

## **FR\_GERICHTE 605 2017 225 vom 17. Juli 2018**

FR Kantonsgericht, 2018-07-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2017\\_225](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_225)

FR: FR\_GERICHTE 605 2017 225 du 17 juillet 2018

IT: FR\_GERICHTE 605 2017 225 del 17 luglio 2018

### **Regeste**

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

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

septembre 2015, refusé de lui accorder une rente d'invalidité, estimant qu'elle ne présentait aucune atteinte invalidante au sens légal. Dans le cadre de l'instruction de cette première demande, il a tout particulièrement été tenu compte de deux expertises, l'une orthopédique et l'autre psychiatrique, qui avaient été ordonnées par l'assurance perte de gain maladie. Cette décision n'a pas été contestée et est dès lors entrée en force. B. Estimant que son état de santé s'était aggravé tant sur le plan physique que psychique, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations quelques mois plus tard, le 9 février 2016. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, une nouvelle expertise orthopédique a été mise en œuvre, laquelle n'a démontré aucune aggravation de la pathologie ostéo-articulaire depuis la première décision de refus. Au surplus, l'OAI a considéré qu'aucune modification de l'état de santé n'avait été démontrée au niveau psychique, de sorte qu'il n'a pas estimé nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise sur ce plan. Partant, l'OAI a une nouvelle fois considéré que l'assurée ne présentait aucune atteinte invalidante au sens légal et a dès lors refusé l'octroi de toute prestation de l'assurance-invalidité par décision du 1er septembre 2017. C. Contre cette dernière décision, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Sébastien Dorthe, avocat, interjette recours (605 2017 225) le 6 octobre 2017. Sous suite de frais et dépens, elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi de prestations de l'AI. Subsidiairement, elle demande le renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. En parallèle, elle requiert l'assistance judiciaire totale (605 2017 226). En substance, elle estime que l'autorité intimée n'a pas correctement apprécié sa situation médicale, notamment en omettant de tenir compte de certains aspects ressortant de la nouvelle expertise orthopédique, en écartant à tort les appréciations médicales divergentes et en refusant de prendre en compte les troubles psychiques, estimant que de nouvelles investigations auraient dû être mises en œuvre sur ce plan. Par ailleurs, elle invoque une violation du droit d'être entendu, considérant que la décision attaquée n'expose aucun motif concernant ses troubles psychiques. A l'appui de sa position, elle produit deux nouveaux rapports médicaux. Dans ses observations du 27 octobre 2017, l'OAI propose le rejet du recours. Après avoir rappelé les motifs du refus initial de prestations, il affirme que la recourante n'a apporté aucun élément permettant de retenir une aggravation de son état de santé sur le plan psychique depuis la précédente décision de refus, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise psychique n'était pas nécessaire. Sur le plan orthopédique, la nouvelle expertise n'a démontré aucune aggravation par

Tribunal cantonal TC Page 3 de 17 rapport à l'expertise réalisée dans le cadre de la première demande, de sorte qu'aucune aggravation, là non plus, ne peut être retenue. Enfin, s'agissant du grief de violation du droit d'être entendu, il relève que la recourante a reçu une copie des différents rapports du SMR sur lesquels se fonde la position de l'Office relative à l'état de santé psychique, de sorte qu'aucune violation du droit d'être entendu ne saurait être retenue, même si les motifs de refus concernant ce point précis ne figurent pas explicitement dans la décision litigieuse. Dans un ultime échange d'écritures, les parties ont confirmé leurs conclusions. Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leur moyens de preuve. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. La recourante se prévaut d'abord d'une violation de son droit d'être entendu au sens des art. 42 et 49 al. 3 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1). Elle reproche à l'autorité intimée de n'avoir pas exposé, dans la décision attaquée, les motifs pour lesquels les troubles psychiques n'ont pas été retenus, alors qu'il s'agit selon elle d'une question décisive pour apprécier son invalidité. L'autorité intimée estime quant à elle que dans la mesure où les rapports médicaux du SMR – sur lesquels elle s'est fondée pour nier l'existence d'une modification de l'état de santé psychique – ont été transmis à la recourante, aucune violation du droit d'être entendu ne saurait être retenue. Au demeurant, une éventuelle violation serait quoi qu'il en soit réparée dans le cadre de la procédure de recours auprès du Tribunal cantonal, dans la mesure où la recourante a eu l'occasion d'étayer sa position sur cette question dans le cadre de l'échange des écritures. 2.1. Selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst; RS 101) et l'art. 42, 1ère phrase, LPGA, les parties ont le droit d'être entendues. En outre, à teneur de l'art. 49 al. 3, 2ème phrase LPGA, les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation est également déduite de la jurisprudence sur le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'instance de recours, si elle est saisie, soit en mesure d'exercer pleinement son contrôle (ATF 129 I 232 consid. 3.2; 126 I 97 consid. 2b; 122 IV 8 consid. 2c). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1; ATF 133 I 201 consid. 2.2). 2.2. En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu le nombre important de décisions que les autorités

