

FR_GERICHTE 605 2017 199 vom 24. Mai 2019

FR Kantonsgericht, 2019-05-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_199

FR: FR_GERICHTE 605 2017 199 du 24 mai 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2017 199 del 24 maggio 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 10

février 2013, de 70% du 11 février 2013 au 31 mars 2013, et de 60% dès le 1er avril 2014. C. Entretemps, le 27 décembre 2012, il a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI pour la même atteinte à laquelle se sont ajoutées une pseudarthrose sous- astragalienne gauche après arthrodèse ainsi que des lombalgies, sollicitant derechef des mesures de réadaptation professionnelle et une rente. Par décision du 16 janvier 2014 entérinant son projet de décision du 18 septembre 2013 et confirmée par arrêt (608 2014 24) de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 2 février 2016, l'OAI a rejeté dite nouvelle demande. Il a considéré que l'activité de l'assuré en tant que vendeur-magasinier à D._____ n'était désormais plus totalement adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de son atteinte à la santé, mais que ce dernier pouvait exercer à plein temps une activité adaptée à celles-ci (activité sédentaire, principalement assise, avec la possibilité d'alterner les positions assise et debout, sans port de charges lourdes, sans marche en terrain inégal ni longs déplacements à pieds), par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère. En procédant à une comparaison des revenus de valide et d'invalidé, l'OAI a retenu que l'assuré ne subissait aucune perte de gain. D. Dans l'intervalle, par communication du 18 septembre 2013, l'OAI lui a octroyé une aide au placement. E. A partir du mois de septembre 2015, la Société D._____ a accepté de réduire contractuellement le taux d'activité de l'assuré à 40%.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 F. Le 10 mars 2016, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations (sous la forme d'une demande de reconsidération de la décision du 16 janvier 2014) tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle et d'une rente, en raison des mêmes atteintes à sa santé que celles précédemment invoquées. Le 14 novembre 2016, l'assuré a été examiné par l'une des médecins du Service médical régional (ci-après: SMR) de l'OAI, la Dresse E._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, laquelle a rendu son rapport le 16 janvier 2017. Par décision du 6 juillet 2017 confirmant son projet de décision du 22 mai 2017, l'OAI a rejeté cette dernière demande. Etant d'avis que le rapport de la Dresse E._____, sur lequel repose essentiellement sa décision, revêt la même valeur probante qu'une expertise, il a retenu que la situation médicale de l'assuré était restée globalement inchangée depuis 2014, tout en précisant que, dès avril 2016, ce dernier ne pouvait plus exercer d'activité adaptée à plein temps, mais à 80% en raison d'une aggravation de son état de santé au niveau du rachis lombaire. En procédant à une comparaison des revenus de valide et d'invalidé, l'OAI a calculé un taux d'invalidité de 0.01% inférieur au minimum légal requis

pour ouvrir le droit à une rente. G. Contre cette dernière décision, l'assuré, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 11 septembre 2017. Il conclut, sous suite de dépens, à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une demi-rente, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise orthopédique ainsi que la tenue de débats publics. Il relève être fortement limité par rapport à son membre inférieur gauche, ainsi qu'en relation avec des troubles de son rachis. Il souligne que la décision attaquée admet une aggravation de son état de santé depuis le mois d'avril 2016. Il conteste la valeur probante du rapport du SMR rendu le 16 janvier 2017 par la Dresse E._____ et estime que celui-ci doit être écarté au profit d'un rapport du 4 août 2016 établi conjointement par son médecin traitant, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr G._____, spécialiste en neurologie. Il soutient en substance qu'il serait irréaliste, sur le marché du travail, d'exiger de lui un changement d'activité. Sur la base des conclusions du Dr F._____, il allègue ne pouvoir travailler à plus de 50% dans son activité actuelle de vendeur-magasinier et avoir ainsi droit à une demi-rente. H. Par acte séparé du même jour, l'assuré requiert en outre d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et demande la désignation de son mandataire comme défenseur d'office. Le 19 septembre 2017, le délégué à l'instruction l'a dispensé de l'obligation de verser une avance de frais, motif pris que son indigence paraissait suffisamment documentée et établie. I. Dans ses observations du 30 janvier 2018, l'autorité intimée propose le rejet du recours. Elle s'en remet à justice s'agissant de la requête d'assistance judiciaire. Le 8 février 2018, le mandataire du recourant à produit sa liste de frais et dépens. Par courrier du 9 mai 2019, il s'est enquis de la date à laquelle un arrêt lui sera notifié. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci 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, compte tenu des fêtes judiciaires d'été (art. 38 al. 4 let. b 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], et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré dûment représenté et directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 2.1. A teneur de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, 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). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 2.3. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. C'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 ouvrant droit à une rente. Il s'agit là d'un aspect de l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage à l'assurance (arrêt TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et la référence citée). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ou se fonder sur des possibilités de travail irréalistes (arrêt TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2). Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (ibidem). 3. Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. 4. En vertu de l'art. 17 al. 1 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. 4.1. 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 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. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (arrêt TF 8C_162/2016 du 2 mars 2017 consid. 3.1 et les références citées). 4.2. Dans le cadre d'une nouvelle demande après refus (régie sous l'angle de l'art. 87 al. 4 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]), comme lors d'une procédure de révision, le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (arrêt TF 9C_821/2011 du 3 avril 2012 consid. 2; ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 71 consid. 3). 5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves

médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1 et les références citées). 5.1. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 (ibidem). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ibidem). 5.2. Selon l'art. 49 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), les services médicaux régionaux (SMR) peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit. Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR (en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI) ne soient pas des expertises (au sens de l'art. 44 LPG) et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles, ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêt TF 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 et les références citées). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ibidem). 5.3. S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF 9C_55/2016 du

E. 14

juillet 2016 consid. 3.2 et les références citées). 6. En l'espèce, est litigieuse la question du droit du recourant à une rente d'invalidité suite à sa nouvelle et troisième demande formulée en ce sens le 10 mars 2016. Plus précisément, il s'agit d'examiner si, et dans quelle mesure, son taux d'invalidité a subi une modification notable au point de lui ouvrir désormais le droit à une rente, et quel type d'activité reste exigible de sa part. Pour ce faire, il convient de comparer l'état de santé du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail, respectivement de gain, au moment de la précédente décision de refus du

E. 16

janvier 2014 (laquelle 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 droit), confirmée par l'arrêt (608 2014 24) cantonal du 2 février 2016, avec celui qui était le sien au moment de la décision querellée du 6 juillet

2017. 6.1. Les atteintes à la santé dont souffrent le recourant, qui trouvent pour l'essentiel leur genèse dans l'accident de moto dont il a été victime à C._____ en 1994, demeurent inchangées depuis la décision du 16 janvier 2014. Elles ne sont, à juste titre, pas remises en cause. Elles se traduisent par des séquelles à la cheville gauche, sur lesquelles sont venus se greffer des problèmes de dos qui semblent tantôt résulter d'une boiterie de la jambe gauche, tantôt être d'origine dégénérative. Le recourant allègue en outre que son état de santé se serait dégradé en raison d'une mauvaise chute qu'il aurait faite en 2010, probablement causée par son handicap à la jambe gauche (cf. dossier AI, pièce 147). A cet effet, les examens radiologiques réalisés en 2016 ont confirmé les diagnostics suivants: ■ Au niveau du rachis lombaire: "Canal rachidien lombaire constitutionnellement étroit, rétréci par une importante discopathie étagée aux étages L2 à S1 avec compression du fourreau dural notamment aux étages L3-L4 et L4-L5. Sur les 4 étages, il existe une importante protrusion discale, responsable des compressions radiculaires étagées, bilatérales, telles que décrites et expliquant la clinique du patient" (cf. rapport d'IRM du rachis lombaire du 8 avril 2016 de la Dresse H._____, spécialiste en radiologie, dossier AI, pièce 184). ■ Au niveau de la cheville gauche: "Importants remaniements de l'articulation tibio- astragalienne avec une arthrodèse et de vis cassée à la hauteur de l'articulation tibio- astragalienne. Remaniement intéressant également de l'articulation tibio-péronéenne. Aspect hétérogène de la structure osseuse. Arthrose du tarse et calcifications hétérogènes des parties molles associées probablement à des calcifications vasculaires. (...). Arthrodèse de la cheville avec matériel chirurgical cassé. Remaniement de la structure osseuse et des parties molles péri-articulaires. Arthrose du tarse débutante" (cf. rapport de radiographies du 15 novembre 2016 du Dr I._____, spécialiste en radiologie, dossier AI, pièce 188). 6.2. Reste donc à déterminer si la capacité de travail du recourant s'est modifiée de manière notable entre la décision de refus de rente de 16 janvier 2014 (cf. dossier AI, pièce 104) et celle du 6 juillet 2017 (cf. dossier AI, pièce 206), et dans quelle activité il peut encore l'exploiter. Ceci relève d'une appréciation médicale de la situation. 6.2.1. Situation au moment de la précédente décision de refus de rente du 16 janvier 2014: Au moment de se prononcer, par décision du 16 janvier 2014, sur la demande de prestations du 27 décembre 2012 (cf. dossier AI, pièce 79), l'OAI a retenu, sur la base pièces médicales qui étaient alors en sa possession, que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité sédentaire, principalement assise, avec la possibilité d'alterner les positions assise et debout, sans port de charges lourdes, sans marche en terrain inégal ni long déplacement à pieds), par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 Pour fonder sa décision, l'OAI s'est basé en particulier sur un rapport du 12 avril 2013 (cf. dossier AI, pièce 92) émanant du Dr J._____ et de la Dresse K._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, évaluant la capacité de travail de l'assuré à 50% dans son activité de vendeur-magasinier à D._____ et à 100% dans une activité – adaptée – assise. Cet avis avait été suivi par le médecin du SMR, le Dr L._____, spécialiste en anesthésiologie, qui avait précisé les limitations fonctionnelles en ce sens que l'activité adaptée devait être une "activité sédentaire, principalement assise. Pas de port de charges lourdes, pas de marche en terrain inégal, pas de long déplacement à pied" (cf. rapport SMR du 10 juin 2013, dossier AI, pièce 96) et que "les lombalgies mécaniques non déficitaires ne sont pas un facteur d'incapacité de travail dans une activité adaptée, même assise, pour autant que l'alternance des positions assise et debout, soit possible" (cf. rapport du 21 novembre 2013,

