

FR_GERICHTE 605 2017 148 vom 6. April 2018

FR Kantonsgericht, 2018-04-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_148

FR: FR_GERICHTE 605 2017 148 du 6 avril 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 148 del 6 aprile 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 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, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

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 de la loi fédérale 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. a) Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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; Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause T. [I 797/06] du 21 août 2007 consid. 4). Ce n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques

de celle-ci (ATF 127 V 294). b) 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 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 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

E. 3

a) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314; VSI 1996 p. 192 consid. 2d; ATF 113 V 22 et les références). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314 et les références citées), respectivement du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108, 103 V 71).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 b) Selon l'art. 87 al. 3 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 de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

E. 4

Est en l'espèce litigieuse l'augmentation de la demi-rente d'invalidité. Le recourant considère qu'une nouvelle atteinte à son épaule gauche est venue péjorer sa capacité de travail, déjà limitée de moitié pour d'autres problèmes. L'OAI estime que tel n'est pas le

cas. Qu'en est-il ? a) atteintes et octroi de rentes Le parcours du recourant a été relaté comme suit dans l'arrêt de la Cour de céans du 8 février 2016 (dossier OAI, p. 146): aa) Né en 1966, il a déposé une demande de rente auprès de l'OAI le 16 février 2006, laissant entendre qu'une obésité morbide limitait sa capacité de travail dans son activité de livreur indépendant. Il indiquait avoir subi une intervention gastrique (By-pass) au mois de mai 2005, qui lui aurait rapidement fait perdre du poids mais aurait également entraîné une sévère carence en vitamines qui aurait eu des répercussions néfastes sur son état de santé. Une telle carence en vitamines a en effet provoqué une encéphalopathie secondaire (syndrome de Wernicke Korsakoff), observée par le Dr B. _____, du service de neurologie de l'Hôpital cantonal: « je rappelle qu'il souffre d'une obésité traitée par By-pass gastrique, d'une HTA et d'un diabète et que nous avons diagnostiqué chez lui l'été passé une encéphalopathie de Wernicke Korsakoff sur hypovitaminose B1». Celle-ci a laissé des séquelles sur un plan neurologique: « troubles de l'oculomotricité extrinsèque, avec nystagmus multidirectionnel dans le regard latéral ddc et vertical vers le haut, diplopie dans le regard latéral ddc, poursuite oculaire très saccadée et normalisation de la vision (avec disparition du nystagmus) lorsque la tête est penchée sur la droite et l'arrière. Légère ataxie à la marche (...). Troubles de la sensibilité de la partie inférieure de l'abdomen et interne des cuisses ». A la fin de l'année 2005, son état de santé paraissait s'être amélioré. Mais il s'était à nouveau dégradé à partir du printemps 2006, dans un contexte de nervosité et de douleurs physiques nouvelles, particulièrement au niveau du dos. A la fin de l'année, on notait un état dépressif réactionnel. La Cour relevait alors ceci: Selon la Dresse C. _____, spécialiste FMH en endocrinologie, diabétologie et métabolisme les difficultés à reprendre le travail demeuraient en lien avec l'encéphalite et ses troubles secondaires: « Cette reprise professionnelle s'est soldée par un échec. Il est au chômage depuis janvier 2007, à nouveau à la recherche d'un emploi. Les motivations des employeurs sont toujours les mêmes à savoir ses troubles de concentration et sa lenteur. Ces faits sont séquellaires à une hypovitaminose B1 (syndrome de Wernicke Korsakoff sévère) dont il n'a récupéré qu'une partie. En témoigne le nouvel examen neuropsychologique du 25 janvier 2007 (3ème évaluation). La mémoire immédiate auditivo-verbale est déficitaire ainsi que l'incitation verbale et non verbale. Il