compétentes sont appelées à rendre. La motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés. Il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114). Ainsi, si la motivation doit révéler les réflexions de l'autorité sur les éléments – de fait et de droit – essentiels qui ont influencé sa décision, l'autorité n'est cependant pas tenue de prendre position sur tous les faits, griefs et moyens de preuve invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui apparaissent décisifs pour la solution de la cause (ATF 126 I 97 consid. 2b; 112 Ia 107 consid. 2b).

2.3. En l'espèce, pour motiver son refus de procéder à des mesures d'instruction complémentaires sur le plan psychiatrique, l'autorité intimée s'est basée sur les pièces du dossier, et, plus particulièrement, sur les rapports des 1er mars et 29 juin 2016 du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecin du Service médical régional de l'OAI (SMR), qui avait considéré qu'il n'existait pas de faits nouveaux sur ce plan depuis la dernière décision entrée en force (dossier OAI, pièces 84 et 93). L'assurée et son mandataire, ayant accès au dossier médical, ont dès lors eu tout loisir de prendre connaissance de cette position. Qui plus est, le rapport du 29 juin 2016 susmentionné a été spécifiquement transmis par l'OAI à la recourante le 30 juin 2016 (dossier OAI, pièce 94), laquelle a expressément pris acte de la position de l'autorité intimée à ce propos par courrier du 8 novembre 2016 (dossier OAI, pièce 100). Ainsi, lors de la communication du projet de décision du 15 mai 2017 déjà (dossier OAI, pièce 110), l'assurée connaissait la position de l'autorité intimée sur cette question. Elle a d'ailleurs pu faire valoir ses objections à ce propos le 19 juin 2017 (dossier OAI, pièce 112). Dans ces conditions, même si les motifs de refus de mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique ne ressortent certes pas expressément de la décision litigieuse, l'assurée était parfaitement en mesure de connaître la position de l'OAI ainsi que les motifs retenus à cet égard. Preuve en est que l'assurée s'est à plusieurs reprises déterminée sur cette question, tant dans le cadre de ses objections au projet de décision que dans le cadre du présent recours. Elle n'a dès lors subi aucun préjudice de cette situation, ayant en effet manifestement pu comprendre les motifs de la décision litigieuse et attaquer utilement celle-ci. Partant, mal fondé, le grief de violation du droit d'être entendu par défaut de motivation de la décision attaquée doit être rejeté.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 Il convient dès lors d'examiner les mérites du recours sur le fond.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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.

3.1. 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 malade, 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.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie suppose 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a 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 sur la base 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 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. Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion aux termes desquels il y a lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2; arrêt TF 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2 et les références). 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). 3.2. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à 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. 4.1. D'après une jurisprudence constante, 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). 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 (cf. art. 28 LAI). 4.2. 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).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 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). 4.3. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). 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 les références citées). 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 29 janvier 2008). Ainsi, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 5. 5.1. Selon l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. D'après ce dernier alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 5.2. Dans le cadre de l'examen d'une nouvelle demande, il s'agira, par conséquent, d'appliquer par analogie les principes relatifs à l'examen de la révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA, lequel prévoit que 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 (al. 1). 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). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 387 consid. 1b). Pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou à la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 6. Est en l'espèce litigieux le rejet d'une nouvelle demande de rente. La question déterminante en l'espèce est celle de savoir si la recourante a établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI (ci-dessus consid. 2.1). Celle-ci fait valoir que son état de santé s'est aggravé, tant sur le plan psychique que physique. L'OAI considère pour sa part qu'aucune aggravation n'est en l'espèce établie. 6.1. Il s'agit de revenir sur le dossier afin de voir si et dans quelle mesure la situation médicale de la recourante a évolué depuis la première décision de refus. 6.1.1. Demande initiale du 12 avril 2013 L'assurée, née au Portugal en 1963, a travaillé comme nettoyeuse à 80% auprès d'une entreprise de

nettoyage depuis son arrivée en Suisse, en août 2010, avant d'être licenciée avec effet immédiat au 5 mars 2013 (dossier OAI, pièce 17). Le 6 mars 2013, une « décompression par cross-foraminotomie L4-L5 » a été pratiquée en urgence par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans un rapport du 29 avril

