

FR_GERICHTE 605 2017 245 vom 20. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_245

FR: FR_GERICHTE 605 2017 245 du 20 août 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 245 del 20 agosto 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 8

mai 2014, soit donc après le rendu de la décision de refus du 21 août 2012, ce qui, selon lui, confirme l'apparition desdits troubles après le rendu de la décision et, dès lors, confirme l'aggravation de l'état de santé. Au surplus, le recourant reproche également à l'OAI de mélanger les procédures. En effet, l'OAI s'est appuyé sur l'arrêt du Tribunal cantonal du 2 mai 2017, en matière d'assurance-accidents, pour justifier le fait que l'affection psychiatrique ne saurait fonder le droit à une rente. Or, selon lui, l'arrêt en question ne niait pas l'existence des affections psychiques, mais niait uniquement l'absence de lien de causalité entre celles-ci et l'accident de 2009, condition sine qua non pour justifier d'une rente de l'assurance-accidents. Enfin, le recourant conteste l'appréciation du SMR selon laquelle un trouble de conversion n'aurait pas valeur de maladie invalidante au sens de la jurisprudence, en ce sens que le SMR aurait méconnu le renversement de jurisprudence selon lequel le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qu'un assuré doit pouvoir surmonter ce genre de trouble moyennant un effort de volonté raisonnablement exigible. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à ce que l'OAI soit contraint à entrer en matière sur sa demande. D. Par écrit du même jour, le recourant a sollicité l'assistance judiciaire totale. En date du

E. 10

novembre 2017, il a fait parvenir au Tribunal cantonal les pièces justificatives à l'appui de sa demande. Le 16 novembre 2017, le Tribunal cantonal informait le recourant qu'au vu des pièces produites, sa situation d'indigence paraissait suffisamment établie et qu'il statuerait sur cette demande en même temps que sur le fond; toutefois, il renonçait à demander l'avance des frais de justice. E. Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI a émis des observations circonstanciées, le 4 juillet 2017. A cette occasion, il a fait valoir qu'il a soumis tous les rapports médicaux à l'appui de la demande du recourant au SMR, lequel a confirmé, dans un rapport, daté du 19 septembre 2017, qu'il n'y avait toujours pas de faits nouveaux sur le plan médical objectif, de sorte que l'exigibilité médicale demeure inchangée par rapport à 2012. Par ailleurs, l'OAI renvoie au rapport du SMR du 16 janvier 2018, lequel souligne que le psychiatre traitant lui-même reconnaît que les traits de personnalité n'ont pas d'influence sur la capacité de travail du recourant, et qui considère, dès lors, que la proposition d'une expertise psychiatrique est en contradiction avec l'argumentation développée. Dans sa réplique du 16 janvier 2018, le recourant rappelle que l'existence du lien de causalité entre l'accident et les troubles de la santé existant en matière d'assurance-accidents ne sont pas applicables à l'AI et fustige les prises de position du

SMR quant à l'interprétation des rapports médicaux. Il maintient intégralement ses conclusions. Pour sa part, l'OAI a, le 26 mars 2018, maintenu, lui aussi, ses conclusions. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 2.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). 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. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. 2.2. Depuis le 30 novembre 2017, la preuve du caractère invalidant d'un trouble dépressif doit désormais être apportée selon la même procédure probatoire structurée que pour les troubles somatoformes douloureux et autres pathologies associées, en appliquant les indicateurs définis à l'ATF 141 V 281 (TF 8C_841/2016). Cela vaut, en particulier aussi pour les dépressions légères à moyennes. Dans ce contexte, la résistance du trouble dépressif à un traitement conduit dans les règles de l'art n'est qu'un élément parmi d'autres. Il s'agit désormais aussi de comprendre les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, ce qui suppose de tenir compte d'un ensemble de facteurs considérés dans leur globalité. Ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble. Dans cette évaluation des conséquences d'un trouble psychique, le diagnostic n'est plus au centre. Aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne saurait être déduite du seul diagnostic. Il convient plutôt d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves à l'aide des indicateurs, dès lors que des problèmes de preuve analogues se posent pour ce type de troubles. Au mieux, en fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. La preuve d'une invalidité ouvrant droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. La personne assurée conserve le Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 fardeau de la preuve du caractère invalidant de sa pathologie. Le médecin, respectivement l'expert, doit expliquer de manière plausible comme un trouble dépressif léger ou moyen, malgré – en principe – une bonne accessibilité au traitement, entraîne des limitations fonctionnelles qui se répercutent sur la capacité de travail de la personne assurée. Dans le même élan, le TF étend l'application de la procédure probatoire définie à l'ATF 141 V 281