dossier AI, pièce 103). Enfin, dans son arrêt (608 2014 24) du 2 février 2016, la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a notamment confirmé qu'il pouvait être exigé de l'assuré qu'il change d'activité professionnelle, ce qui lui permettrait de réaliser un revenu égal ou supérieur à celui issu de son activité de vendeur-magasinier à D. _____ et de ne subir ainsi aucune perte de gain. Une aide au placement lui a d'ailleurs été octroyée dans cette optique (cf. communication du

E. 18

septembre 2013, dossier AI, pièce 97). 6.2.2. Situation au moment de la dernière décision querellée du 6 juillet 2017: On relèvera d'abord que la nouvelle et dernière demande de prestations AI du 10 mars 2016 (cf. dossier AI, pièces 147 et 169) porte essentiellement sur les mêmes atteintes que celles invoquées dans le cadre de la précédente demande du 27 décembre 2012 (cf. dossier AI, pièce 79). Cela étant, plusieurs nouvelles pièces médicales ont été versées au dossier. 6.2.2.1. Parmi celles-ci figure en particulier un rapport SMR du 16 janvier 2017 (cf. dossier AI, pièce 192) dans lequel la Dresse E. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, relève ce qui suit à l'examen clinique: "Chaussé de chaussures adaptées, [l'assuré] se déplace avec une canne. Le déshabillage et le rhabillage s'effectuent sans difficulté particulière. La marche à pieds nus n'est pas possible en raison de l'affection touchant son membre inférieur gauche. Il peut se déplacer chaussé sans canne mais en boitant fortement". La Dresse E. _____ pose ensuite les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, suivants: "• Séquelles douloureuses et fonctionnelles in status post fracture-luxation ouverte de la cheville gauche sur accident de moto (avril 1994 / C. _____), arthrodèse tibio- astragalienne (06.07.1994) compliquée par une infection traitée par antibiothérapie, ablation du matériel d'ostéosynthèse et ré arthrodèse de la cheville gauche (18.07.1994), Reconstruction d'un défaut musculo-cutané par lambeau (04.08.1994) pseudarthrose sous-astragalienne gauche (2013), arthrose tibio-astragalienne et tibio-péronéenne, arthrose du tarse débutante, matériel chirurgical cassé (2016).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 • Lombosciatalgies bilatérales irritatives, modérément sensitivo-moteur déficitaires dans le cadre d'importants troubles dégénératifs, protrusions discales étagées avec signes de compression, canal lombaire étroit". La Dresse E. _____ retient ensuite les diagnostics, sans influence sur la capacité de travail, suivants: "• Artériopathie obstructive du membre inférieur gauche stade I avec athérosclérose modérée des axes fémoro-poplités des deux côtés et occlusion de l'artère tibiale antérieure gauche (avril 2013). • Hypertension artérielle traitée". Il sied de relever ici que le fait que l'artériopathie obstructive du membre inférieur gauche a été classée parmi les diagnostics sans influence sur la capacité de travail peut a priori être sujet à questionnement, comme le relève le recourant. Toutefois, la Dresse E. _____ date l'apparition de cette pathologie à avril 2013, de sorte qu'elle a certainement déjà dû être prise en compte lors de l'instruction médicale ayant précédé la décision du 16 janvier 2014 et qu'elle figure parmi les diagnostics demeurés inchangés à ce jour. Cela étant, la Dresse E. _____ expose ensuite que, "d'une part, [l'assuré] présente des séquelles douloureuses et fonctionnelles au niveau du membre inférieur gauche, plus particulièrement de la cheville et du pied gauches, séquelles d'un accident de moto survenu à C. _____ en 1994 ayant entraîné une fracture luxation ouverte de la cheville gauche, laquelle a nécessité plusieurs interventions chirurgicales (arthrodèse et ré-arthrodèse en 1994, reconstruction d'un défaut musculocutané en 1994 survenu suite à une infection). Il existe un raccourcissement du membre inférieur gauche et