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 2013, ce médecin avait évoqué des « lombo-sciatalgies bilatérales plus prononcées à gauche qu'à droite sur troubles dégénératifs avec arthrose facettaire et petite hernie discale L4-L5 sur discopathie grade III selon Pfirmann sans atteinte radiculaire L4-L5 », tout en précisant que les radiographies réalisées le 14 mars n'avaient révélé aucune pathologie particulière (rapport du 29 avril 2013, dossier OAI, pièce 24, p. 80). Le 12 avril 2013, elle a déposé une première demande de prestations AI, indiquant souffrir de « dépression chronique » et « hernie discale » (dossier OAI, pièce 4). Face à une évolution défavorable, une « spondylodèse L4-L5 avec mise en place d'une cage » avait finalement été pratiquée par le Dr C. \_\_\_\_\_ le 13 décembre 2013 (protocole opératoire du 13 décembre 2013, dossier OAI, pièce 41, p. 149). Entre-temps, elle avait également dû être hospitalisée à deux reprises auprès de D. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 2 décembre 2013, le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin chef de clinique à D. \_\_\_\_\_, avait mentionné les diagnostics de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2) » et « trouble de la personnalité de type borderline documenté (F60.31) », en précisant que la patiente souffrait de « douleurs lombaires basses constantes qu'elle situe à 5/10 et qui retentissent sur son psychisme » (rapport du 2 décembre 2013, dossier OAI, pièce 41, p. 162ss.).

6.1.2. Première décision de refus du 15 septembre 2015 Au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision de refus de prestations du 15 septembre 2015, la situation médicale avait été évaluée notamment sur la base de deux expertises médicales, l'une orthopédique et l'autre psychiatrique, qui avaient été mises en œuvre conjointement par l'OAI et par l'assurance perte de gain. Il ressortait du rapport d'expertise du 26 juin 2014 du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dossier OAI, pièce 49), que les investigations cliniques (notamment absence de troubles neurologiques, phénomènes dégénératifs « très modérés » sur la colonne lombaire) ne permettaient pas d'expliquer les douleurs importantes exprimées par l'assurée. L'expert avait relevé une attitude très démonstrative et une incohérence des plaintes (« durant l'examen en position couchée, les manifestations algiques sont très importantes. L'assurée crie et pleure sans arrêt. Tout effleurement, quel que soit la région du corps, déclenche des plaintes douloureuses importantes qui ne peuvent correspondre aux stimuli appliqués et qui ne correspondent à aucune topographie »; rapport d'expertise, p. 5). Sur cette base, il avait posé le diagnostic de « douleurs généralisées d'origine indéterminée, voire d'origine psychiatrique; status post-spondylodèse L4-L5 avec interposition d'une cage; status post décompression par cross-foraminotomie L5 gauche; troubles psychiatriques très importants » (p. 5-6), tout en soulignant « une très grande discrétion entre la description des examens [para cliniques, notamment d'imagerie], qui montrent un status post-opératoire correct, et les plaintes émises » par la patiente (p. 6). En conclusion, l'expert avait « éprouvé des difficultés à admettre qu'en l'absence d'une compression quelconque au niveau de la moelle épinière, qu'en présence d'un status neurologique normal, de phénomènes dégénératifs modestes et d'une situation post-opératoire correcte, les plaintes douloureuses de cette assurée soient en relation avec son état orthopédique » (p. 6), de sorte qu'il avait considéré que la capacité de travail, manifestement nulle sur le plan psychiatrique, était en revanche entière sur le plan orthopédique, dans une activité adaptée et allégée, moyennant

