

FR_GERICHTE 605 2017 184 vom 8. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_184

FR: FR_GERICHTE 605 2017 184 du 8 juin 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 184 del 8 giugno 2018

Regeste

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

Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2017 184 605 2017 185 Arrêt du 8 juin 2018 Ie Cour des assurances sociales Composition Président: Marc Boivin Juges: Marianne Jungo, Marc Sugnaux Greffière-rapporteuse: Maude Favarger Parties A. _____, recourant, représenté par Me Guy Longchamp, avocat contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité – Révision Recours (605 2017 184) du 23 août 2017 contre la décision du 21 juin 2017 et requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2017 185) déposée le même jour Tribunal cantonal TC Page 2 de 11 considérant en fait A. A. _____, né en 1963, était vendeur-magasinier (déchargement des camions 20%, mise en place 80%) à B. _____ de C. _____. Le 4 décembre 2002, alors qu'il était assis à un arrêt de bus, il a été percuté de plein fouet par un véhicule dont le conducteur avait perdu la maîtrise. Il a été conduit aux urgences du CHUV où l'on a diagnostiqué de multiples fractures, principalement à la jambe gauche (diagnostics: fracture tibiale ouverte stade III à droite, fracture médio-diaphysaire du fémur gauche, fracture luxation du pilon tibial gauche, fracture de la malléole externe de la cheville gauche, fracture de la base des 3ème et 5ème métatarsien gauches ainsi que des plaies multiples du membre inférieur droit). Suite à cet accident, il a subi de nombreux traitements médicaux et a été en incapacité de travail totale pendant plusieurs années. L'évolution reste marquée par un trouble douloureux résiduel principalement à la cheville gauche et à la cuisse gauche. Il a bénéficié d'un stage en tant que caissier à B. _____ dès le 2 mai 2005. A partir du mois de septembre 2005, il a été transféré à Renens dans un poste mêlant caisse et accueil. Le 2 juin 2006, l'examen final a été pratiqué par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Ce médecin a relevé les séquelles résiduelles de l'accident, essentiellement sous forme de douleurs et d'une limitation fonctionnelle significative de la cheville gauche ainsi que de douleurs occasionnelles du genou et des troubles douloureux résiduels de la jambe droite. Il a noté que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans le cadre de B. _____ où il a pu être reclassé dans une activité adaptée. Le 29 juin 2006, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud a constaté que la réadaptation professionnelle était achevée et que le revenu réalisé excluait tout droit à la rente. Le 21 juin 2007, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud s'est ainsi limité à lui octroyer une seule rente entière d'invalidité, ceci à titre rétroactif, soit du 1er décembre 2003 au 30 avril 2005, pour la période précédant les mesures professionnelles. B. En décembre 2007, l'assuré a subi une prothèse complète de la cheville gauche. En 2009, il s'est installé comme indépendant, créant un bar à pâtes fraîches à D. _____. Par la suite, les