une amyotrophie globale du membre inférieur gauche particulièrement marquée distalement se développe. Les douleurs et l'impotence de la cheville/pied gauche restent marquées. En avril 2013, le Dr J. _____, orthopédiste, préconise une ablation du matériel d'ostéosynthèse et une ré-arthrodèse en raison d'une pseudarthrose sous-astragaliennne, intervention que l'assuré refuse en raison des risques opératoires. En avril, le Dr M. _____, orthopédiste, relève que les radiographies de la cheville gauche objectivent une pseudarthrose de l'articulation tibioastragaliennne et une rupture de 2 vis de l'arthrodèse. Des radiographies de la cheville gauche de novembre 2016 confirment la cassure du matériel chirurgical et les troubles précédemment cités et une arthrose débutante du tarse. Une ré- intervention proposée n'est cependant pas retenue par l'assuré. Les plaintes actuelles de [l'assuré] concernant son membre inférieur gauche sont superposables à celles relevées dans les différents rapports médicaux. Le status actuel du membre inférieur gauche/cheville et pied gauches est superposable au status relevé dans les différents rapports médicaux. Les radiographies de la cheville gauche objectivent une pseudarthrose tibioastragaliennne, sous-astragaliennne, un début d'arthrose du tarse et une cassure du matériel chirurgical. Seule une ré-intervention pourrait remédier à cet état, mais [l'assuré] s'y refuse, n'ayant plus envie de subir une intervention." La Dresse E. _____ poursuit en ces termes: "D'autre part, [l'assuré] présente un problème de lombosciatalgies bilatérales. Suite à trois chutes consécutives fin 2012/début 2013 [l'assuré] s'est plaint de lombosciatalgies gauches. Celles-ci étaient non déficitaires à l'examen neurologique et électrologique et les radiographies effectuées n'ont objectivé que de discrets troubles dégénératifs. Au cours des années suivantes, ces lombosciatalgies ont persisté, plus marquées après les efforts physiques. Dès 2014, les lombosciatalgies sont devenues bilatérales s'accompagnant de troubles

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 sensitifs et d'une sensation de faiblesse du membre inférieur droit. Une IRM lombaire du 08.04.2016 objective des discopathies étagées avec au niveau L3-L4 une hernie discale entraînant un conflit avec la racine L3 des deux côtés, au niveau L4-L5 une hernie discale à droite entraînant un conflit avec la racine L4 homolatérale, au niveau L5-S1 une hernie discale gauche entrant en conflit avec la racine L5 gauche. En outre, l'IRM confirme un canal lombaire étroit de L2 à S1 marqué en L3-L4 et surtout en L4-L5, constitutionnel péjoré par les protrusions discales et une hypertrophie des ligaments jaunes. Un examen électrologique réalisé en mai 2016 confirme une atteinte neurogène des nerfs L4, L5 et S1 à droite. Une indication opératoire n'a cependant pour l'instant pas été retenue (...). Les plaintes et le status actuels sont en adéquation avec les plaintes de l'assuré. Le problème/l'affection du membre inférieur gauche, de la cheville et du pied gauches en particulier, sont d'état médical stable par rapport aux années précédentes, même si radiologiquement on constate une discrète péjoration des troubles dégénératifs. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse cassé et une nouvelle arthrodèse en particulier serait susceptible de réduire les douleurs de l'assuré, sans avoir de réelle effet sur la capacité de travail dans l'activité actuelle exercée de vendeur/manutentionnaire, eu vu l'atrophie généralisée du membre inférieur gauche et de la non-mobilité de la cheville qui persisterait suite à cette fixation. En ce qui concerne les lombosciatalgies, on peut admettre que [l'assuré] présente une réelle aggravation au niveau du rachis documentée objectivement par l'IRM lombaire du 08.04.2016 et l'électromyographie du 20.04.2016, cette dernière objectivant une atteinte neurogène. Les deux diagnostics cités ci- dessus présentent une certaine interférence dans le sens que l'affection du membre inférieur gauche entraîne des troubles de marche et par là des défauts de position et par là une surcharge