une éventuelle diminution de rendement de 25% au maximum (p. 8-9).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 Le rapport d'expertise psychiatrique du 6 septembre 2014 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI, pièce 53), avait également mis en évidence des incohérences, tant sur le plan psychique (« en arrivant sur le pas de la porte, puis à la fin de l'examen (...), Madame est souriante et animée. Son ton est normal. Durant tout l'entretien, l'expertisée a un comportement extrêmement théâtral; à plusieurs reprises, elle paraît éclater en sanglots mais aucune larme n'est objectivée; le ton est larmoyant ») que somatique (« elle marche avec deux cannes sur lesquelles elle ne s'appuie pas; Madame se déplace facilement »; « l'expertisée s'assied et se relève normalement du siège, sans manifester de douleurs ou de signes d'inconfort mais en les relatant abondamment »; rapport d'expertise, p. 13). L'experte avait ainsi conclu à une « amplification des symptômes et non un syndrome douloureux somatoforme persistant, ceci en l'absence de détresse émotionnelle objectivée » (p. 18). Elle avait par ailleurs constaté, sur la base d'analyses des taux sériques, une mauvaise compliance médicamenteuse (p. 21). En conclusion, l'experte n'avait retenu aucune limitation de la capacité de travail « en l'absence de trouble psychique », et avait signalé « l'amplification de symptômes, un comportement d'invalidé et des problèmes sortant du champ médical » (p. 21). Sur le plan neurologique, dans un rapport du 31 juillet 2015, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, ne relevait aucun déficit neurologique mais signalait une limitation importante de la mobilité de la colonne lombaire (« keine neurologischen Ausfälle aber wichtige Einschränkung der Beweglichkeit der LWS ») (dossier OAI, pièce 75). Au même moment, les médecins traitants de l'assurée formulaient quant à eux des appréciations divergentes sur la capacité de travail de l'assurée. Dans un rapport du 17 juillet 2013 adressé à l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_ avait indiqué que « en ce qui concerne le dos, il est exigible qu'elle soit apte à travailler à minimum à 50% puis dans le futur à 100% dans un domaine adapté » (dossier OAI, pièce 21). Pour sa part, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, avait affirmé qu'aucune activité adaptée n'était envisageable (rapport du 19 août 2013, dossier OAI, pièce 24, p. 69ss.). Quant au psychiatre traitant, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait tout d'abord indiqué, dans un rapport du 20 décembre 2013, que l'assurée souffrait d'un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, anxiété généralisé et personnalité borderline », qui impliquait une incapacité de travail était totale, tant pour les atteintes physiques que psychiques (dossier OAI, pièce 34, p. 127-128). Le psychiatre avait encore confirmé l'inexigibilité de toute activité lucrative dans un rapport du 29 juin 2015, dans lequel il faisait état d'une « invalidité totale à cause de son affection somatique mais ses troubles psychiques sont aussi invalidants » (dossier OAI, pièce 74). Enfin, dans un rapport du 9 juin 2015, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, avait indiqué que la situation était « en échec total du point de vue antalgique » et avait considéré que la capacité de travail résiduelle était nulle (dossier OAI, pièce 70). Les divergences d'opinion entre les médecins traitants de l'assurée et les experts s'expliquaient, selon le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecin du SMR, « par l'attitude très démonstrative de l'assurée et les incohérences objectivées », dans la mesure où les médecins traitants fondaient leur appréciation sur les plaintes de l'assurée (dossier OAI, pièce 77).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 C'est en connaissance de ces différents avis médicaux que, se fondant pour l'essentiel sur les conclusions des deux expertises susmentionnées et sur l'appréciation du SMR, l'OAI avait refusé l'octroi de toute prestation par décision du 15

septembre 2015 (dossier OAI, pièce 80). Cette décision, non contestée, est entrée en force.

