

FR_GERICHTE 608 2017 276 vom 3. Juli 2018

FR Kantonsgericht, 2018-07-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_276

FR: FR_GERICHTE 608 2017 276 du 3 juillet 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 276 del 3 luglio 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 8

décembre 2011 (605 2009 218). B. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 10 février 2012. Suite aux objections déposées à l'encontre du projet de décision de l'OAI, une expertise psychiatrique a été requise de la part du Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport le 3 septembre 2012. Compte tenu d'une aggravation invoquée par la suite, une seconde expertise psychiatrique a été confiée au Dr D. _____, également psychiatre et psychothérapeute, qui a remis son rapport le 4 mars 2014. Par décision du 8 septembre 2014 - et malgré des mesures d'instruction conséquentes - l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur cette demande, en considérant que l'état de fait ne s'était pas modifié de manière essentielle depuis la précédente décision. Par arrêt du 7 juillet 2016 (608 2014 178), le recours déposé par l'assurée a été rejeté par l'Instance de céans et la décision précitée confirmée. Il a notamment été retenu que l'autorité était bel et bien entrée en matière sur la demande de l'assurée. C. Le 8 septembre 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, dans laquelle elle a fait valoir une atteinte psychique, des douleurs chroniques, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent ainsi qu'une névralgie d'Arnold à droite. Par décision du 18 octobre 2017, l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur celle-ci. Il a retenu en substance que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. D. Contre cette décision, A. _____, représentée par Me Pierre Seidler, avocat, interjette recours de droit administratif le 20 novembre 2017. Elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée, à charge pour cette dernière d'entrer en matière sur sa demande. Elle requiert en outre d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 277). A l'appui de ses conclusions, elle considère avoir rendu plausible une aggravation de son état de santé, se référant en cela aux divers rapports médicaux produits par ses soins. Elle relève en particulier que les troubles cognitifs, évoqués dans un rapport du Dr E. _____, n'ont pas été retenus dans l'expertise, déterminante, établie par le Dr D. _____ en 2014. Elle conteste la valeur probante de l'avis du médecin SMR, lequel ne dispose en outre pas d'un titre de spécialiste en psychiatrie. Dans ses observations du 15 janvier 2018, l'OAI résume l'évolution du dossier et, se fondant sur l'avis du médecin SMR, confirme que tous les troubles invoqués dans le cadre de cette nouvelle demande existaient déjà lors de la première demande, ajoutant que les experts avaient alors

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 conclu à une simulation/majoration des symptômes. D'après l'OAI, cette situation claire ne nécessitait pas qu'un spécialiste en psychiatrie fût consulté. Il conclut dès lors au rejet du recours. Aucun autre échange d'écritures n'a été

ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.1. Selon l'art. 28 LAI, al. 1 ou 2, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. 2.2. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Ce n'est ainsi 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). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). 3. Selon l'art. 87 al. 3 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. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En effet, d'après 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 (al. 1). 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 (al. 2). 3.1. Dans le cadre d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit

examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (actuellement 87 al. 3 RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

3.2. Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale (cf. arrêts TF 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et les références citées).

3.3. La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est – par application analogique des règles régissant la révision de l'art. 17 LPGA – la dernière décision entrée en force qui repose sur

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

4. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la recourante a établi de manière plausible une éventuelle modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits, conformément à l'art. 87 al. 2 RAI.

4.1. Au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit celle du 8 septembre 2014, la situation médicale de la recourante a été évaluée, au plan somatique, notamment sur la base de rapports médicaux émanant du Dr F._____, spécialiste en neurologie, et du Dr G._____, spécialiste en réadaptation et médecine interne, ainsi que, sur le plan psychique, sur la base de deux expertises psychiatriques, réalisées pour l'une, par le Dr C._____ en septembre 2012 et, pour l'autre, par le Dr D._____ en mars 2014. Les spécialistes somatiques peignaient certes un tableau relativement sombre, mais sans pouvoir néanmoins le corroborer par des constats médicaux objectifs. Dans le cadre de son examen, le neurologue retenait les diagnostics d'état après entorse cervicale en 2005 et d'état polyalgique vraisemblablement pluri-factoriel, sans syndrome radiculaire cervical ni lombaire identifiable. Il concluait que "le présent bilan électroclinique ne permet pas sur le plan neurologique de déceler