à l'ensemble des troubles psychiatriques, dès lors que la majorité des troubles psychiatriques sont en réalité aussi peu objectivables que les troubles somatoformes douloureux et pathologies associées (TF 8C_130/2017). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à la procédure structurée d'administration des preuves de l'ATF 141 V 281 lorsque celle-ci n'est pas nécessaire pour établir les faits ou qu'elle ne convient pas. Cela dépendra du besoin concret de preuve. Selon le TF, il en va ainsi, premièrement, lorsque l'on se trouve en présence de diagnostics « assimilables » à des troubles physiques (schizophrénie, anorexie, etc.) et que les évaluations médicales sont claires et concordantes, tant sur la question du diagnostic que celle des limitations fonctionnelles. Ensuite, on peut aussi renoncer à l'examen des indicateurs lorsque des rapports médicaux ayant pleine valeur probante concluent de manière convaincante à une incapacité de travail, sans que d'autres rapports de valeur équivalente n'établissent le contraire.

2.3. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie ». Avec le changement de pratique adopté par le Tribunal fédéral, cela ne vaut plus de manière aussi absolue. La question déterminante est de savoir, comme pour les autres maladies psychiques, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, compte tenu du fait qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

3. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, (applicable par analogie pour des nouvelles demandes après un refus de prestation en vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI), 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. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5).

3.1. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b).

3.2. Dans le cadre d'une nouvelle demande comme lors d'une procédure de révision, le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 71 consid. 3).

3.3. Selon l'art. 87 al. 2 et al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré établit de façon plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

4. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin (éventuellement aussi d'autres spécialistes) est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour

quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 114 V 310, 105 V 156, 115 V 134 consid. 2, 125 V 261 consid. 4). 4.1. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157; RAMA 1996 no U 256, p. 217 et les références). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (arrêt TF I 19/02 du 26.07.2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29.01.2008), l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. 4.2. D'après la jurisprudence, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87, al. 3 RAI (ATF 130 V 68 consid. 5.2.5; arrêt du Tribunal fédéral I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3). Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision, il doit déposer ses moyens de preuve, ce qui présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (arrêt TF 8C_308/2015 du 08.10.2015). Toutefois, le degré de la preuve exigé par l'art. 87 al. 3 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale. Il suffit que certains indices (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit démentie par un examen plus approfondi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2. et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). 4.3. Dans l'examen des allégations de l'assuré quant à la péjoration de son état de santé, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Inversement, si le laps de temps est relativement long l'administration a un devoir d'examen plus large. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Le juge doit comparer la situation existante au moment du rejet de la demande de rente avec les circonstances existantes au moment de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral I 187/05 du 11 mai 2006, voir ég. ATF 130 V 349 consid. 3.5). Le juge ne doit examiner comment