6.1.3. Nouvelle demande du 9 février 2016 Cinq mois après cette décision, la recourante a déposé une seconde demande de prestations (dossier OAI, pièce 82). A l'appui de sa demande, elle a produit de nouveaux rapports médicaux du Dr H. \_\_\_\_\_ (rapports des 12 juin, 17 septembre et 23 octobre 2015, dossier OAI, pièce 81), qui a signalé une protrusion des disques L3-L4 avec sténose L3-L4 ainsi qu'un retard de consolidation de la spondylodèse L4-L5 sans signe de fracture osseuse (dossier OAI, pièce 81, p. 301). Elle a également produit un rapport du 17 juillet 2015 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui n'a pour sa part relevé aucune lésion neurogène (dossier OAI, pièce 81, p. 302). Sur le plan psychiatrique, le Dr J. \_\_\_\_\_, dans un rapport du 15 janvier 2016, a confirmé les diagnostics évoqués précédemment (personnalité émotionnellement labile type borderline et trouble dépressif récurrent moyen à sévère). Il a contesté les conclusions de l'experte G. \_\_\_\_\_, considérant que « les souffrances que présente la patiente sont évidentes et évoquent la chronicité et atteinte invalidante de ses affections » (dossier OAI, pièce 83). Le médecin du SMR a considéré que, bien qu'il n'y ait pas d'aggravation de l'état de santé somatique, le « retard de consolidation de la spondylodèse lombaire » signalé par le Dr H. \_\_\_\_\_ nécessitait la mise en œuvre d'investigations supplémentaires. Sur le plan psychiatrique, il a constaté que l'appréciation du psychiatre traitant ne faisait état d'aucune aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations, et ne permettait pas non plus de mettre en doute les conclusions de l'expert psychiatre, de sorte qu'il ne se justifiait pas de mettre en œuvre de nouvelles mesures d'instruction (dossier OAI, pièces 84 et 93). Une seule nouvelle expertise orthopédique a dès lors été mise en œuvre auprès du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 16 janvier 2017 (dossier OAI, pièce 107), l'expert a tout d'abord relayé les plaintes exprimées par l'assurée (lombalgies permanentes, échec de toutes les thérapies proposées, refus de la physiothérapie, dépression profonde, problèmes financiers). Il a également indiqué une collaboration médiocre lors de l'expertise ainsi que des signes d'autolimitation (rapport d'expertise, p. 10). Il a exprimé des doutes quant à la cohérence des déclarations de l'assurée (« absence relative d'amyotrophie aux 2 membres inférieurs contraste avec une notion « couchée toute la journée et aucune position n'est tolérée » retrouvée tout au long de l'examen des documents ainsi que pendant le temps de l'expertise. L'absence relative d'amyotrophie aux 2 membres supérieurs contraste également avec la notion que l'assurée n'a aucune activité même ménagère »), tout en s'étonnant de « la méconnaissance quasi-totale des postures à adopter dans sa vie quotidienne » chez une lombalgique chronique, et relève l'absence d'explication plausible et certaine aux plaintes de l'assurée par l'examen radio-clinique (p. 21). Il a relevé, comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, un « status après décompression par cross-foraminotomie L4-L5 » et un « status après spondylodèse L4-L5 », ainsi que d'autres diagnostics, dont notamment le « retard de consolidation de la spondylodèse L4-L5 », considérés toutefois comme étant sans incidence sur la capacité de travail (p. 19). En conséquence, il a formulé les limitations fonctionnelles suivantes: « flexion, extension ou torsion de la colonne lombaire dans des amplitudes extrêmes et répétitives sont proscrites. Pas de levage et transport

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 de charges loin du corps. Limitation du port de charges à 25 kg. Alternier la position assise- debout » (p. 21) et a estimé que l'assurée pouvait en principe reprendre son activité d'employée de nettoyage, considérant que cette activité était exigible à 100% moyennant la possibilité d'alternier la position assise-debout (p. 23). Invité

à se déterminer sur le rapport d'expertise, le médecin du SMR a considéré que « les diagnostics sont concordants avec les données cliniques objectives rapportées et avec ceux retenus lors de la précédente expertise orthopédique en 2014. L'expert constate également les mêmes auto-limitations et la même démonstrativité », de sorte que ses conclusions ont été jugées cohérentes avec les atteintes à la santé objectivées. Dans ces conditions, il a considéré qu'il n'existait aucune aggravation de la pathologie ostéo-articulaire objectivable depuis la dernière décision (dossier OAI, pièce 109).

6.1.4. Nouveau refus C'est dans ce contexte que l'OAI a signifié à l'assurée son projet de refuser l'octroi de prestations d'assurances, à défaut d'atteinte invalidante à la santé au sens légal (projet de décision du 15 mai 2017, dossier OAI, pièce 110). L'assurée s'y est opposée le 19 juin 2017, en demandant la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Sur le plan somatique, elle a contesté l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ en se fondant sur un rapport du 15 mai 2017 du Dr H. \_\_\_\_\_, selon lequel la limitation du port de charges devrait être de 10 à 15 kg au maximum, et qui mettait en doute la possibilité d'exercer une activité de nettoyage à 100% en raison des limitations physiques retenues, tout en recommandant une évaluation psychiatrique (dossier OAI, pièce 112). Quant au Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, il a rappelé les diagnostics connus, en insistant sur l'intensité des douleurs (« Es handelt sich um eine extrem eingefahre Situation, wobei die Patientin unter invalidisierenden Lumbalgie leidet. (...) die Rückenschmerzen zum heutigen Zeitpunkt eine extrem hohe Intensität aufweisen und kaum noch moduliert werden können ») et a indiqué ne pas pouvoir se déterminer sur la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles actuelles (« Die Feinheiten der arbeitsmedizinischen Situation konnten nicht zuletzt auch sprachlich bisher nicht in einer Art und Weise thematisiert werden, als das man sie hier verbindlich schriftlich festhalten könnte »; rapport du 6 juillet 2017, dossier OAI, pièce 115). Le 24 juillet 2017, le médecin du SMR a considéré que ces derniers éléments n'apportaient aucun fait nouveau sur le plan médical objectif, et que l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_ ne permettait pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise orthopédique. Il a rappelé qu'en l'absence de fait nouveau attesté sur le plan psychiatrique, il n'y avait aucun motif de revenir sur l'expertise réalisée dans le cadre de la demande initiale (dossier OAI, pièce 116). Dans ces conditions, l'OAI a ainsi rendu la décision querellée de refus de rente d'invalidité le 1er septembre 2017 (dossier OAI, p. 49-52).