articulaire et musculo-ligamentaire au niveau du rachis, source de douleurs outre celles déjà dues aux conflits radiculaires entraînés par les hernies discales et le canal lombaire étroit objectivés par l'IRM du rachis. Les affections du rachis et du membre inférieur gauche entraînent les limitations fonctionnelles suivantes: pas de position debout prolongée, pas de position statique assis prolongée, changements de position fréquents possibles, pas de port de charge itératif > 2.5-5 kg, pas de montée ou de descente itérative des escaliers respectivement des pentes, pas de déplacements fréquents sur terrain régulier, pas de déplacement sur terrain irrégulier, pas de mouvements itératifs contraignants pour le rachis lombaire en flexion/extension/rotation/inclinaison du tronc, pas de travail en position agenouillé, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence. Un poste de travail ergonomique. Tenant compte des limitations fonctionnelles citées ci-dessus, il ressort que, comme cela avait d'ailleurs déjà été signalé de longue date, l'activité professionnelle exercée par [l'assuré] n'est pas exigible du point de vue médical, susceptible d'ailleurs de péjorer encore la situation. En revanche, une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles citées ci-dessus est exigible à 80%, retenant une incapacité de travail de 20 % en raison des troubles dégénératifs rachidiens constatés, en interaction avec son affection du membre inférieur gauche. Des mesures de réadaptation peuvent être entreprises de suite. [L'assuré] nous est apparu comme quelqu'un de dynamique, et bien qu'il ne relève pas de notre compétence de rhumatologue d'évaluer les ressources psychiques de l'assuré, [l'assuré] nous semble, à notre avis de somaticien, avoir les ressources personnelles nécessaires pour entreprendre une autre voie professionnelle." Enfin, la Dresse E. _____ arrive à la conclusion que les limitations fonctionnelles ne peuvent pas être respectées dans l'activité professionnelle exercée jusqu'ici et que celle-ci n'est dès lors plus exigible. Elle retient qu'une capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré était auparavant exigible à 100%, mais qu'elle ne l'est plus qu'à 80% depuis avril 2016.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 6.2.2.2. Ce rapport émane d'une spécialiste en rhumatologie qui s'est basée sur un dossier médical complet incluant notamment les résultats d'examens tomographiques, les rapports des médecins traitants (dont le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale, et les Drs M. _____ et F. _____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) et ceux d'autres spécialistes en neurologie (Drs O. _____, P. _____ et G. _____), en médecine physique et réadaptation (Dr Q. _____) ainsi qu'en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (Dr J. _____). On notera ici que, quand bien même le recourant aurait souhaité être examiné par un médecin dont le domaine de spécialisation relève de l'orthopédie plutôt que de la rhumatologie, il a déjà été examiné à plusieurs reprises par les Drs M. _____ et F. _____, eux-mêmes spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le rapport SMR de la Dresse E. _____ reflète donc une approche pluridisciplinaire du cas qui lui a été soumis et tient également compte des diagnostics et limitations fonctionnelles – qu'elle ne contredit d'ailleurs pas – décrits par ses confrères spécialistes en orthopédie. Le grief soulevé par le recourant sur le choix du domaine de spécialisation dont relève l'expertise ne résiste donc pas à la critique et n'est pas susceptible de mettre à mal les conclusions de la médecin du SMR. Il en va de même des doutes, qui ne reposent sur aucun fondement objectif, émis par le recourant sur l'état actuel des connaissances de cette dernière en raison du fait qu'elle a obtenu son diplôme il y a plus de 40 ans et qu'elle a déjà certainement atteint d'âge de l'AVS. En outre, la Dresse E. _____ a procédé à un examen personnel de l'assuré dont