d'arguments en faveur d'un éventuel syndrome radiculaire qu'il soit C6 droit ou L5 droit. Je ne vois dès lors malheureusement pas de proposition thérapeutique spécifique sur le plan neurologique à formuler". Il posait alors l'hypothèse d'une évolution vers un tableau de type polyinsertionite voire de trouble somatoforme. De son côté, le spécialiste en réadaptation rappelait que l'assurée a subi deux accidents de voiture, l'un d'eux "ayant probablement occasionné des contusions au niveau de la nuque", avec une évolution des douleurs "d'abord sous forme de syndrome douloureux cervico-thoraco-scapulaire post whiplash et finalement sous forme de douleurs quasiment à l'ensemble du corps". A l'examen, ce spécialiste décrit d'une part un "tableau clinique alarmant", mais relève d'autre part des "signes évidents de surcharge", évoquant en particulier l'insatisfaction de la recourante vis-à-vis du monde médical, en lien avec des attentes exagérées. Il termine en relatant avoir conseillé à l'assurée de consulter un psychiatre "afin de dénouer le cercle vicieux dans lequel elle est plongée", ajoutant plus loin "que la situation n'est pas du tout alarmante sur le plan organique mais que le pronostic reste bien évidemment incertain même avec une prise en charge psychiatrique". C'est dans ce contexte que l'instruction s'est alors orientée vers la sphère psychique, avec la réalisation de deux expertises successives. Le rapport du Dr C. _____ retenait pour seul diagnostic une dysthymie (F34.1), sans répercussion sur la capacité de travail, tout en relevant certains éléments de surcharge (traits de personnalité histrionique avec dramatisation, théâtralisme, affectivité superficielle, indulgence excessive envers soi-même); il écartait par contre celui de trouble somatoforme persistant, vu l'absence d'intensité des plaintes et de détresse. En raison de nouveaux rapports déposés entre-temps, évoquant une aggravation de l'état de santé (notamment un rapport des médecins de H. _____ mentionnant un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques), une seconde expertise psychiatrique est confiée au Dr D. _____, lequel retenait le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45) et d'autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité immature) (F60.8). Relevant des difficultés de collaboration avec l'expertisée ainsi qu'une compliance médicamenteuse déficiente, il observait un comportement plus régressif que dépressif, avec d'importants bénéfices primaires et secondaires,

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 ce qui le faisait conclure à une dysthymie plutôt qu'à un véritable épisode dépressif, à l'instar du Dr C. _____. Contrairement à ce dernier, il estimait que l'assurée présente un syndrome somatoforme, lequel n'était néanmoins pas invalidant, faute de comorbidité psychiatrique grave. Il terminait donc en considérant qu'il n'y avait "pas de péjoration de l'état de santé depuis l'expertise effectuée par le Dr C. _____. 4.2. Au moment de sa nouvelle demande, la recourante indique qu'elle souffre toujours des affections suivantes: troubles psychiques, douleurs chroniques, syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent ainsi que névralgie d'Arnold à droite. Les rapports suivants sont produits: - Dans son rapport du 30 août 2017, le Dr E. _____, psychiatre et psychothérapeute, précise tout d'abord certains points de l'anamnèse de l'assurée, en précisant que, contrairement à ce qui avait été relevé dans de précédents rapports, faisant état d'une enfance heureuse, l'assurée n'a accompli qu'une scolarité minimale, qu'elle sait à peine écrire en portugais et en français et qu'elle a vécu divers événements traumatisants. "A. _____ semble plutôt issue d'un milieu marqué par la pauvreté affective et la surcharge émotionnelle à répétition". A l'examen clinique, le spécialiste note un ralentissement psychomoteur important, se traduisant par une passivité, une apathie, l'incapacité de s'investir et de prendre sa place dans une discussion. "Sa mémoire est dysfonctionnelle, son humeur est triste, elle a besoin d'être stimulée pour