problèmes de santé se sont aggravés. Il a été contraint de réduire son taux d'activité pour des raisons de maladie: il est en incapacité de travail à 50% depuis le 4 août 2014 en raison d'une aggravation de son état de santé, rechute accident de 2002 (développement secondaire des troubles dégénératifs aux membres inférieurs et diminution du périmètre de marche). Le 4 août 2014, un formulaire de détection précoce a été rempli et le 8 septembre 2014, une demande de prestations AI pour adultes a été complétée. Cette nouvelle demande de prestations Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 est déposée dans le cadre d'une rechute de l'accident du 4 décembre 2002 (aggravation de la symptomatologie douloureuse). Il est en incapacité de travail à 50%, pour les séquelles liées à l'accident, depuis décembre 2014. Il l'est également à 30%, pour les atteintes maladiques au dos et l'épaule, depuis le 22 juin 2015. Le 30 septembre 2016, il a subi une nouvelle opération (révision de prothèse totale de la cheville gauche). Par décision du 21 juin 2017, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI) lui a refusé le droit à une rente d'invalidité. Il a considéré que, compte tenu de son état de santé, il est en mesure d'exercer une activité adaptée, comme par exemple un travail non qualifié dans la production légère ou les services (contrôle qualité, travail à l'établi, activités administratives simples, caissier ...) à plein temps. La nouvelle demande déposée en 2014 était ainsi rejetée. C. Contre cette décision, A. _____ interjette recours devant l'Instance de céans le 23 août 2017, concluant, sous bénéfice de l'assistance judiciaire, à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité totale dès le 1er octobre 2014, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité dont le taux ne sera pas inférieur à 46%. Plus subsidiairement, il conclut au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de son recours, il fait valoir que l'OAI ne tient pas compte de l'aggravation de l'atteinte à sa santé, sur un plan psychique, et se fonde exclusivement sur la décision de l'assurance-accidents. Selon son médecin, sa capacité de travail peut être estimée au maximum à 50% dans une profession adaptée et ceci dans le meilleur des cas. Ainsi, l'OAI ne pouvait pas se contenter de reprendre les conclusions de la SUVA selon lesquelles, dans une activité adaptée à ses limitations physiques, sa capacité pourrait être estimée comme entière. Il conteste également le revenu d'invalidité. Dans ses observations du 5 février 2018, l'OAI conclut au rejet du recours. L'OAI relève que, dès le 20 septembre 2005, il a pu exercer une activité adaptée à ses séquelles (caissier) pour son employeur initial, B. _____. Il va rester employé à plein temps auprès de B. _____ en tant que caissier jusqu'en 2008. Il va abandonner cet emploi et se mettre à son compte dès 2009 comme gérant indépendant d'un bar à pâtes, à D. _____. Or, cette activité n'est pas adaptée à ses séquelles et en plus, les revenus qu'il va réaliser sont bas. L'OAI va suivre l'avis du médecin d'arrondissement de la SUVA qui estime que la situation médicale est stabilisée et qu'une reprise d'activité adaptée à 100% est exigible. En effet, hormis la phase de convalescence, ni les limitations fonctionnelles ni l'exigibilité médicale ne sont durablement modifiées. Lors d'un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions. 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. Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 en droit 1. Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes, auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Ce n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294).

3. Selon l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. D'après ce dernier alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Dans le cadre de l'examen d'une nouvelle demande, il s'agira, par conséquent, d'appliquer par analogie les principes relatifs à l'examen de la révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA, lequel prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). Ainsi, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou à la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

3.1. Tout changement important de 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 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11

3.2. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 134 V 131 consid. 3; 133 V 108).

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). 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'une 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 TC 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et aux 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 6 de 11 5. Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé, respectivement si son taux d'invalidité s'est modifié depuis 2007, soit le moment où il avait été rétroactivement constaté qu'il n'avait plus droit à la rente après le 30 avril 2005. Du dossier médical, il ressort ce qui suit.

5.1. L'assuré a été victime d'un écrasement des deux membres inférieurs par une voiture le 4 décembre 2002 alors qu'il était assis à l'arrêt d'un bus. Il présentait des lésions multiples osseuses, cutanées et musculaires des deux membres inférieurs traitées par réduction sanglante et ostéosynthèse qui concernent une fracture du plateau tibial du genou droit, du pilon tibial et de la malléole externe gauches et par enclouage centro-médullaire fermé au niveau du fémur gauche. Dans leur rapport du 19 août 2003, les médecins de la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) posent les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles, fracture ouverte stade III C du tibia D, fracture diaphysaire du fémur D, lésion LCP D, fracture-luxation du pilon tibial G et de la malléole externe G, fracture des 3ème et 5ème métatarsiens G, plaie ouverte multiple de la jambe D, trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et dépendance aux opiacés. Lors de son arrivée, le patient présentait une limitation fonctionnelle et des douleurs à la charge de la cheville gauche, entraînant une réduction du périmètre de marche, une impossibilité de s'accroupir et à descendre les escaliers. Les examens des mobilités des MI montrent un déficit global pour les hanches et les genoux, avec une laxité du pivot central du genou droit (LCP). Les deux chevilles sont également globalement enraidies. La force musculaire globale du patient au niveau des MI est également diminuée. Au cours de son séjour, le patient a rencontré le psychiatre de l'établissement qui n'a pas retenu de syndrome de stress post-traumatique, mais un patient présentant des éléments dépressifs de peu de gravité, en rapport avec les conséquences de l'accident. La capacité de travail actuelle dans la profession de magasinier est nulle. Ceci générerait pour l'heure une invalidité entière. Mais la situation s'est progressivement améliorée. Selon un rapport de la CRR du 1er octobre 2004, un poste adapté serait "une activité plutôt assise, avec variation des positions, de petits déplacements, avec une charge moyenne entre 10 et 15 kg". Dans son rapport médical du 26 mai 2004, le

Dr E. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, indique que le genre d'activité envisageable est toute activité ne nécessitant pas des déplacements dépassant les 5 minutes et toutes activités sédentaires. Cette activité peut être exercée à 100%. Il mentionne que la position assise peut être tenue 8h30 par jour, la position debout 1h par jour, il ne peut pas travailler à genoux ou accroupi, le périmètre de marche est limité à 100 mètres. Il pourrait travailler par exemple à 100% dans une usine. C'est ainsi qu'il a été mis fin au droit à la rente entière provisoirement octroyée, après le 30 avril 2005.