elle a retranscrit l'anamnèse et les plaintes. Enfin, ses conclusions sont claires et motivées. En particulier, elle décrit les limitations fonctionnelles dont est affecté l'assuré et moyennant le respect desquelles une capacité de travail de 80% peut être retenue dans une activité adaptée. Au demeurant, on ne saurait exiger de la Dresse E. _____ qu'elle discutât de chacun des rapports, en partie divergents, de certains de ses confrères qu'elle cite, dont ceux du Dr F. _____. Le rapport de la Dresse E. _____ s'inscrit ainsi dans la continuité de ceux du Dr L. _____, spécialiste en anesthésiologie, lui aussi médecin auprès du SMR, selon qui "une aggravation de l'état de santé de nature à modifier l'exigibilité médicale dans une activité adaptée n'est ni avérée ni rendue plausible par les nouvelles pièces médicales" (rapport SMR du 11 mai 2016, dossier AI, pièce 170) et "il n'y a pas de fait médical nouveau de nature à modifier les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicales définies dans la décision du 16.01.2014, confirmée par arrêt du TC du 02.02.2016" (cf. rapport SMR du 11 juillet 2016, dossier AI, pièce 177). Dès lors, au vu de ce qui précède, on peut lui accorder pleine valeur probante. 6.2.2.3. A côté de cela, aucune nouvelle autre pièce médicale figurant au dossier, émanant d'un médecin traitant, généraliste ou spécialiste, n'est susceptible d'infirmes les conclusions de la Dresse E. _____. En particulier, dans son rapport du 20 avril 2016 (cf. dossier AI, pièce 163), le Dr P. _____, spécialiste en neurologie, estime que "le problème orthopédique du MIG et ce canal lombaire étroit

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 récemment diagnostiqué constituent un handicap fonctionnel important dans sa vie quotidienne et bien sûr professionnelle et une incapacité de travail de 60%, voire plus, comme vendeur- magasinier me paraît tout à fait justifiée". Cela étant, il ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité raisonnablement exigible, ce qui n'est plus le cas du métier de vendeur- magasinier. Pour sa part, dans son rapport du 6 juin 2016 (cf. dossier AI, pièce 174), le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale, expose que "la situation médicale de [son patient] l'empêche clairement d'exercer une activité professionnelle différente de celle qu'il effectue ce jour. (...) ce patient fait tout ce qui est en son pouvoir pour donner satisfaction à son employeur malgré le lourd handicap. Sur le plan purement médical, il ne voit pas de solution pour qu'il puisse exercer une quelconque autre activité supérieure à 30% ". Cette opinion peu étayée du Dr N. _____ ne saurait en soi invalider le travail conséquent de la Dresse E. _____, d'autant moins qu'il a pris fait et cause pour son patient (cf. notamment lettres du Dr N. _____ du 30 septembre 2015 à l'OAI et du 18 janvier 2016 au Tribunal cantonal, dossier AI, pièces 134 et 142). Quant aux Drs F. _____ et G. _____, ils exposent certes, dans leur rapport du 4 août 2016 (cf. dossier AI, pièce 178), que "le patient travail à D. _____ à 40%. (...) La trouvaille d'un canal lombaire étroit à L2-S1 ne nécessite pour l'instant pas de prise en charge chirurgicale, le patient ne souffrant pas d'un tableau clinique clair d'une claudication neurogène. Cependant, les remaniements dégénératifs lombaires avancés participent certainement au tableau douloureux chronique de ce patient, exacerbés par un déséquilibre musculo-ligamentaire chronique dans le contexte de la boiterie et de l'asymétrie de la longueur des membres inf. Pour cette raison, nous estimons que sur le plan purement rachidien, une perte de rendement de 30% est justifiée et ceci quel que soit le travail réalisé. De manière plus large, en prenant en compte de la problématique du MIG, une perte de rendement d'au moins 50% devrait être accordée au patient". Il s'agit ici de relever que ces spécialistes laissent clairement entendre que les plaintes relayées du recourant tendent à s'exprimer dans un contexte douloureux chronique qui est relaté de longue date (cf. rapport du 15 mai 2003 du Dr O. _____, spécialiste en neurologie, et