6.1.5. Recours et éléments médicaux ultérieurs A l'appui de son recours contre cette dernière décision, la recourante produit un nouveau rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 25 septembre 2017, qui indique que la patiente présente des « douleurs chroniques qui restent inchangées depuis plusieurs années et aucun nouvel évènement médical n'a eu lieu ». Il considère que cette situation, associée à l'état psychique de la patiente, est « très difficilement compatible avec une réintégration professionnelle », de sorte qu'il recommande des investigations supplémentaires sur le plan psychiatrique (bordereau recourante, pièce 8).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 Elle produit également un rapport du 28 septembre 2017 du Dr J. \_\_\_\_\_, qui confirme à nouveau les diagnostics précédemment posés (personnalité « émotionnellement labile type borderline » et « trouble dépressif récurrent toujours en épisode actuel moyen à sévère »). Il conteste les conclusions de l'expertise psychiatrique du 6 septembre 2014 selon laquelle aucun trouble psychique n'avait été observé, en indiquant que « l'état psychique actuel et les souffrances que présente la patiente sont évidentes et évoquent la chronicité et atteinte invalidante de ses affections ». En conclusion, il considère qu'il convient de reconsidérer le cas pour évaluer son droit à des prestations de l'AI ((bordereau recourante, pièce 9).

6.2. La recourante affirme que son état

de santé s'est aggravé, tant sur le plan physique que psychique. En particulier, elle reproche à l'autorité intimée d'avoir constaté les faits pertinents de manière inexacte et incomplète, en omettant de prendre en considération tous les avis médicaux au dossier, ainsi que d'avoir violé les art. 43 LPGA et 57 al. 3 LAI, en refusant de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique.

6.2.1. Sur le plan somatique tout d'abord, la recourante fait grief à l'autorité intimée d'avoir écarté certains éléments de l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, en ne prenant pas en considération les limitations fonctionnelles retenues, d'avoir écarté l'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_, lequel avait exprimé des doutes quant à l'exigibilité de l'activité habituelle de nettoyage à 100%, et de n'avoir pas tenu compte de tous les éléments figurant dans le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_. A cet égard, il convient de rappeler que le seul élément médical nouveau depuis le précédent refus de rente, sur le plan somatique, est le défaut de consolidation de la spondylodèse, signalé par le Dr H. \_\_\_\_\_, qui a justifié la reprise de l'instruction et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise orthopédique. Selon l'expert M. \_\_\_\_\_, ce diagnostic a toutefois été considéré comme sans influence sur la capacité de travail. Les seuls diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, selon l'expert, sont ceux qui avaient déjà été relevés précédemment, à savoir le « status après décompression par cross-foraminotomie L4-L5 » et le « status après spondylodèse L4-L5 ». En conséquence, la Cour constate que le seul élément nouveau, sur le plan somatique, ne paraît pas avoir d'influence sur la capacité de travail retenue lors de la précédente décision de refus de prestations. Par ailleurs, les nouveaux rapports médicaux produits par la recourante ne se prononcent pas non plus réellement en faveur d'une incapacité de travail justifiée par l'état de santé somatique. En effet, la seule évocation, par le Dr H. \_\_\_\_\_, d'une limitation de port de charges inférieure à celle relevée par l'expert (10-15 kg au lieu de 25 kg) ne permet pas, en soit, de considérer que l'ancienne activité de nettoyeuse serait inexigible. De plus, ce médecin ne se prononce pas de manière explicite sur la capacité de travail résiduelle de la recourante, se limitant à évoquer « des doutes personnels » sur la possibilité de reprendre cette activité à 100%. Le Dr N. \_\_\_\_\_ ne s'exprime pas plus sur cette question, indiquant même expressément pour sa part ne pas pouvoir se déterminer sur la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles actuelles. Ces appréciations ne sauraient ainsi manifestement pas être suffisantes pour mettre en doute les conclusions de l'expert à ce propos.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17

