

FR_GERICHTE 608 2017 122 vom 18. Dezember 2017

FR Kantonsgericht, 2017-12-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_122

FR: FR_GERICHTE 608 2017 122 du 18 décembre 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2017 122 del 18 dicembre 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 23

juin 2016, par décision du 7 avril 2017, l'OAI a rejeté la nouvelle demande déposée par son assuré au motif que son état de santé ne s'était pas aggravé. F. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Procap, interjette recours (608 2017 122) devant le Tribunal cantonal le 23 mai 2017, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. A l'appui de son recours, il se plaint du fait que l'OAI ait comparé la situation actuelle avec celle prévalant lors de la décision de "refus d'entrer en matière" du 23 mai 2013, alors qu'il aurait fallu remonter à celle du 21 septembre 2004. Dans ces circonstances, il relève que sa situation s'est modifiée avec une aggravation de ses problèmes de dos et l'ajout d'une problématique d'ordre psychiatrique. Parallèlement à son recours, par requête (608 2017 123) du même jour, le recourant demande à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle. Dans ses observations du 9 octobre 2017, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève que si la décision du 23 mai 2013 porte, de façon erronée, l'intitulé de "refus d'entrer en matière", il s'agit bien d'une décision fondée sur un examen matériel du droit à la rente. Cela étant, l'office soutient que les troubles somatiques et psychiques sont présents de manière inchangée depuis 2003 et que l'incapacité de travail est, en grande partie, liée à des difficultés d'ordre socio-économique. Il n'a pas été procédé à un autre échange d'écritures. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes – et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). 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 citées; cf. également 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 également 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). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Par contre, 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 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). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). c) 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 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 3. Pour pouvoir décider, 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). 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). c) Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont 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'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent 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, 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 (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a 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).

4. 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. Le point de départ temporel pour résoudre cette question 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. Dans sa décision du 23 mai 2013, l'OAI soutient que le recourant "n'a pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision [mais qu'il s'agissait] d'une appréciation différente d'un même état de fait". En outre, l'office considère qu'une "activité légère [est] exigible, soit par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère [...] avec un horaire de 100% et une diminution de rendement d'au maximum 20%" (dossier OAI, p. 247). Par communication séparée du même jour, il a reconnu le droit de l'assuré à une aide au placement (dossier OAI, p. 245). Avant de rendre cette décision, l'OAI a jugé nécessaire de procéder à une instruction médicale et a requis, à différentes reprises, les avis médicaux des médecins du recourant (dossier OAI, p. 252, 267, 268), avis qu'il a soumis au Dr F. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, pour appréciation (dossier OAI, p. 250). L'Office ne s'est en outre pas contenté d'une instruction purement médicale, mais a également approfondi l'aspect économique de la situation. Il s'est ainsi également informé auprès de l'ancien employeur du recourant (dossier OAI, p. 260) et s'est vu remettre un extrait du compte individuel (dossier OAI, p. 257). Force est dès lors de constater que l'OAI a procédé à un examen matériel de la question de savoir si les conditions d'octroi de prestations étaient en l'occurrence remplies. Au demeurant, l'on

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 relèvera à cet égard que, dans la décision du 23 mai 2013, l'OAI a pris en compte une diminution de rendement de 20%, contrairement à ce qui avait été précédemment reconnu dans le refus initial du 21 septembre 2004 (cf. dossier OAI, p. 308). La Cour retient dès lors que la décision du 23 mai 2013 constitue le point de départ temporel. Par conséquent, il s'agit dès lors de comparer ici les faits qui prévalaient au moment de la décision attaquée avec ceux prévalant lors du refus de rente du 23 mai 2013.