donner quelque chose d'elle, se laisse aller, obéit sans contestation. [...]". L'examen neuropsychologique dont le Dr E. _____ a demandé la passation conclut à de sévères difficultés de mémoire à divers niveaux (mémoire antérograde, immédiate, rétrograde). Des connaissances sémantiques générales effondrées et des difficultés attentionnelles marquées sont également évoquées. Sur la base de son examen, le psychiatre estime que l'assurée "présente actuellement un tableau clinique frappant et cohérent entre les différents observateurs. Il ne s'explique pas par un caractère manipulateur pour obtenir un gain accessoire mais il est généré par une incapacité structurelle de faire face à un cumul de pertes narcissiques et affectives et un cumul de traumatismes psychiques qu'elle n'est actuellement pas en mesure de surmonter". Il ajoute que le traitement antidépresseur mis en place "ne règle pas de manière significative les atteintes cognitives et le ralentissement psychomoteur qui restent importants. Si A. _____ a pu donner l'impression d'être capable de travailler dans un endroit adapté à ses limitations fonctionnelles en 2014, nous estimons qu'actuellement cela n'est plus le cas. Elle est complètement décalée, est ralentie, déconditionnée, voire franchement inadéquate dans ses réponses. Depuis que nous la connaissons, soit depuis le 10.10.2016, A. _____ se trouve en incapacité de travail complète". - Dans son rapport du 25 septembre 2017, la Dresse I. _____, médecin praticien, certifie que la recourante présente une altération de ses facultés cognitives, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur. Elle indique que "l'examen neuropsychologique effectué en mars 2017 conclut à des difficultés sévères de mémoire antérograde. L'interprétation est différente du tableau de l'évaluateur de 2017 (recte: 2007), car les neuropsychologues concluent à des troubles cognitifs dans le cadre d'une pathologie psychiatrique complexe associés à des troubles fonctionnels". Vu l'impact de ces atteintes sur la possibilité d'exercer une activité professionnelle, la doctoresse recommande une réévaluation par l'AI. - Dans son rapport du 26 septembre 2017, la Dresse J. _____, médecin généraliste, indique suivre l'assurée depuis le 4 avril 2017 en consultation de la douleur. Elle rappelle tout d'abord que "A. _____ souffre depuis son accident de voiture de 2005 de cervicalgies, de céphalées prononcées l'empêchant de se concentrer, et de douleurs s'étendant diffusément sur tout le corps jusqu'aux pieds ddc avec sensation de gêne à la marche". Relevant la difficulté pour celle-ci

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 d'avoir un discours différencié sur ses douleurs et de les détailler, elle mentionne que "les douleurs sont accompagnées d'asthénie, d'anhédonie, d'aboulie, d'acouphènes, de vertiges, d'un trouble du sommeil associé aux douleurs ainsi qu'à des flashbacks de l'accident de voiture, d'un trouble de la marche avec sensation de lourdeur et peur de chuter, d'un trouble de la concentration et de la mémoire, d'intolérance au bruit, d'un manque de force notamment au niveau des membres supérieurs [...]. Au vu de l'évolution au fil des dernières années marquée par une aggravation des capacités globales de la patiente malgré la prise en charge multidisciplinaire des symptômes, leur complexité et le dysfonctionnement global au niveau bio-psycho-social ainsi que les nombreux facteurs intervenant dans la chronicité (mis à jour dans le rapport du Dr E. _____ du 30.08.2017) et l'impossibilité pour la patiente de puiser dans ses ressources, qui sont absentes, il nous est difficile de croire que A. _____ puisse être capable d'avoir une quelconque activité lucrative. Le pronostic d'une réintégration professionnelle est sérieusement réservé et mènerait le plus certainement à un échec". - Le 17 octobre 2017, le Dr K. _____, médecin auprès du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), prend position sur les rapports ci-dessus. Selon lui, "les troubles cognitifs allégués sont non spécifiques et faisaient déjà partie des plaintes de l'assurée lors de l'expertise

