

# FR\_GERICHTE 608 2017 92 vom 20. September 2017

FR Kantonsgericht, 2017-09-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2017\\_92](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_92)

FR: FR\_GERICHTE 608 2017 92 du 20 septembre 2017

IT: FR\_GERICHTE 608 2017 92 del 20 settembre 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 2

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose en particulier la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Toutefois, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules 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). c) La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce n'est qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 – que la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Toutefois, si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre sa formation (ou son perfectionnement professionnel) ou si le marché du travail ne lui permet pas d'avoir une activité à plein temps, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et les références). C'est pourquoi si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb et les références). En ce qui concerne le revenu d'invalidé, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2; 114 V 310). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve.

### **E. 3**

Selon 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. 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 l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi 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 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue, respectivement lorsqu'elle a été revue, avec les circonstances régnant à l'époque du Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision 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. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

#### **E. 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 est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). a) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son

origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008).

b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C\_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). Un rapport du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. arrêt TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3).

## **E. 5**

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI, respectivement si la mise sur pieds

d'une expertise est nécessaire. Il s'agit dès lors de comparer ici les faits qui prévalaient au moment de la décision attaquée avec ceux existant lors du dernier refus de prester du 17 octobre 2012. a) Cela étant, il n'est pas sans intérêt d'examiner les motifs ayant conduit l'OAI à rejeter la demande de rente par décision du 17 octobre 2012, le recourant se plaignant alors d'arthrite à la cheville droite, de problèmes cardiaques et d'une dépression récurrente. Sur le plan somatique, l'OAI avait diligenté une expertise auprès du Dr E.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 8 août 2012, celui-ci diagnostique des "séquelles de pied bot sur status après opérations multiples [...]" qui se répercutent sur la capacité de travail. Dans ce sens, il relève quelques limitations à prendre en considération: la posture debout prolongée, les longs déplacements et les travaux lourds. Dans toute activité respectant ces limitations, le médecin estime que la capacité de travail est entière. Cela étant, le médecin précise qu'il s'agit "d'une appréciation purement médico-théorique. Actuellement les problèmes psychiques sont au premier plan. En outre, le complet déconditionnement psychique et physique [...] va rendre illusoire toute tentative de reclassement professionnel" (dossier OAI, p. 277). Sur le plan psychique, dans ses rapports des 25 juin 2009 et 15 janvier 2012, la Dresse D.\_\_\_\_\_ ne fait pas état d'atteinte psychiatrique à caractère invalidant, ne mentionnant que des "notions somatiques d'un status postopératoire d'un pied bot". Elle fait cependant état d'un "sentiment de détresse face à une impression de ne pas être reconnu dans son invalidité avec expression de traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (Z60.0 et F60.30)", lequel n'a pas d'influence sur la capacité de travail. En même temps, elle souligne qu'il "vit dans la Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 conviction profonde qu'il est un grave malade" mais qu'il "aurait les moyens psychiques de surmonter cette conviction et d'avoir une exigibilité professionnelle totale dans une activité adaptée sur le plan somatique". Elle relève enfin que "le fait que les nombreux membres de [sa] famille [...] soient au bénéfice d'une rente AI est inévitablement un élément pouvant exacerber son sentiment d'injustice face à un refus des prestations" (dossier OAI, p. 344). L'OAI a donc retenu que le recourant présentait une capacité de travail plein et entière dans une activité sans déplacement et sans port de charges. Il convient d'examiner si l'état de santé s'est péjoré depuis lors. b) Sur le plan somatique, dans un rapport d'expertise du 21 juin 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_ estime que les troubles d'ordre orthopédique n'ont qu'une faible incidence sur la capacité de travail du recourant, celui-ci étant entièrement apte à exercer une activité semi-assise, sans longs déplacements (20-30 minutes) et travaux lourds (port de charges inférieur à 10-15 kg). Ces limitations sont liées aux diagnostics suivants: "plaintes polymorphes multiples notamment du MID, sans substrat somatique cohérent objectivable", "varicosité modestes du mollet gauche" et différents "status" après diverses opérations aux membres inférieurs (dossier OAI, p. 56). L'expert se fonde sur l'étude du dossier asséculogique – ce qui lui donne une pleine connaissance de l'anamnèse ainsi que du contexte médical, social, familial et économique – et des entretiens des 9 et 26 mai 2016. Lors de ces entretiens, le recourant a pu décrire ses douleurs et les multiples opérations qu'il a subi. L'expert prend notamment littéralement en note certaines déclarations du recourant, relevant que celui-ci "a beaucoup de peine à décrire ses plaintes de façon cohérente". Pour sa part, l'expert a pu procéder à un examen complet de l'assuré, mettant notamment en exergue l'évolution favorable de l'état de santé cliniquement et radiologiquement ainsi que le fait que "les plaintes que formule ce patient, notamment au niveau de son membres inférieur droit, sont parfaitement incohérentes avec les constatations objectivables. L'intervention massive de facteurs non somatiques est évidente, qu'ils soient d'ordre psychiatriques, psychologiques, familiaux, sociaux ou professionnels". Enfin, les