l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 RAI), sont également applicables, par analogie, à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3, 109 V 264 consid. 3). 5. En l'espèce, est litigieux le refus d'entrer en matière de l'OAI sur la nouvelle demande et, à travers lui, la question de savoir si les atteintes à la santé présentées au titre de preuve par le recourant, constituent des éléments nouveaux susceptibles de rendre plausible l'aggravation de l'état de santé depuis un premier refus de prestations en 2012. 5.1. Il sied de préciser que la demande adressée à l'OAI par le recourant constitue une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI. A cet effet, il appartient au recourant d'apporter la preuve de ses allégations; en particulier, il devra faire valoir que les atteintes à la santé qu'il invoque constituent soit une aggravation des atteintes déjà constatées et susceptibles de modifier son incapacité de travail, soit une nouvelle atteinte à la santé. Contrairement à ce qui est prévu en matière d'assurance-accident, il n'est pas nécessaire que la nouvelle atteinte à la santé ait un rapport de connexité avec l'accident en question pour modifier le degré d'invalidité. 5.2. A l'appui de sa demande, le recourant a produit un premier rapport médical de son médecin traitant, le Dr D. _____, faisant état d'un trouble de conversion, le 1er octobre 2015, suivi d'un second rapport daté du 15 septembre 2016, confirmant ce diagnostic, établi par ce même spécialiste. Selon ce médecin, le recourant présente des « troubles de conversion (remplissant les critères diagnostics DSM-V) ». Il est aussi fait mention, entre autres, d'« apparition en relation avec un traumatisme mineur (contusion du coude G le 09.09.2009) » ou d'« absence d'une meilleure explication pathophysiologique ». Dans son appréciation, le médecin relève que, selon lui, le recourant souffrirait d'un « trouble de conversion assez typique remplissant tous les critères diagnostiques DSM-V (...) » et que « l'étiologie de ces troubles reste inconnue à ce jour. Néanmoins, ces troubles sont souvent associés à des traumatismes infantiles (...) ». Le Dr D. _____, en d'autres termes, admet que le trouble somatique (lésion au coude) est de faible importance, mais que son patient a développé un trouble de nature psychique, dont l'origine n'est pas retraceable, mais qui pourrait être liée à un traumatisme dans l'enfance. Dans son rapport du

E. 15

septembre 2016, soit une année plus tard, le Dr D. _____ constate la persistance du trouble de conversion et l'absence de progrès dans le traitement. Il suggère de tenter une approche Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 psychiatrique : « Je pense que la situation est bien claire et la lésion se trouve plutôt intrapsychique qu'au niveau somatique. (...) il semble que l'approche psychosomatique n'a pas été un succès. Je propose donc d'approcher ce patient purement du côté psychiatrique (...) et à mon avis même évoquer une hospitalisation en milieu psychiatrique afin de pouvoir approcher le problème intrapsychique ». 5.3. Il sied de faire remarquer que l'absence de lésion organique objectivable et la présence de facteurs non organiques non négligeables ont été déjà mis en évidence en 2014 et retenus par le Tribunal Cantonal dans ses arrêts du 27 juin 2014 et 2 mai 2017 (affaires 605 2012 332 et 605 2016 13). Par ailleurs, lors de l'examen de la situation médicale à l'appui du recours contre la décision sur opposition de la CNA du 29 juin 2012, diverses pièces médicales ont été versées au dossier. Il s'agit, en particulier, d'un rapport du Dr F. _____, spécialiste en neurologie, du 5 octobre 2012, qui faisait état d'un trouble somatoforme douloureux et qui relatait l'impossibilité de déterminer si l'on était en présence d'une simulation, d'un syndrome de conversion ou d'une autre affection

psychiatrique; d'un rapport du Dr G. _____, spécialiste en neurologie, du 14 janvier 2013, qui excluait toute pathologie au plan neurologique, tout comme le rapport du médecin conseil de la CNA, le Dr H. _____, daté du 28 janvier 2014. A cela s'ajoute encore, entre autres, le rapport de la Dresse I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la C. _____, du 17 avril 2014, faisant état d'un diagnostic psychiatrique. En bref, le Tribunal Cantonal, sur la base des rapports médicaux disponibles, avait déjà conclu, dans son arrêt du 2 mai 2017 (affaire 605 2016 13, page 9, c) aa), 1er alinéa), « que le recourant souffrait d'une affection psychiatrique, à savoir d'une dystonie psychogène, autrement appelée trouble fonctionnel ou trouble dissociatif mixte ». Ce diagnostic rejoint celui du Dr D. _____. Cet arrêt n'a pas été contesté, de sorte qu'il y a lieu d'admettre que la présence de cette affection psychiatrique était bien présente et admise par le recourant à cette époque déjà. Dans l'expertise précitée du 17 avril 2014, C. _____ conclut que : « le diagnostic psychiatrique ne peut être établi de manière définitive. Plusieurs éléments parlent en faveur d'un trouble fonctionnel, mais le diagnostic différentiel comprend notamment celui d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, en raison des aspects revendicateurs, et de l'attitude globalement défensive du patient, déjà bien installé dans un statut d'invalidé ». L'OAI a transmis au SMR les avis médicaux précités, pour prise de position. En date du 20 juillet 2017, le SMR a pris position en confirmant que le diagnostic de troubles somatoformes douloureux, parmi lesquels la jurisprudence assimile les troubles de conversion, a bien été pris en considération. Partant, il n'y a aucun élément nouveau ni modification de l'état de fait. Le 8 août 2017, le psychiatre traitant du recourant confirme le diagnostic de « trouble de conversion sensitivomoteur (F44.7) » et considère que son patient « n'est pas capable de travailler à 100% ». A noter que ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail effective du recourant. Le