Quant aux critiques de la recourante, selon lesquelles l'OAI n'aurait pas pris en considération tous les éléments mis en lumière par l'expert M. \_\_\_\_\_, en particulier les limitations fonctionnelles particulières, force est de constater que le rapport d'expertise indique sans aucune équivoque qu' « il n'apparaît pas de grande répercussion liée à la suite de sa pathologie », de sorte que « l'assurée peut en principe reprendre son activité d'employée de nettoyage », à 100% avec la possibilité d'alterner la position assise-debout. Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi l'OAI aurait mal constaté les faits pertinents en ne retenant pas d'atteinte invalidante au sens légal sur la base de ce rapport d'expertise. Tout ceci d'autant moins que le tableau reste profondément marqué par un contexte d'exagération des symptômes, de non-compliance et d'auto-invalidation, relevé par la quasi-totalité des médecins consultés par la recourante.

6.2.2. Quant aux troubles psychiques, force est de constater que le psychiatre traitant n'allègue aucune aggravation de l'état psychiatrique de la recourante. Les rapports produits à l'appui de la seconde demande de prestations (rapports du 15 janvier 2016 et du 28 septembre 2017) confirment en effet les diagnostics déjà signalés dans le cadre de l'instruction de la première demande, à savoir une personnalité émotionnellement labile

type borderline, accompagnée d'un trouble dépressif récurrent moyen à sévère, ainsi qu'une incapacité de travail totale en découlant, que le psychiatre traitant avait déjà attestée en 2013 puis en 2015, pour les mêmes motifs. Par ailleurs, il se limite à critiquer les constatations de l'experte G. \_\_\_\_\_, en répétant que « les souffrances que présente la patiente sont évidentes et évoquent la chronicité et atteinte invalidante de ses affections » (formulation identique dans les deux rapports précités). Il en résulte que ces rapports n'amènent aucun élément médical nouveau par rapport à l'état de santé lors du précédent refus de rente, comme le relève le médecin du SMR. Ni l'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_, qui avait souhaité une évaluation de l'état psychiatrique, ni celle de l'expert M. \_\_\_\_\_, qui recommandait la poursuite d'une prise en charge psychiatrique, ne permettent non plus de rendre plausible une quelconque aggravation de l'état de santé psychique depuis le premier refus de rente, de sorte que c'est à juste titre que l'autorité intimée a refusé de mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires sur ce plan. Quant aux critiques formulées par le psychiatre traitant à l'encontre de l'expertise psychiatrique du 6 septembre 2014 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, elles ne sauraient remettre en cause les constatations et diagnostics retenus à ce moment-là. L'admettre reviendrait à accueillir des griefs tardifs qui auraient dû être formulés dans le cadre des voies de recours ordinaires à l'encontre de la décision de refus initiale, qui n'avait pas été contestée à l'époque. 6.3. Il ressort de tout ce qui précède que les avis médicaux produits par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande et du présent recours ne sont pas suffisants pour établir une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de rente du 15 septembre 2015. Il convient au contraire de constater que l'aggravation qu'elle allègue ne constitue en réalité que l'intensification du phénomène d'invalidation dans lequel elle était déjà engagée à l'époque, qui avait déjà été relevé par plusieurs rapports médicaux dans le cadre du refus de rente initial et pour lequel la responsabilité de l'assurance-invalidité, aujourd'hui encore, ne saurait être engagée.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 Il n'apparaît du reste aucun élément qui permette de penser que le refus de rente initial était erroné au point qu'il faille aujourd'hui le reconsidérer. 6.4. Par ailleurs, aujourd'hui comme lors du refus initial, la situation demeure marquée par de nombreux facteurs extra-médicaux, à commencer par le licenciement avec effet immédiat survenu le 5 mars 2013, immédiatement suivi de la première intervention chirurgicale, réalisée en urgence le lendemain (le 6 mars 2013) en raison de la péjoration soudaine des dorsalgies, et qui paraît ainsi être le déclencheur de l'ensemble de ce phénomène d'invalidation. D'autres facteurs influencent encore négativement le tableau, notamment le fait que la recourante ne parle pas d'autre langue que le portugais, son manque de relations sociales (« étant renfermée de longue date, Madame n'aurait pas d'amie ou de copine »; dossier OAI, pièce 53, p. 220), le fait qu'elle ne dispose pas du permis de conduire, les conflits conjugaux et le contexte psychosocial précaire relevés par tous les experts ou encore la détermination de la recourante à obtenir une rente de l'assurance-invalidité (« Nous avons des problèmes d'argent. J'attends une rente AI car notre revenu ne nous suffit pas »; dossier OAI, pièce 107, p. 364). Là encore, ces facteurs, s'ils entravent certainement les chances de réinsertion professionnelle de la recourante, ne sauraient en revanche être pris en considération pour déterminer le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. 6.5. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante demandant la mise en œuvre d'un complément d'instruction sur le plan psychiatrique, une nouvelle expertise n'aurait au demeurant guère de sens au vu du contexte extra-médical prépondérant, et ne pourrait avoir d'autre effet que de conforter la recourante