rapport du 4 juin 2003 du Dr Q. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, dossier AI, pièces 61 et 163) et qu'aucun élément objectif réellement nouveau ne permet de penser qu'est ici attestée une véritable aggravation de l'état de santé physique à prendre en compte dans le cadre de cette nouvelle demande. Au final et par ailleurs, les Drs F. _____ et G. _____ estiment que, quel que soit le travail réalisé, une perte de rendement d'au moins 50% devrait être accordée à l'assuré. Or, on peine à saisir comment la capacité résiduelle de travail de ce dernier serait la même dans son activité (inadaptée) de vendeur-magasinier et dans une autre activité cette fois-ci adaptée à ses limitations fonctionnelles. 7. Ainsi, sur la base du rapport SMR du 16 janvier 2017, qui a pleine valeur probante et qu'aucun élément pertinent ne permet de remettre en cause, la Cour de céans retient que, au moment de la décision querellée du 6 juillet 2017, le status du membre inférieur gauche (cheville et pied gauches) était globalement superposable à celui tel qu'il était au moment de la précédente décision du 16 janvier 2014, mais qu'il existait une réelle aggravation au niveau du rachis objectivée à partir du mois d'avril 2016.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 Faisant sienne, à l'instar de l'OAI, les conclusions de la Dresse E. _____, la Cour retient que les limitations fonctionnelles dont est affecté l'assuré ne peuvent pas (ou plus) être respectées dans une activité de vendeur-magasinier, mais que ce dernier dispose d'une capacité de travail de 80% dès avril 2016 dans une activité adaptée à son handicap. Cette seule péjoration relative de 20% n'est, on va le voir ci-après, pas décisive en l'espèce. 7.1. S'agissant précisément de l'exigibilité d'une activité adaptée, l'allégation du recourant, selon laquelle toute recherche d'emploi dans une activité adaptée serait illusoire, doit – comme l'avait déjà expliqué la IIe Cour des assurances sociales dans son arrêt (608 2014 24) du 2 février 2016 – être rejeté. Il est précisé à cet effet que, âgé de 53 ans au moment de la décision querellée du 6 juillet 2017, le recourant n'avait pas encore atteint sa 55ème année à partir de laquelle la jurisprudence (cf. arrêt TF 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4) considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré. Et ce d'autant plus que, à compter de la précédente décision de refus du 16 janvier 2014, le recourant savait que, moyennant le soutien d'une aide au placement de l'OAI, il devait s'atteler de suite à chercher un nouvel emploi, comme le lui imposait son obligation de diminuer le dommage. Le fait qu'il a continué d'exercer à temps partiel une activité qu'il estime adaptée à ses limitations et qu'il peine à s'imaginer exercer une autre activité ne change donc rien à l'avis du médecin du SMR. En effet, s'il est vrai que les restrictions induites par les limitations fonctionnelles du recourant ou encore son absence de formation peuvent limiter dans une certaine mesure les possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait toutefois considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. Il n'est à tout le moins pas arbitraire ni contraire au droit fédéral d'affirmer que le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre important sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans formation particulière si ce n'est une mise au courant initiale (cf. arrêt 9C_67/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.2). Au surplus, la décision attaquée n'empêche pas le recourant de poursuivre son activité actuelle jusqu'à ce qu'il trouve une activité adaptée, à titre transitoire cependant, vu qu'il continue de l'exercer, de son propre gré, mais au détriment de sa santé. L'assurance-invalidité n'a toutefois pas vocation à couvrir la perte de gain de l'assuré durant cet intervalle. 7.2. Ainsi, il peut être exigé du recourant qu'il change d'activité professionnelle. Celui-ci ne conteste pas le calcul du degré d'invalidité, qui a été correctement établi par l'OAI. De ce fait, il peut réaliser dans une activité adaptée à 80% un

revenu égal ou supérieur à celui qu'il percevrait – sur une base de comparaison se référant au même taux d'activité de 80% – dans son poste de vendeur-magasinier à D._____, ce qui exclut le droit à une rente. Au demeurant, la Cour observe, à la lecture du dossier médical, que le matériel chirurgical implanté dans la cheville gauche se serait cassé et nécessiterait une nouvelle opération. Le recourant aurait cependant refusé de s'y soumettre. A cet effet, bien que l'on puisse comprendre l'inquiétude que représente la perspective d'une intervention chirurgicale en raison des risques qu'elle comporte, l'on peut quand même se demander si, en y renonçant, ce dernier n'a pas contrevenu à son obligation de diminuer le dommage. On peut en effet raisonnablement espérer d'un nouvel acte chirurgical qu'il permette d'améliorer l'état de sa cheville, voire sa capacité de travail, respectivement sa capacité de gain.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 8. A la lumière de ce qui précède, la Cour de céans constate que, depuis la décision du 16 janvier 2014, l'état de santé de l'assuré s'est certes quelque peu aggravé au niveau du rachis à partir du mois d'avril 2016, ce qui a eu pour effet de diminuer sa capacité de travail de 20% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dite diminution est attestée de manière convaincante par la Dresse E._____, comme démontré ci-avant. Ce changement, quel qu'il soit, n'a toutefois pas d'influence sur le degré d'invalidité, tel qu'il ressort du nouveau calcul du taux d'invalidité opéré par l'OAI, qui peut être ici confirmé. Il s'ensuit que les conditions d'une révision de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont en l'occurrence à l'évidence pas remplies. C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a, dans le cadre de l'examen de la dernière demande de prestations du 10 mars 2016, continué de nier le droit à la rente que revendiquait l'assuré pour la troisième fois consécutive. 9. 9.1. Les pièces médicales figurant au dossier ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait était établi de manière satisfaisante au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales (cf. arrêt TF 9C_189/2015 du 11 septembre 2015 consid. 5.1 et les références citées). C'est pourquoi, la cause étant déjà suffisamment instruite, il n'est pas nécessaire d'ordonner, comme requis par le recourant, des mesures d'instruction médicale supplémentaires sous la forme d'une expertise orthopédique. Au demeurant, on ne voit pas ce qu'une sur-expertise, qui ne serait en définitive autre qu'une second opinion, apporterait de plus. 9.2. Dans son mémoire du 11 septembre 2017 (p. 4-5, ch. 5), le recourant demande la tenue de débats publics "afin que l'autorité judiciaire puisse constater de ses propres yeux l'état de santé de l'assuré". Cette requête s'apparente bien plus, par sa motivation et sa finalité, à l'offre d'un moyen de preuve qu'à une véritable demande de débats publics au sens de l'art. 6 de la convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (convention européenne des droits de l'Homme, CEDH; RS 0.101). Y accéder contreviendrait à la procédure écrite. Dans ces circonstances, la demande dite de débats publics est rejetée. 10. Compte tenu de ce qui précède, le recours (605 2017 199) du 11 septembre 2017 doit être rejeté et la décision du 6 juillet 2017 confirmée. Le recourant qui succombe n'a pas droit à des dépens. 11. Reste à statuer sur la requête (605 2017 200) d'assistance judiciaire totale afférente à la présente procédure de recours.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 11.1. Selon l'art. 61 let. f LPGA, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti; lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 al. 1 du code fribourgeois 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 de ressources suffisantes

pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille. Selon l'al. 2 de cette disposition, l'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable. D'après l'art. 143 al. 2 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties. En vertu de l'art. 145 al. 3, 1ère phr. CPJA, la procédure relative à l'assistance judiciaire est gratuite. 11.2. En l'occurrence, l'indigence du recourant a déjà été constatée par le délégué à l'instruction en date du 19 septembre 2017. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir. En outre, il n'était pas possible d'affirmer que son recours paraissait d'emblée voué à l'échec pour un plaideur raisonnable. Enfin, on peut admettre que la difficulté de l'affaire justifiait l'assistance d'un avocat devant le Tribunal cantonal. 11.3. Dans ces circonstances, il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre de la procédure de recours (605 2017 199) introduite le 11 septembre 2017 et de lui désigner comme défenseur d'office son mandataire choisi. Au préalable, il sied de relever que seules les opérations relatives à la présente procédure de recours, à l'exclusion de celles antérieures à la décision attaquée du 6 juillet 2017 et qui ont trait à la procédure administrative menée devant l'OAI, seront indemnisées. 11.4. Compte tenu de la liste de frais déposée par Me Benoît Sansonnens le 8 avril 2018, il se justifie de fixer l'indemnité due à ce dernier en sa qualité de défenseur d'office à CHF 1'104.- d'honoraires, soit 368 minutes à 180 francs/heure (art. 12 al. 1bis du Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif/JA; RSF 150.12]). Les débours s'élèvent à CHF 176.70 (CHF 143.20 pour 358 photocopies, dont un tirage du dossier AI, à 40 centimes/pièce [art. 9 al. 2 Tarif/JA] + CHF 33.50 d'autres débours). Il faut encore y ajouter CHF 92.75 de TVA à 8% pour les opérations effectuées jusqu'au 31 décembre 2017 (8% de 1'159.45) et CHF 9.35 de TVA à 7.7% pour celles à partir du 1er janvier 2018 (7.7% de 121.25). L'indemnité s'élève ainsi à un montant total de CHF 1'382.80 (1'104 + 176.70 + 92.75 + 9.35) et est mise à la charge de l'Etat de Fribourg, sous réserve d'un retour ultérieur à meilleure fortune du requérant au sens de l'art. 145b al. 3 CPJA.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 Dite indemnité sera versée directement à Me Benoît Sansonnens. 11.5. La procédure étant onéreuse en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne seront toutefois pas prélevés vu l'assistance judiciaire totale qui lui est octroyée ce jour. la Cour arrête : I. Le recours (605 2017 199) est rejeté et la décision attaquée est confirmée. II. La requête (605 2017 200) d'assistance judiciaire totale est admise pour la procédure de recours (605 2017 199). Me Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg, est désigné défenseur d'office de A._____. III. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 1'104.- d'honoraires, plus 176.70 de débours, plus 92.75 au titre de la TVA à 8% et CHF 9.35 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 1'382.80, et est mise à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils ne sont toutefois pas prélevés dès lors que celui-ci est mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale. 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 24 mai 2019/avi Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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