pluridisciplinaire de 2008, y compris les troubles mnésiques. [...] Quant aux douleurs chroniques, il s'agit d'un symptôme purement subjectif, dont l'aggravation ne peut pas être corrélée avec une péjoration organique objective". Il conclut dès lors à l'absence de fait nouveau au plan médical objectif, de sorte que l'exigibilité demeure inchangée. 4.3. Amenée à statuer, la Cour de céans retient ce qui suit: 4.3.1. S'agissant tout d'abord des défauts relevés par le Dr E. _____ dans l'anamnèse figurant dans les différentes expertises, la Cour constate qu'il est le premier à remettre en cause la description de l'enfance de l'assurée au Portugal. En effet, les trois expertises successives font toutes mention d'une enfance normale, voire heureuse, sur la base des informations fournies par l'assurée. Qui plus est, le même constat ressort du rapport établi le 24 mai 2013 par les spécialistes traitants du RFSM, qui indiquent notamment que "A. _____ décrit une enfance et une adolescence heureuses et sans particularité". De l'avis de la Cour, l'apparition de cet argument traduit bien toute l'ambiguïté qui transparaît dans ce dossier, de nombreux médecins ayant déjà relevé de sérieuses difficultés à obtenir des informations de la part de l'assurée. Quoiqu'il en soit, il convient de ne pas accorder trop d'importance à ce grief, dès lors qu'il ne permet sans doute pas, à lui seul, d'expliquer la problématique psychique de celle-ci. Au contraire est-il plus vraisemblable de mettre dite problématique en relation avec les traumatismes subis ultérieurement (décès du premier époux, décès du fils, accidents de voiture), lesquels ont été amplement discutés par les différents spécialistes amenés à se prononcer. Il ne saurait donc être question, pour ce seul motif, de remettre aujourd'hui en cause la validité des conclusions contenues dans les précédentes expertises. 4.3.2. Les experts de L. _____ constataient certes la présence d'importants troubles cognitifs, mais jugeaient que ceux-ci étaient simulés/majorés par la recourante. A suivre la recourante, le Dr D. _____ constatait l'absence de tels troubles, alors que le Dr E. _____ invoque désormais qu'ils sont source d'invalidité. Or, rien ne permet de dire, en l'état du dossier et des rapports produits, que la situation ait véritablement évolué.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Des troubles de la mémoire et de la concentration étaient effectivement déjà évoqués lors de la première expertise interdisciplinaire, réalisée en janvier 2008 par L. _____. Il convient certes, ainsi que le relève la recourante, de se fonder sur l'état de fait existant au moment de la dernière décision soit, par voie de conséquence, sur le rapport établi par le Dr D. _____. Mais la lecture que ce dernier fait de la situation de l'assurée ne diverge en réalité que marginalement de celle faite par les précédents experts. Ainsi explique-t-il, au status clinique, que "l'attention et la compréhension sont dans la norme, alors que la concentration, la mémoire des anciens souvenirs et celle des faits récents sont plutôt perturbés, selon les dires de l'assurée, mais l'expert a l'impression que ceci est plutôt lié à la mauvaise collaboration et au fait qu'elle ne veut pas répondre à mes questions". Un peu plus haut, il indique que l'assurée "ne répond pratiquement pas à mes questions en disant qu'elle a oublié, tout en me regardant dans les yeux, avec un regard vif et non déprimé. La collaboration est plutôt mauvaise". Dans ce contexte, le fait pour cet expert de signaler l'absence de troubles cognitifs au niveau de la pensée ne saurait être interprété comme une amélioration par rapport à l'évaluation qui prévalait jusqu'alors. Le fait qu'il précise aussitôt que, "lors d'une expertise effectuée en 2008, l'assurée disait avoir des troubles de la mémoire et de la concentration, ce qui n'a pas pu être objectivé par l'examen neuropsychologique effectué à ce moment-là et qui parlait déjà d'une exagération des symptômes de la part de l'assurée", démontre au contraire qu'il n'entend pas se départir de la ligne suivie par les précédents experts à ce sujet. L'insuffisance de collaboration de la part de l'assurée, notamment en ce qui concerne