5.2. Les rapports médicaux qui ont été recueillis suite à la détection précoce signalée en 2014 sont notamment les suivants. Tribunal cantonal TC Page 7 de 11

Sur un plan physique: Dans son rapport médical du 29 octobre 2014, son médecin traitant, le Dr F. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, mentionne que l'assuré a eu un polytrauma sévère en 2002 suivi d'une réadaptation de longue durée. Il a subi une arthroplastie complète de la cheville gauche en 2007. Persistance de douleur de cette cheville en péjoration, diminution du périmètre de marche secondaire, difficulté à rester en position assise statique allant en se péjorant, les symptômes actuels étant une douleur au membre inférieur en particulier à la cheville gauche et le développement d'un état dépressif secondaire sévère. Il considère que l'activité exercée est exigible à au maximum 50% voire moins en fonction de l'évolution à cause des difficultés à se déplacer et des difficultés à faire des journées de plus de 4 heures: besoin de repos fréquent des membres inférieurs.

Dans son examen final du 26 janvier 2015, le Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, indique, s'agissant des limitations fonctionnelles, qu'il peut exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire, principalement assis. Il doit éviter les ports de charges supérieures à 5 kg. Il doit éviter de se mettre à genoux ou accroupi. Il doit éviter de marcher en terrain irrégulier. Il doit éviter de monter ou descendre à répétition les pentes ou les escaliers, de courts déplacements à plat sont possibles. En ce qui concerne l'incapacité de travail, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles préalablement décrites est complète. La capacité de travail de l'assuré dans une activité indépendante de préparation de pâtes fraîches est de 50%. Dans son rapport médical du 13 novembre 2015, le Dr F. _____ relève qu'il y a une diminution du périmètre de marche et que la position debout et statique est difficile. L'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible et l'on peut exiger une autre activité de l'assuré, activité qui serait en position assise, 3 à 4 heures par jour, avec une baisse de rendement non chiffrée.

Dans une correspondance adressée à l'OAI le 30 septembre 2016, le Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, indique que le CT-scan suivant la consultation du 28 janvier 2016 a mis en évidence un kyste tibial interne modéré ainsi qu'un encombrement des deux gouttières et que ceci motivera une révision de la prothèse totale de la cheville le 30 septembre 2016. Il mentionne que les capacités fonctionnelles de l'assuré ont régressé au cours des dernières années mais qu'il est trop tôt pour se prononcer sur le pronostic de l'intervention projetée. Une incapacité de travail totale a été attestée jusqu'au 1er janvier 2017. Dans son rapport médical du 13 avril 2017, le Dr G. _____, relève que la situation médicale est maintenant stabilisée (suite à la rechute du 28 janvier 2016). Il rappelle que comme dit lors de l'examen de l'agence de janvier 2015, le métier indépendant dans un bar à pâtes n'est pas adapté aux limitations fonctionnelles. Une capacité partielle de 40% à 50% est ici justifiée. Par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il n'y a pas d'argument pour dire que la capacité de travail n'est pas de 100%.

Dans son rapport médical du 5 juillet 2017, le Dr F. _____ mentionne qu'actuellement, il persiste une limitation nette au niveau de la marche avec des douleurs des membres