E. 19

septembre 2017, le SMR a confirmé que ce rapport n'apportait aucun élément nouveau à la situation déjà connue. Le 12 octobre 2017, le psychiatre traitant du recourant a établi un rapport contredisant le prononcé du SMR. En substance, le médecin-psychiatre considère que les phénomènes n'ont pas été discutés dans le dossier AI jusqu'à présent et qu'il y a une « totale disparition de la notion de trouble somatique ». Si, individuellement, les troubles de la personnalité n'ont pas d'influence sur la capacité de travail, en revanche, le trouble de conversion en a une. Selon lui, « ce qui est important, c'est de considérer l'interaction entre les différents facteurs qui, pris isolément, peuvent Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 avoir une répercussion non sévère mais former une constellation dont l'impact en termes de fonctionnement et handicap peut être significatif, comme c'est évidemment le cas [du recourant], selon moi ». Le médecin-psychiatre estime indispensable de mandater une expertise psychiatrique. Enfin, le 16 janvier 2018, le SMR rappelle que, dans le cadre de la demande subséquente, l'assuré doit présenter des faits nouveaux. Or, ceux-ci font défaut, étant donné que les atteintes psychiques ont déjà fait l'objet d'une évaluation exhaustive; de surcroît, le psychiatre traitant admet lui-même que les traits de la personnalité n'ont pas d'influence sur la capacité de travail. 5.4. Au vu des éléments du dossier ainsi que des précédents arrêts du Tribunal cantonal passés en force, il y a lieu de constater que, si l'atteinte somatique peut être qualifiée en soi d'insignifiante (accident bagatelle, selon la CNA), il reste que l'assuré présente une importante autolimitation de ses mouvements, laquelle trouve son origine à la fois dans des troubles de nature psychique, qui sont à ranger dans la catégorie des troubles somatoformes douloureux et dans une attitude de manque de confiance et de revendication envers le corps médical. A ce stade, personne n'en conteste