5. Dans sa troisième demande de prestations du 27 janvier 2015, dans ses différents courriers et dans son mémoire de recours du 24 mai 2017, le recourant soutient que son état de santé s'est péjoré tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Il se réfère en cela à l'avis de ses médecins traitants. a) Sur le plan somatique, lors du refus du 23 mai 2013, le Dr G. _____, généraliste, diagnostiquait une "maladie [de] Scheuermann" (depuis une date indéterminée) et une "discopathie lombaire L4-L5 et L5-S1 droite avec hernie discale"

(depuis 2012). Selon lui, ces troubles empêchaient son patient de travailler dans son ancien emploi, mais il possédait une capacité de travail de l'ordre de 50-60%, respectivement de 4 heures par jour, dans une activité adaptée. Celle-ci devait être une activité sédentaire sans port de charges, exercé en position assise ou permettant l'alternance des positions. Cette activité ne devait en outre pas nécessiter de se pencher, de travailler avec les bras en-dessus de la tête, en position accroupie ou à genoux ainsi que de monter des escaliers, sur des échelles et des échafaudages (rapports des 8 janvier 2013 et 10 décembre 2012). Dans ses rapports plus récents, le Dr G._____ fait certes mention de l'accident du

E. 28

septembre 2013, mais la perte de rendement est désormais estimée entre 10 et 30% dans une activité adaptée (rapports des 19 décembre 2013, 4 mai 2015 et 4 avril 2016, dossier OAI p. 86, 121 et 199). En substance, cette activité ne doit pas imposer les "conditions suivantes: position debout, assise, accroupie, froid, travail sur des échelles, terrains dénivelés, port de poids de plus de 5 kg" (certificat du 24 septembre, dossier OAI, p. 207; cf. ég. OAI p. 86, 121 et 199). La comparaison des rapports du généraliste force au constat que celui-ci n'atteste pas d'une péjoration de l'état de santé de son patient, mais d'une amélioration, entre 2013 et 2017. b) Pour sa part, en 2013, le Dr H._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, affirmait que son patient souffrait d'un épisode de lumbago associé à un syndrome radiculaire irritatif L5 droit et à une protrusion distale L4-L5 droite. Il ne mentionnait pas l'existence d'une quelconque incapacité de travail en lien avec ces diagnostics (dossier OAI, p. 268). Suite à la troisième demande de prestations du 27 janvier 2015, le neurochirurgien atteste par contre que l'état de son patient s'est amélioré. Dans son rapport le plus récent, il souligne ainsi que "depuis la dernière consultation, l'évolution est favorable au niveau des douleurs dans les membres inférieurs", le patient se plaignant alors surtout "de lombalgies basses qui sont soulagées par le repos et la position couchée" (dossier OAI, p. 115, cf. ég. p. 105ss). Au vu de cette évolution, il a adressé son patient au Dr I._____, généraliste et spécialiste FMH en anesthésiologie. Celui-ci diagnostique un "syndrome lombo-vertébral chronique avec syndrome facettaire lombaire depuis 2006" et une "dépression modérée et traitée". S'il admet que la capacité de travail est nulle

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 dans l'ancienne activité, il estime que son patient est en mesure de reprendre une activité avec un moindre effort physique. Dans un premier temps, l'anesthésiologiste refuse de quantifier la capacité de travail dans une activité adaptée dès lors que "la composante psychique de l'incapacité actuelle est importante également" (rapport du 8 juillet 2015, dossier OAI, p. 95). Ultérieurement, suite à une dénévation, il estime que son patient possède une capacité de travail réduite à 4h dans une activité adaptée (rapports des 21 avril et 5 août 2016, dossier OAI, p. 35 et 80). Cela étant, si l'avis du Dr I._____ se distingue de celui du Dr H._____ s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, l'anesthésiologiste soutient en même temps que "depuis 2005, le patient présente des douleurs lombaires chroniques [et] depuis 2012, la situation s'est décompensée avec des douleurs intenses. Ces douleurs lombo-vertébrales se sont compliquées d'une dépression et d'une perte pondérale très importante" (dossier OAI, p. 35). Ainsi, si le Dr I._____ atteste d'une incapacité de travail importante, force est de constater que celle-ci est à ses yeux présente, à tout le moins, depuis 2012. Mis en lien, les rapports des Drs I._____ et H._____ ne rendent pas vraisemblable l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis 2013. c) Sur le plan psychique, le psychiatre du recourant, le Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, diagnostique un "personality