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 présente un ralentissement sévère à la dénomination et à la lecture continue. Le calcul oral est également déficitaire». Les spécialistes du service de neuropsychologie de l'Hôpital cantonal pensaient pour leur part que l'état de santé s'était aggravé parce qu'un état dépressif réactionnel était venu s'ajouter au tableau et que la capacité de travail était pour l'heure et dans ces conditions nulle. La Dresse C. _____ disait la même chose. Sur la base de ces informations médicales, l'OAI lui a dès lors octroyé une rente entière par décisions du 28 septembre et du 10 octobre 2007. Celle-ci a été confirmée à deux reprises, en avril 2009 et en janvier 2011. bb) Après quoi, la nièce du recourant a informé l'OAI que ce dernier accomplissait une petite activité accessoire au sein de son entreprise de nettoyage: elle tenait à s'assurer que cela était bien compatible avec l'octroi de la rente entière. Dans le cadre de la procédure en révision d'office qui suivit, le recourant fut examiné par un expert psychiatre qui estimait que l'état de santé s'était amélioré au plan psychique. L'OAI en déduisait que la rente entière devait être supprimée et rendait une décision dans ce sens le 8 juillet 2014. Dans le cadre de l'instruction du recours, la Cour de céans parvenait à une autre conclusion. Elle retenait en effet, sur la base d'une expertise spécialisée, que la capacité de travail du recourant était toujours limitée de moitié, pour des raisons ayant principalement trait à la sphère neuropsychiatrique: Concernant «

l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici », l'expert psychiatre précise enfin concrètement que cette capacité de travail de 50% est valable dans l'ancienne activité (importateur-vendeur, soit représentant) comme dans une activité plus adaptée à l'instar de la dernière exercée (conciergerie): « Les troubles mnésiques, le ralentissement et la fatigabilité peuvent interférer sur l'exercice d'une activité à temps complet demandant du rendement. (...) Dans le cadre du travail actuel, sans contrainte de rendement, une augmentation du pourcentage à 50% semble adéquate, par exemple deux jours et demi/semaine. (...) L'activité de représentant ne semble plus indiquée; en revanche le poste occupé actuellement semble adapté et on peut même envisager d'en augmenter le taux à 50%. (...) Le rendement est diminué de 50% au stade actuel ». Dans l'optique de la révision de la rente, se prononçant sur l'évolution de l'état de santé, l'expert finit donc évidemment par conclure: « Une rente totale a été accordée en 2007. Au vu de la bonne évolution, on retient une incapacité de travail à mi-temps à partir de maintenant. (...) Les problèmes en lien avec la symptomatologie anxio-dépressive et la consommation abusive d'alcool ne seraient plus présents depuis en tout cas deux ans. Le degré d'incapacité semble donc avoir diminué en parallèle avec le recouvrement progressif d'un équilibre satisfaisant depuis 2011 ». Au vu de quoi, la Cour estimait que les séquelles de l'encéphalite demeuraient partiellement invalidantes. Elle relevait à côté de cela l'existence de certains facteurs extra-médicaux (contexte familial matériellement plutôt précaire + échec d'une tentative de reprise du travail + une déprime installée,

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 également liée à des problèmes de couple qui l'ont fait se réfugier un temps dans l'alcool) mais concluait enfin que: Dans la mesure où il existe toutefois des limitations médicales objectives (séquelles de l'encéphalite) pour ne retenir en l'espèce qu'une capacité de travail réduite de 50%, ces facteurs extra-médicaux ne saurait fonder prétexte à lui refuser toute prestation. On ne saurait non plus en tirer un argument pour déclarer qu'à l'époque, l'octroi d'une rente entière reposait sur une décision manifestement erronée qu'il faille reconsidérer aujourd'hui. La Cour invitait par conséquent l'OAI à procéder à un nouveau calcul du taux d'invalidité sur la base d'une diminution de moitié de la capacité de travail. C'est ainsi qu'une demi-rente, fondée sur un degré d'invalidité de 55%, continuait à lui être octroyée (cf. décision du 21 septembre 2016 et motivation, dossier OAI p. 67-84). b) évolution de l'état de santé Le recourant a formulé une nouvelle demande de prestations le 4 mars 2016 (dossier OAI, p. 137), soit avant même l'échéance du délai de recours contre le premier jugement. Celle-ci ne mentionne toutefois la présence d'aucune nouvelle atteinte. Après avoir refusé d'entrer en matière (dossier OAI, p. 130), l'OAI a entendu des médecins. Il a fini par rejeter cette nouvelle demande et il s'agit de se pencher sur les raisons qui l'ont conduit à le faire. aa) Le rapport médical fait état d'une nouvelle atteinte située au niveau de l'épaule gauche, qui n'avait pas été portée à la connaissance de la Cour de céans. Elle est relatée, à la fin de l'année 2015, par le médecin traitant, le Dr D. _____, généraliste: « Depuis 6 mois, sans notion de traumatisme, alors qu'il portait un bidon, il a présenté des douleurs de son épaule gauche (dires du patient). Actuellement, il présente des douleurs au niveau de son épaule gauche sur la face antéro-latérale, pouvant irradier au coude. Cette Symptomatologie est présente à l'effort mais le réveille toutes les nuits. (...) Il a été objectivé une lésion isolée du sus-épineux par l'imagerie pour laquelle l'orthopédiste ne retient pas d'indication opératoire pour le moment et propose une infiltration » (rapport du 20 novembre 2015, dossier OAI, p. 105). En dépit de l'imagerie médicale, la mobilité semblait alors bonne et indolore: « A l'examen clinique de l'orthopédiste, il a été retrouvé une amyotrophie globale des 2 épaules. Une mobilité