dans son sentiment d'être invalide, qui semble présent chez elle depuis de nombreuses années. Dans le même sens, sa demande tendant à être auditionnée comme témoin, qui ne saurait au demeurant valoir demande de débats publics, doit être rejetée. Au vu de tout ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée est confirmée. 7. 7.1. La recourante a déposé une demande d'assistance judiciaire. 7.1.1. En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. Selon l'art. 61 LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal, tout en devant satisfaire aux exigences fédérales prévues exhaustivement aux lettres a à i. La procédure doit ainsi être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties (art. 61 let. a, 1ère phr. LPGA). Le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti; lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant (art. 61 let. f LPGA). Sur le plan cantonal, selon l'art. 142 al. 1 CPJA, 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 (al. 2). D'après l'art. 143 al. 2

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 CPJA, l'assistance judiciaire comprend notamment, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties. D'après la jurisprudence, un procès est dénué de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre, et qu'elles ne peuvent donc guère être considérées comme sérieuses, de sorte qu'un plaideur raisonnable et de condition aisée renoncerait à s'y engager en raison des frais qu'il s'exposerait à devoir supporter; il ne l'est en revanche pas lorsque les perspectives de gain et les risques d'échec s'équilibrent à peu près, ou lorsque les premières sont seulement un peu plus faibles que les seconds. L'élément déterminant réside dans le fait que l'indigent ne doit pas se lancer, parce qu'il plaide aux frais de la collectivité, dans des démarches vaines qu'une personne raisonnable n'entreprendrait pas si, disposant de moyens suffisants, elle devait les financer de ses propres deniers. La situation doit être appréciée à la date du dépôt de la requête, en principe avant l'exécution des mesures probatoires et sur la base d'un examen sommaire (ATF 133 III 614 consid. 5 et les références citées). 7.1.2. En l'espèce, dans le cadre de l'établissement de sa situation financière, la recourante fait valoir un solde négatif mensuel de CHF 405.20. Elle invoque notamment une dette privée, d'un montant de CHF 10'000.-, remboursée à hauteur de CHF 800.- mensuels, en affirmant que cet emprunt est lié au remboursement d'une dette sociale, ce qui n'est toutefois nullement établi. Dès lors, cette dette ne saurait, sur le principe, être prise en compte dans le calcul de sa situation financière, dans le contexte de l'examen des conditions d'octroi de l'assistance judiciaire. Dans ces conditions, et sans même qu'il soit nécessaire d'examiner le bien-fondé des autres déductions invoquées, il appert que la recourante et son conjoint disposent d'un solde positif d'au moins CHF 405.20, compte tenu du revenu mensuel net du couple, estimé à CHF 4'800.-. Partant, même si une certaine forme de précarité, avant tout sociale, semble présente, l'indigence de la recourante, au sens de l'octroi de l'assistance judiciaire totale, ne peut être considérée comme établie en l'espèce. Au demeurant, l'on peut également douter des chances de succès du présent recours, qui paraît manifestement infondé, compte tenu des conclusions sans équivoque de

l'expertise orthopédique et de l'absence de tout élément permettant d'établir une modification de l'état de santé sur le plan psychique, dans le cadre d'une nouvelle demande survenue moins de six mois après la première décision de refus. Dans ces circonstances, les perspectives d'admission du recours étaient clairement très minces, de sorte qu'un plaideur raisonnable aurait sans doute renoncé à engager des frais de représentation par un mandataire professionnel, qui plus est dans le cadre d'une procédure soumise à la maxime d'office. Il se justifie ainsi de rejeter la requête d'assistance judiciaire. 8. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours (605 2017 225) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2017 226) est rejetée. Compte tenu de l'issue du litige, les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. la Cour arrête: I. Le recours (605 2017 225) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2017 226) est rejetée. III. Les frais de procédure (605 2017 225) sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 17 juillet 2018/isc Le Président: La Greffière:

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