conclusions de l'expert – tant sur le plan diagnostique que s'agissant de la capacité de travail – sont bien motivées. En particulier, à la question de l'évolution de l'état de santé – pertinente en matière de révision – l'expert soutient que ses "conclusions rejoignent [...] celles de l'expertise médicale précédente faite le 18.07.2012 par le [Dr E. \_\_\_\_\_]". Dans son mémoire, le recourant ne met pas en cause la qualité du rapport d'expertise, indiquant même expressément que "lorsqu'il a été établi, il disposait d'une pleine valeur probante". Il se plaint cependant du fait que le rapport ne reflète plus la situation actuelle dès lors que l'expert n'a pas pu tenir compte de la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 2 novembre 2016. A ce stade, la Cour relève qu'il ne fait mention de cette intervention qu'au stade du recours. L'autorité intimée n'a jamais été informée de son existence auparavant, y compris au stade des objections contre le projet de décision du 4 janvier 2017. Cela étant, dans ses rapports des 17 janvier et 5 avril 2017, le Dr H. \_\_\_\_\_ atteste avoir procédé à la pose d'une prothèse de hanche le 2 novembre 2016. Si le médecin estime qu'il n'y a "aucune activité exigible" et qu'une reprise du travail est "illusoire", la lecture des deux rapports démontre que le médecin ne lie aucune incapacité de travail à la pose de la prothèse totale de Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 hanche du 2 novembre 2016. En effet, dans son second rapport, il ne fait référence qu'aux interventions des 26 avril 2010, 3 novembre 2012 et 4 mars 2014. Il ne fait pas mention de l'intervention du 2 novembre 2016 ou de tout trouble au niveau de la hanche droite (bordereau recours, pièces 3 et 4). Même après une nouvelle intervention médicale, l'orthopédiste défend ainsi la même position que dans son rapport du 23 janvier 2015 (dossier OAI, p. 115), lequel était antérieur à l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_. Par conséquent, l'expert avait pu se prononcer sur les conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_ qui n'apporte aucun élément médical nouveau, étant relevé que la péjoration de l'état de santé lié à l'opération du 2 novembre 2016 n'était que de durée limitée. Les griefs du recourant ne remettent pas en cause la valeur probante de l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_, laquelle garde toute son actualité au jour de la décision litigieuse. Partant, s'agissant des atteintes d'ordre somatique, la Cour retient que l'état de santé du recourant n'a pas sensiblement évolué depuis le dernier refus de rente du 17 octobre 2012. c) Sur le plan psychiatrique, le recourant n'est plus suivi par les médecins de I. \_\_\_\_\_ depuis le 15 novembre 2013 (dossier OAI, p. 111). Dans son dernier rapport, le généraliste traitant fait également état de l'absence de suivi particulier sur le plan psychiatrique (dossier OAI, p. 132). L'absence de suivi spécialisé et de traitement médicamenteux ne plaide pas en faveur de la présence d'une atteinte invalidante. Au contraire, la fin du suivi psychiatrique atteste de l'existence d'une amélioration. C'est au demeurant ce qu'attestaient les médecins de I. \_\_\_\_\_ dans leur derniers rapports médicaux lorsqu'ils faisaient mention de capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation complètes ainsi que d'une résistance non limitée. Les limitations étaient essentiellement d'ordre extra-médical, les médecins renvoyant en particulier à sa séparation d'avec son épouse et son séjour au sein d'un centre d'accueil de nuit (dossier OAI, p. 160 et 181). d) Partant, le dossier ne permet pas de conclure que son état de santé se soit péjoré depuis la décision du 17 octobre 2012. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'autorité intimée a refusé de lui octroyer une rente.