active quasi complète est obtenue à l'élévation, il n'y a pas de douleur à la rotation externe maximale, la mobilisation passive est aussi complète » (rapport précité). Au printemps 2016, une aggravation est cependant signalée, avec l'apparition des douleurs - malgré la prise en charge thérapeutique - et d'une impotence fonctionnelle: « Ce patient présente depuis 1 an des douleurs à l'épaule G ainsi qu'une impotence fonctionnelle. Cela a débuté suite au port d'un bidon lors de son travail. L'arthro scanner a montré une lésion isolée du sus-épineux. Il a bénéficié d'un avis du Dr E. _____ qui ne retenait pas d'indication opératoire. Malgré la physiothérapie et un traitement antalgique, majoré depuis peu, il n'y a pas d'amélioration » (rapport médical du 29 avril 2016 du Dr D. _____, dossier OAI, p. 104). A côté de cela, le recourant a encore consulté le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Il souffrait en effet également au niveau du poignet. A la suite d'un accident de voiture, dont il aurait été victime au mois de janvier 2016: « Le patient décrit également des douleurs du poignet post-traumatique d'un accident de voiture fin janvier 2016, resté sans diagnostic ni traitement » (rapport du 19 mai 2016, dossier OAI, p. 32). Le Dr F. _____ faisait ainsi part de l'existence de deux types de nouvelles atteintes: « Ce patient, qui est à l'AI à 50%, qui faisait auparavant avant des nettoyages, qui est à l'arrêt de travail depuis 7 mois pour des douleurs de l'épaule, présente également des douleurs au niveau du poignet post-traumatique. Plus précisément, ce patient présente des douleurs de l'épaule gauche depuis environ deux ans. Il a bénéficié d'une arthro-IRM l'année passée qui révèle une déchirure non transfixiante du sus-épineux. Il est traité en physiothérapie. Il a même bénéficié d'une infiltration de cortisone. A l'heure actuelle la flexion et l'abduction sont à 80° en actif et 130° en passif. (...) Le patient décrit également des paresthésies au niveau de l'avant-bras ddc et de la main ddc, plutôt dorsal » (rapport précité). Ce n'est toutefois que la problématique située au niveau du poignet gauche - finalement décrite comme un syndrome du tunnel carpien, également présent à droite - qui fut chirurgicalement traitée à l'automne 2016: « Déchirure de la coiffe des rotateurs à gauche. Syndrome du tunnel carpien ddc, plus marqué à gauche qu'à droite. Présence d'un conflit ulno-carpien versus un syndrome d'impaction séquellaire avec probable désinsertion de l'attache ulnaire du TFCC et remaniement ulno-luno-triquétral. Dyastasis scapho-lunaire. On note des douleurs du poignet avec un signe de Phalen et Tinel positifs. L'épaule a une mobilité diminuée avec 80° d'antépulsion et 80° d'abduction en actif. En passif, on arrive à 130° dans les deux amplitudes. Dans un premier temps, j'ai demandé un consilium chez le neurologue, qui confirme la présence d'une compression du nerf médian ddc, plus marquée à gauche qu'à droite. Une proposition de neurolyse est faite. Le patient sera opéré le 19.10.2016 de cette neurolyse du nerf médian à gauche. D'autre part, le patient bénéficie d'une IRM du poignet à gauche, dont les conclusions ont été citées ci-dessus » (rapport du 2 novembre 2016, dossier OAI, p. 30). L'évolution fut dans un premier temps jugée bonne, avec une très nette diminution des douleurs: « Les suites opératoires de la cure de tunnel carpien à gauche du 19.10.16 sont favorables avec une très nette diminution des douleurs et de la symptomatologie. Il est trop tôt pour se prononcer quant à l'évolution à long terme de cette intervention » (rapport précité). bb) A l'été 2016, le médecin traitant faisait malgré tout remarquer la présence d'un état dépressif chez le recourant (cf. rapport du Dr D. _____ 16 août 2016, dossier OAI, p. 89). La psychiatre-psychothérapeute G. _____ se prononçait plus clairement. Elle indiquait que le recourant, qui continuait certes à présenter un ralentissement psychomoteur, n'avait toujours pas fait le deuil de son couple. Elle observait, cela étant, qu'il demeurait bien intégré dans le monde du travail,