inférieurs en particulier, de la cheville gauche qui limite fortement son périmètre de marche. Les positions assises prolongées sont également douloureuses avec apparition de crampes dans les membres inférieurs en particulier au niveau du mollet droit. Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 Il relève également que, depuis plusieurs années, l'état psychologique de l'assuré s'est péjoré à plusieurs reprises et qu'un soutien psychologique et un traitement antidépresseur a dû être mis en place. Celui-ci se manifeste par un trouble de la concentration important et une diminution du rendement sur son lieu de travail. Sa capacité de travail dépend des restrictions physiques multiples: pas de position assise de longue durée, limitation du périmètre de marche, pas de port de charges de plus de 5 kg. En plus de ces restrictions physiques, il devrait être également tenu compte dans l'évaluation de sa capacité de travail des limitations d'ordre psychologique. Actuellement, sa capacité de travail peut être estimée au maximum à 50% dans une profession adaptée et ceci dans le meilleur des cas. Dès lors, la sphère psychique a également été plus particulièrement explorée. Sur un plan psychique: Dans leur rapport médical du 5 décembre 2017, les médecins de J. _____ de D. _____ ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique (F33.2). Ils mentionnent qu'il y a persistance de la symptomatologie dépressive, trouble de sommeil, difficulté majeur de concentration et de l'attention, état anxieux permanent, fatigue accrue, vision noire de l'avenir, dévalorisation de sa propre personne. Le patient souffre de l'aspect inesthétique de ses cicatrices suite aux différentes interventions au niveau de ses membres inférieurs. Ils estiment que la capacité de travail est de 50% dans l'activité de restaurateur et qu'elle ne peut pas être augmentée. Dans son expertise psychiatrique du 14 décembre 2017, le Dr I. _____, psychiatre FMH, indique que l'assuré consulte depuis deux mois un psychiatre à un rythme hebdomadaire, qui lui prescrit une médication antidépressive (ce qui ne se confirme pourtant pas dans le contrôle du taux plasmatique). L'échelle de dépression d'Hamilton indique un état dépressif léger et l'échelle de dépression M.A.D.R.S. indique l'absence d'un état dépressif. Il pose les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail: trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, avec syndrome somatique (F33.11) et diagnostic différentiel: dysthymie (F34.1). Parmi toutes les plaintes présentées par l'assuré, on trouve plusieurs symptômes anxio-dépressifs qui existent depuis 15 ans et qui justifient entre temps au moins formellement le diagnostic d'un "trouble dépressif récurrent" ou le diagnostic de dysthymie comme diagnostic différentiel, laquelle repose sur une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité est, la plupart du temps, insuffisante pour justifier le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent léger ou moyen (F33 ou F33.1). Toute la situation de l'assuré est depuis longtemps influencée et marquée par des problèmes physiques et par une grande demande de reconnaissance de sa souffrance. Les traits accentués de la personnalité de l'assuré (personnalité avec des traits émotionnellement immatures, impulsifs et narcissiques accentués) existent depuis longtemps et n'ont jamais empêché dans le passé l'assuré de travailler. En considérant ce qui précède, l'assuré sera capable, en mobilisant toute sa bonne volonté et en définissant des priorités, d'augmenter son taux d'activité à 80% au minimum, ceci d'un point de vue purement psychiatrique; à cause des symptômes psychiques résiduels, une diminution de 20% au maximum est à reconnaître. Bien évidemment, les limitations physiques persistantes ne sont pas à évaluer dans le cadre d'un examen purement psychiatrique, même si, sans aucun doute, elles justifient une certaine diminution de la capacité de travail pour des raisons somatiques. 5.3. Reste à déterminer si les allégations des médecins de l'assuré déposées à l'appui de la nouvelle demande sont ou non susceptibles d'engendrer la révision