## **E. 6**

Le recourant requiert (608 2017 93) le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. a) 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 (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). Tribunal cantonal TC Page 10 de 11

b) S'agissant de la seconde des conditions des chances de succès du recours, il convient d'emblée de relever que les arguments invoqués étaient d'un poids très relatif, la lecture des rapports médicaux permettant de constater l'absence de tout fondement à ses griefs. En particulier, le recourant a sciemment omis de mentionner certains éléments des rapports dont il se prévalait, lesquels n'allaient pas dans son sens. Par exemple, il a tu le fait que le Dr H.\_\_\_\_\_ ne liait pas l'incapacité de travail à la mise en place de la prothèse totale de la hanche gauche, élément essentiel qui ressortait pourtant des rapports médicaux produits à l'appui du recours. Représenté par un mandataire professionnel, le fait que sa thèse était mal fondée lui était facilement reconnaissable de sorte qu'un plaideur raisonnable aurait renoncé à s'y engager. Cela justifie d'emblée que l'octroi de l'assistance judiciaire totale lui soit refusé. Cela étant, conformément à son obligation légale de renseigner (art. 31 al. 1 LPG), le recourant devait porter à l'intention de l'autorité intimée toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. En l'occurrence, ce n'est qu'au stade du recours qu'il a indiqué avoir subi une intervention le 2 novembre 2016. Il n'avait notamment pas saisi l'occasion de présenter des objections au projet de décision du 4 janvier 2017, alors même qu'il possédait un rapport médical attestant de son incapacité de travail (rapport du 17 janvier 2017, bordereau, pièce 3), qu'il était déjà représenté par un mandataire professionnel (procuration du 3 février 2017, dossier OAI, p. 25) et que le délai pour contester le projet de décision avait été prolongé (dossier OAI, p. 23). Or, dans son mémoire de recours, il se plaint uniquement du fait que l'intervention du 2 novembre 2016 n'ait pas été prise en compte. Il ne présente aucun autre grief à l'encontre de la décision litigieuse. Ainsi, en résumé, le recourant n'a pas informé l'OAI de l'existence d'une intervention médicale mais se plaint ensuite du fait que dite intervention n'a pas été prise en compte. On peut en déduire qu'il a, par sa propre faute, provoqué la procédure devant la Cour de céans. L'institution de l'assistance judiciaire ne saurait avoir pour effet de libérer le recourant de sa responsabilité dans la survenance du présent litige. Partant, non seulement le recourant soutenait une thèse clairement mal fondée, de sorte qu'un plaideur raisonnable aurait renoncé à s'y engager, mais il a également provoqué, en violant son obligation de renseigner, une procédure qui n'aurait pas eu lieu d'être. Pour tous ces motifs, il se justifie de rejeter la requête d'assistance judiciaire. Dans ces conditions, la question de l'indigence peut rester ouverte.

## **E. 7**

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours (608 2017 92) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2017 93) est rejetée. Les frais de justice dans la procédure sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens. Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours (608 2017 92) est rejeté. II. La

requête d'assistance judiciaire totale (608 2017 93) est rejetée. III. Les frais de procédure (608 2017 92) sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas octroyé de dépens. V. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 20 septembre 2017/pte Président Greffier

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