l'anamnèse, ressort en effet de manière prégnante et régulière tout au long du dossier, qui s'étend sur une dizaine d'année. Dans le même ordre d'idées, un défaut de compliance médicamenteuse a été relevé par le Dr D._____. De ce point de vue, il est difficile de savoir si le Dr E. _____ a tenu compte de ces éléments dans son appréciation: l'on sait simplement qu'au moment d'établir son rapport (fin août 2017), il suivait l'assurée depuis mois d'une année (octobre 2016), sans que l'on ne connaisse toutefois le rythme des consultations, ni que l'on ait d'indication sur la compliance. Ce psychiatre se fonde principalement sur le résultat d'un rapport d'examen neuropsychologique mandaté par ses soins - dont il convient de préciser qu'il ne figure pas au dossier - pour justifier une aggravation significative: "[Les neuropsychologues] estiment que le tableau est globalement superposable à l'examen effectué en 2007. Leur interprétation est cependant différente de celle de l'évaluateur de 2007 qui a attribué le tableau constaté à une majoration des symptômes. Cette fois-ci, les examinatrices évoquent des troubles cognitifs dans le cadre d'une pathologie psychiatrique complexe, associés à des troubles fonctionnels". A la lecture de ce qui précède, l'on comprend que c'est bien une atteinte psychiatrique qui est sensée être désormais la source des troubles cognitifs majeurs de la recourante alors qu'auparavant, l'origine en était attribuée au comportement de cette dernière (exagération). Or, le rapport établi par le Dr E. _____ ne permet pas de dénouer cette situation, puisqu'il ne pose aucun diagnostic psychiatrique, de sorte que la prémisse posée par les neuropsychologues ne trouve pas écho dans ses conclusions. Le tableau dépeint laisse tout au plus envisager une composante dépressive, laquelle est toutefois présente de longue date et la description qui en est dressée correspond en grande partie aux constatations déjà faites lors des précédentes demandes. De plus, ce psychiatre se limite principalement à alléguer que le tableau clinique observé n'est pas lié au caractère manipulateur de l'assurée, mais à son incapacité à faire face aux nombreux traumatismes vécus et au cumul de pertes narcissiques et affectives subies. Une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 telle manière de procéder constitue plutôt une façon de substituer sa propre appréciation à celle des précédents experts, plutôt qu'une réelle démonstration de l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante. Une telle appréciation médicale différente ne suffit pas à rendre plausible une aggravation et ne saurait donc contraindre l'autorité à procéder à des mesures d'instruction matérielles. Les deux autres rapports déposés à l'appui de la nouvelle demande, soit celui de la Dresse I. _____ et de la Dresse J. _____, ne permettent pas, eux non plus, de justifier une entrée en matière. La première citée se borne à reprendre les conclusions des neuropsychologues mandatés par le Dr E. _____ et à conclure à une incapacité totale de travail, sans fournir de réelle explication. La seconde fait essentiellement référence à la problématique douloureuse de la recourante, à savoir un élément présentant un caractère éminemment subjectif. Dans un cas comme dans l'autre, l'absence de diagnostic constitue un élément affaiblissant de manière déterminante la valeur desdits rapports. Tous comptes faits, la Cour de céans considère que la recourante ne parvient pas à rendre plausible une aggravation de son état de santé. Dès lors, mal fondé, le recours (608 2017 276) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 5. La recourante a requis en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 277). 5.1. Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans

s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). 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). 5.2. S'agissant de la première condition, il ressort des pièces produites que la situation financière de la recourante est comparable à celle qui prévalait lors d'une précédente procédure de recours (608 2014 178), de sorte que l'on peut admettre qu'elle ne dispose manifestement pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite le 20 novembre 2017 sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. S'agissant de la seconde des conditions, il convient de relever que les arguments invoqués à l'appui du recours n'apparaissent pas à première vue d'un grand poids. Cela étant, l'examen du dossier auquel a dû se livrer la Cour a tout de même présenté certaines difficultés, de sorte qu'il n'est pas possible de conclure que le recours était d'emblée dénué de toute chance de succès. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 277) est admise partiellement et que Me Pierre Seidler, avocat à Delémont, est désigné comme défenseur d'office.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 5.3. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire gratuite totale accordée. Conformément aux art. 142 ss CPJA et à l'art. 12 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), et sur la base de la liste de frais déposée le 27 juin 2018 par le mandataire de la recourante, il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle elle a droit en l'indemnisant à raison de 10 heures à CHF 180.-, soit un montant de CHF 1'800.-. S'y ajoutent CHF 32.- au titre de débours et CHF 146.55 au titre de la TVA à 8% (la quasi-totalité des opérations étant antérieure au 1er janvier 2018). Cette indemnité totale de CHF 1'978.55 est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg et sera directement versée au mandataire de la recourante. la Cour arrête: I. Le recours (608 2017 276) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 277) est admise et Me Pierre Seidler, avocat, est désigné comme défenseur d'office. III. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. IV. L'indemnité allouée à Me Pierre Seidler, avocat, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'800.-, plus CHF 32.- de débours, plus CHF 146.55 au titre de la TVA à 8%, soit à un total de CHF 1'978.55, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. 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 3 juillet 2018/mba Le Président: Le Greffier-rapporteur:

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