continuant à travailler dans l'entreprise familiale de nettoyage: « Au status l'on note une anomalie de l'humeur à tendance apathique, un ralentissement psychomoteur, des sentiments de culpabilité, des troubles du sommeil sous forme d'insomnies d'endormissement ainsi qu'une anxiété « flottante » accompagnée d'irritabilité, sentiment de nervosité et troubles neurovégétatifs. Particulièrement axé sur le conflit de couple subjacent le patient donne l'impression de n'avoir pas encore surmonté cette problématique litigieuse. Relativement bien entouré par sa famille d'origine, il semble jouir au sein de l'entreprise familiale de nettoyage où il travaille depuis plusieurs années, d'une bonne intégration professionnelle » (rapport du 17 mai 2016, dossier OAI, p. 36).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Elle posait le double diagnostic de « trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission » et d' « anxiété généralisée ». Mais elle ne retenait aucune incapacité de travail, considérant toutes les questions liées à cet aspect comme « sans objet ». Elle rapportait enfin qu'il était régulièrement suivi, une fois par mois, cette thérapeutique portant ses fruits puisqu'entraînant une « rémission en cours de la symptomatologie dépressive ainsi qu'une légère amélioration du conflit de couple ». Plus tard, dans un rapport du 4 juin 2016 déposé à l'appui du recours, elle semblait continuer à ne pas considérer l'atteinte psychique comme invalidante en soi, mais laissait entendre qu'elle n'était pas vraiment de nature à favoriser la guérison des autres atteintes: « Bien que l'atteinte psychopathologique ne soit pas directement responsable de son incapacité de travail actuelle, elle n'en constitue pas moins un facteur de risque important, susceptible d'aggraver les pathologies en place ». c) discussion et synthèse Les rapports médicaux dont se prévaut le recourant ne sont pas susceptibles d'établir une aggravation de l'état de santé ayant des répercussions sur la capacité de travail en la rendant plus limitée qu'elle ne l'est actuellement, notamment pas dans le cadre des activités de nettoyage qu'il paraît avoir partiellement repris à partir de l'année 2011. Les douleurs situées à l'épaule gauche ne semblent en effet générer qu'une légère restriction de la mobilité celle-ci. Quant à la problématique au niveau du poignet gauche - d'origine accidentelle ou plus vraisemblablement dégénérative si l'on considère qu'au final, c'est un syndrome du tunnel carpien qui a été opéré et qu'un tel syndrome serait également observable au poignet droit -, ses séquelles ne paraissent pas déterminantes si l'on tient compte des rapports du chirurgien traitant, qui renonce d'ailleurs expressément à se prononcer sur la demande AI. Au plan psychique, la spécialiste traitante considère pour sa part toute question relative à la capacité de travail comme étant « sans objet », ce qui en dit long. Ses déclarations, plus tard, ne font rien d'autre que mettre en évidence un contexte psycho-social précaire, sur lequel vient certes se greffer une fragilité psychique, déjà observée à l'époque. Ne subsistent au fond, à l'appui de la thèse du recourant, que les certificats d'incapacité de travail délivrés par le médecin généraliste traitant à partir du mois d'octobre 2015 et jusqu'au mois d'octobre 2016 (dossier OAI, p. 43 à 57), lesquels attestent d'une incapacité complète jusqu'à la fin du mois de mai 2016, puis de 80% par la suite. Ces écrits ne sont au demeurant pas détaillés et on ne saurait non plus affirmer qu'ils soient toujours d'actualité. Provenant du médecin traitant, dont on peut imaginer, avec la jurisprudence, qu'il serait plutôt enclin à soutenir son patient dans ses démarches vis-à-vis de l'assurance, on ne saurait soutenir que ces certificats sont de nature à établir une vérité médicale, notamment pas si l'on considère que, à la même période, ce même généraliste estimait, dans un rapport plus circonstancié, que le recourant pouvait encore travailler, sans port de charge et à temps partiel (annexe au rapport médical du 16 août 2016, dossier OAI, p. 86). A la lecture de tout cela, le rapport du SMR du 4 avril 2017 s'avère particulièrement pertinent: « La lésion de l'épaule gauche permet

