pour sa part, la requête d'assistance judiciaire totale (605 2016 19) est rejetée. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Ils sont mis à la charge du recourant. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête: I. Le recours (605 2016 18) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2016 19) est rejetée. III. Les frais de procédure sont fixés à CHF 800.-; ils sont mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas octroyé de dépens. V. Communication. 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 26 septembre 2016/pte Président Greffier

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