l'existence. Contrairement à ce que soutient le recourant, ils ont bel et bien été mis en évidence tout au long des diverses instructions à la base de ce dossier complexe. Par surabondance, ils ont fait l'objet d'une analyse fouillée par le Tribunal de céans dans l'arrêt cité ci-dessus, no. 605 2012 332 du 27 juin 2014, pages 7 ss. 5.4.1. Il sied, de surcroît, de constater que les médecins eux-mêmes – tant les experts mandatés que les médecins traitants – sont dubitatifs sur la portée desdits troubles quant à la capacité de travail du recourant. Les neurologues et psychiatres traitants se sont contentés d'affirmer que leur patient ne pouvait travailler à 100%, mais n'ont pas fixé la capacité maximale de travail, ni du reste le degré d'incapacité de cette dernière. Or, dans une procédure de révision, le recourant doit apporter la preuve soit de la présence d'un fait nouveau ayant une influence significative sur son incapacité de travail – ce qui n'est pas le cas d'espèce, comme on vient de le voir, soit d'aggravation de la situation antérieure, ayant, elle-aussi, des répercussions sur la capacité de travail. La question déterminante, en l'occurrence, est de savoir, depuis la récente jurisprudence de novembre 2017, si, lors de troubles de la personnalité, comme pour les autres maladies psychiques, le recourant a pu objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. 5.4.2. En l'occurrence, les nouveaux rapports médicaux transmis depuis 2015, font état d'un trouble de conversion, dont on a pu démontrer qu'il était déjà diagnostiqué auparavant, pour lequel le recourant n'a pas apporté de preuve suffisante de son aggravation, au point où sa capacité de travail en serait affectée. Tout au plus, ses médecins se sont contentés d'affirmer que ce trouble de conversion constituait un élément nouveau, sans toutefois en objectiver les répercussions sur la capacité de travail de leur patient. Au contraire, le psychiatre traitant a indiqué, de manière succincte, qu'il y aurait lieu de tenir compte de la constellation des différents facteurs qui, individuellement, n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail, sans autre précision, ni détermination du degré effectif d'incapacité de travail que cette constellation de facteurs impliquait, retenant simplement que son patient ne peut travailler à 100%. Sur la foi de ces affirmations, il n'est guère possible de tirer de conclusions significatives à valeur de preuve. L'embarras des médecins-traitants du recourant, qui ne peuvent fixer un diagnostic précis et déterminer ses répercussions sur la capacité de travail de leur patient rejoint, en cela, les dernières expertises, en particulier, celle établie par C. _____ en date du 17 avril 2014, qui met l'accent sur l'absence de Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 volonté de la part du recourant de recouvrer sa capacité de travail, par son attitude revendicative, son refus de suivre certains traitements, sa méfiance envers le corps médical et le fait de s'être installé dans le statut d'invalidé. A ce stade, vu les éléments mis en exergue et vu le manque de diligence du recourant pour tout mettre en œuvre afin de diminuer son dommage, force est de constater que l'incapacité de travail dont il fait état n'est liée ni à une aggravation de sa situation, ni la présence de quelconques éléments nouveaux significatifs. Le refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande était ainsi justifié. Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée maintenue. 6. Dans le cadre de ses écritures, le recourant a sollicité l'octroi du bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. 6.1 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, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, 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 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. 6.2. Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3). En l'espèce, il y a lieu d'admettre que le recours contre la décision du 19 septembre 2017 ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec, quand bien même ses chances de succès étaient très minces, comme il l'a été démontré ci-dessus. L'on retiendra à cet égard que le recourant était soutenu par ses médecins traitants et que ce soutien a pu lui donner le sentiment que sa cause n'était pas désespérée d'un point de vue juridique. Par ailleurs, lui et son épouse n'exercent aucune activité lucrative et leurs ressources se limitent à une rente d'invalidité versée par la CNA de CHF 774.20 par mois, plus d'un montant de CHF 1'285.- par mois au titre d'allocations familiales pour personnes sans activité lucrative pour Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 leurs cinq enfants et d'un complément versé par l'aide sociale de CHF 2'454.80 par mois. Il apparaît, dans ces circonstances et sans plus amples démonstrations, que la condition de l'indigence est en l'occurrence remplie. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale sera donc admise et Me Andres Perez, avocat, est désigné comme défenseur d'office. 7. La procédure prévalant en la matière n'est pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.- ne seront pas perçus, vu l'indigence du recourant. L'indemnité allouée à Me Andres Perez, en sa qualité de défenseur d'office, sera fixée, compte tenu de la liste de frais produite par ce dernier le 26 avril 2018, en fonction du temps consacré à l'affaire, de la difficulté et de l'importance relatives du litige, ainsi que des opérations nécessaires à la conduite de la seule présente procédure, consistant principalement en l'étude du dossier et le dépôt d'un mémoire de recours, d'une requête d'assistance judiciaire d'environ 10 pages et de contre-observations, à CHF 2'550.-, à raison de 14 heures 10 minutes à CHF 180.-, et de CHF 202.80 au titre de la TVA (CHF 171.60 TVA à 8% et 31.20 TVA à 7.7%), soit au total CHF 2'752.80. Elle sera mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. 8. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Pour sa part, la requête d'assistance judiciaire gratuite totale est admise. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice s'élèvent à CHF 800.-. Ils sont mis à la charge du recourant qui succombe, mais ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire totale qui lui a été accordée. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale est admise. III. Les frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant qui succombe, mais ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire totale qui lui a été accordée. IV. Il est alloué à Me Andres Perez, en sa qualité de défenseur d'office, une indemnité de CHF 2'550.-, plus CHF 202.80 au titre de la TVA (CHF 171.60 TVA à 8% et 31.20 TVA à 7.7%), au total CHF 2'752.80. Elle est mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. V. Notification. Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 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 20 août 2018/esc
Le Président :
Le Greffier :

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