une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 l'assuré. La cure de tunnel carpien gauche d'évolution favorable ne permet pas de justifier une incapacité de travail de longue durée. Conclusions: Il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé de nature à modifier durablement la capacité de travail médico-théorique. La capacité de travail médicalement exigible est inchangée. Aucune mesure d'instruction médicale supplémentaire n'est nécessaire » (dossier OAI, p. 29). D'un point de vue médical en effet, aucune aggravation de l'état de santé, respectivement perte supplémentaire de la capacité de gain, ne paraît être établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Dans son précédent jugement, la Cour avait relevé la présence de facteurs extra-médicaux. d) facteurs extra-médicaux Ils semblent toujours bien présents. aa) Les médecins s'accordent à constater que la situation du recourant est précaire, au niveau matériel comme personnel (problèmes de couple): « Il s'agit d'un patient à l'aide sociale qui avait été au bénéfice d'une rente AI jusqu'en juillet 2014 » (rapport médical du 20 novembre 2015 du médecin traitant, dossier OAI, p. 105); « Parmi les facteurs susceptibles d'aggraver le tableau psychopathologique en place, l'on note une comorbidité de longue date, un conflit de couple subjacent ayant abouti au divorce et des conditions existentielles précaires » (rapport de la Dresse G. _____ du 17 mai 2016, dossier OAI, p. 36). bb) Cela pourrait expliquer qu'il veuille une rente et, soutenu par son médecin traitant, tente de constituer un dossier médical pour l'obtenir: « Il est actuellement en arrêt de travail depuis plus de

E. 6

a) Des frais de justice de CHF 400.- sont en principe mis à la charge du recourant qui succombe. b) Il a demandé à bénéficier de l'assistance judiciaire pour la durée de la procédure. Invité à le faire par courrier du 4 septembre 2017, le mandataire n'a pas déposé de liste d'honoraires. Au vu des seuls rapports médicaux produits et de l'existence certaine d'un contexte psycho-social qui influence aujourd'hui le tableau, le recours est manifestement infondé. On est ici à la limite même de le penser d'emblée dénué de toute chance. Cela fait à tout le moins apparaître que les opérations effectuées par le nécessaire devaient se limiter au strict nécessaire. Pour ces raisons, et dans la mesure où l'on peut bien admettre que le recourant apparaît comme socialement démuné, a fortiori vis-à-vis de l'Administration, l'assistance judiciaire lui est accordée, mais avec une indemnité de partie réduite et octroyée sous la forme d'un unique forfait de CHF 1'500.-, frais et débours compris. A quoi s'ajoute encore une TVA de 8% à CHF. 120.-. Au final, c'est une indemnité de CHF 1'620.- qui est mise à la charge de l'Etat. Le paiement des frais de justice n'est ainsi pas exigé du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête: I. Le recours (605 2017 148) est rejeté et la décision querellée confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2017 149) est admise. Partant, Me Alain Vuithier est désigné défenseur d'office. III. Une indemnité de partie de CHF 1'620.- (frais et débours compris, avec CHF 120.- de TVA) est versée en mains du mandataire. Elle est prise en charge par l'Etat. IV. Des frais de justice de CHF 400.- sont mis à la charge du recourant qui succombe. Vu l'octroi de l'assistance judiciaire, ils ne lui sont pas réclamés. 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 6 avril 2018 /mbo Président Greffière-stagiaire

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