de son cas. Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Le recourant fait valoir à cet égard que l'on ne peut se fonder, comme l'a fait l'OAI, sur les constatations médicales de la SUVA, dès lors que des troubles psychiques sont apparus. La Cour de céans constate que des troubles psychiques étaient certes déjà présents quand l'OAI lui a supprimé la rente mais que le psychiatre de l'époque considérait qu'ils étaient de peu de gravité. Le médecin traitant de l'assuré, le Dr F. _____, estime que, depuis plusieurs années, l'état psychologique de l'assuré s'est péjoré et qu'un soutien psychologique et un traitement antidépresseur a dû être mis en place. Il ne chiffre toutefois pas l'éventuelle incapacité de travail qui découlerait de ces problèmes psychiques et l'on n'a pas plus d'informations concernant le soutien psychologique et le traitement antidépresseur mis en place. Les médecins de J. _____ de D. _____ confirment la présence d'un trouble dépressif et estime que la capacité de travail est de 50% dans l'activité de restaurateur. De même, l'expertise du Dr I. _____ atteste la présence d'un trouble psychiatrique sous la forme d'un trouble dépressif récurrent ou d'une dysthymie et estime qu'il faut lui reconnaître une diminution de rendement de 20% du point de vue psychiatrique. L'on ne saurait toutefois tenir compte de ces deux derniers rapports médicaux dans la mesure où ils sont postérieurs à la décision attaquée et se réfèrent à la période postérieure à la décision attaquée. Dans ces conditions, vu les rapports médicaux concernant l'état psychique du recourant figurant au dossier, il est d'emblée difficile de déterminer si l'état psychique du recourant s'est péjoré de telle sorte que cela affecte sa capacité de travail et rende ainsi plausible une aggravation de son état de santé. La Cour de céans se voit par conséquent contrainte de conclure que la cause est insuffisamment instruite sur ce premier point. Concernant par ailleurs la problématique physique de l'assuré, les appréciations des différents médecins divergent. Son médecin traitant, le Dr F. _____, considère que les douleurs à la cheville augmentent de même que sa difficulté de rester en position assise statique. Il estime que l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible et qu'une autre activité serait possible en position assise, 3 à 4 heures par jour, avec une baisse de rendement qu'il ne chiffre pas. Le Dr H. _____ est aussi de l'avis que les capacités fonctionnelles de l'assuré ont régressé au cours de ces dernières années mais ne se prononce pas sur la capacité résiduelle de travail. Quant au Dr G. _____, il estime que, si l'assuré évite de porter des charges de plus de 5 kg, de se mettre à genoux ou accroupi, de marcher en terrain irrégulier, de monter ou de descendre à répétition les pentes ou les escaliers et les longs déplacements, sa capacité de travail est complète mais que, par contre, son activité comme indépendant dans un bar à pâtes n'est pas adaptée aux limitations fonctionnelles. Aucun de ces rapports médicaux ne convainc la Cour de céans. Ils sont sommairement motivés et l'on peut se demander quelle est vraiment l'activité adaptée pour l'assuré et à quel pourcentage dès lors qu'en plus de ses difficultés à se déplacer et de son impossibilité à être à genoux ou accroupi et de porter des charges de plus de 5 kg, il connaît également une difficulté croissante à rester en position assise statique, cette position générant également des douleurs. Ainsi, la Cour estime que la cause est également insuffisamment instruite sur le plan physique. Dans la mesure où il a été constaté que certaines questions importantes n'ont pas du tout été éclaircies du point de vue médical, le dossier doit être retourné à l'OAI, à charge pour ce dernier de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (orthopédique et psychiatrique) en vue de Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 déterminer de façon précise les diagnostics, la capacité résiduelle de travail du recourant, dans l'activité qu'il a exercée et dans une activité adaptée, ainsi que de savoir si ceci rend plausible une aggravation de son état de santé depuis le 21 juin 2007. Cette expertise pluridisciplinaire devra être une expertise conjointe à la fin de laquelle un rapport

commun devra être rendu après concertation des experts. L'expert psychiatre se prononcera notamment sur l'existence et l'influence ou non d'une problématique psycho-sociale extra-médicale, les troubles psychiques pouvant également s'être aggravés dans le cadre des difficultés professionnelles apparues lorsque le recourant s'est mis à son compte, pour réaliser des revenus plus bas. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. 6. Compte tenu de l'issue du recours, les frais de justice, ici fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. 7. Ayant par là obtenu gain de cause, l'assuré a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense, conformément aux art. 137ss et 146ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) ainsi que 8ss du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12). Compte tenu de la liste de frais de son mandataire du 16 mars 2018, de la difficulté et de l'importance relatives du litige, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle le recourant a droit pour ses frais de défense à CHF 1'550.-, soit 6,2 heures à CHF 250.- de l'heure, plus CHF 8,30 de débours, plus CHF 124,65 au titre de la TVA à 8%, soit à un montant de CHF 1'682,95 pour l'année 2017. Concernant l'année 2018, il a droit pour ses frais de défense à CHF 1'375.-, soit 5,5 heure à CHF 250.- de l'heure, plus CHF 7,30 de débours, plus CHF 106,40 au titre de la TVA à 7,7%, soit à un montant de CHF 1'488,70. Il a ainsi droit à un montant total de CHF 3'171,65 à mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée qui succombe. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2017 185), devenue sans objet en raison de l'admission du recours, est rayée du rôle. Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours est admis et la décision querellée annulée. Partant, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2017 185), devenue sans objet, est rayée du rôle. III. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité. IV. Il est alloué au recourant une indemnité de partie fixée à CHF 1'550.-, plus CHF 8,30 de débours, plus CHF 124,65 au titre de la TVA à 8%, soit un montant total de CHF 1'682,95, pour l'année 2017, et pour l'année 2018 à CHF 1'375.-, plus CHF 7,30 de débours, plus CHF 106.40 au titre de la TVA à 7,7%, soit un montant total de CHF 3'171,65 pour l'année 2017 et l'année 2018, montant mis intégralement à la charge de l'autorité intimée. 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 8 juin 2018/mfa-mbo Le Président: La Greffière-rapporteuse:

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