disorder, unspecified" (F60.9), un "persistant somatoform pain disorder" (F45.4) et un "moderate depressive episode" (F32.1). Le psychiatre estime qu'en raison de ces diagnostics, qui existent, à sa connaissance, depuis le début des consultations en juin 2015, le recourant n'est pas apte à réintégrer le marché du travail mais qu'il serait intéressant de lui proposer une réinsertion (rapport du 16 novembre 2016, dossier OAI, p. 27). Toutefois, cette problématique psychiatrique n'est pas récente, quand bien même elle ne fait l'objet d'un suivi par un psychiatre que depuis récemment. On relèvera à cet égard que le psychiatre mentionne certes des diagnostics nouveaux – tel que ceux de trouble somatoforme et de dépression moyenne – mais rattache leur origine dans le passé. Il relève ainsi notamment que l'assuré "souffre de symptômes anxio-dépressifs en lien avec sa situation médicale et socio-professionnelle [...]" précisant qu'il a "des plaintes depuis environ 10 ans au niveau de son dos [et] ne travaille plus depuis environ 3 ans [...]". Ainsi, le diagnostic posé est nouveau, mais l'atteinte préexistait depuis de nombreuses années. En outre, dans son rapport du 18 février 2003, le Dr K. _____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, relevait déjà que le recourant prenait du "Xanax à raison d'un comprimé le matin car il se sent[ait] déprimé, voire dépressif" (dossier OAI, p. 420; cf. ég. p. 375). Pour sa part, le Dr L. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, notait en outre "une perte pondérale de 5 à 6kg" en deux mois et indiquait qu'il serait vu par une psychologue (rapport du 15 mars 2002, dossier OAI, p. 396). Quant à la Dresse M. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, elle indiquait que le recourant mentionnait "un état dépressif [...]" pour lequel il prend depuis au moins une année du Flox[y]fral 1 cpr le soir et du Xanax 0.5 mg 2 cpr/jour". Elle précisait aussi qu'il "sembl[ait] souffrir de troubles thymiques à l'origine d'un traitement médicamenteux" (rapport du 10 mai 2004, dossier OAI, p. 323). En outre, dans ses rapports postérieurs à la deuxième demande du 16 octobre 2012, le

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Dr G. _____ diagnostiquait une "dépression" présente depuis 2007 ainsi que la prise de Xanax 0.5 et de Floxyfral 100 (rapport du 8 janvier 2013, dossier OAI, p. 252). Enfin, le Dr I. _____ atteste de l'influence de "la composante psychique" sur la capacité de travail de son patient. Cette problématique, qu'il qualifie de "dépression modérée et traité", nécessite la prise de Xanax 0.5 (3 fois par jour) et de Floxyfral 100 (une fois par jour) (dossier OAI, p. 35, 80 et 95). Le seul suivi – récent – ne permet pas de conclure à l'existence d'une péjoration de l'état de santé sur le plan psychique. d) Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le dossier ne permet pas de conclure que l'état de santé de l'assuré se soit péjoré depuis la décision du 23 mai 2013. Mal fondé, le recours (608 2017 122) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 6. Le recourant requiert (608 2017 123) le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite partielle dans la procédure de recours (608 2017 122). a) En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. Sur le plan cantonal, selon l'art. 142 al. 1 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 de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). b) En l'espèce, il y a lieu d'admettre que le recours contre la décision du 7 avril 2017 ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec. Par

ailleurs, le recourant est soutenu par le Service de l'aide sociale de sa commune de domicile. Dans ces circonstances et sans de plus amples démonstrations, la condition de l'indigence est en l'occurrence vraisemblablement remplie. Il convient ainsi de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite partielle dans le cadre de la procédure de recours. 7. Le recours (608 2017 122), mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Pour sa part, la requête (608 2017 123) d'assistance judiciaire gratuite partielle est admise. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant mais ne sont, pour cette dernière raison, pas exigés de lui. 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 122) est rejeté. II. La requête (608 2017 123) d'assistance judiciaire gratuite partielle est admise. III. Les frais de procédure sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant; ils ne sont pas exigés en raison de l'assistance judiciaire partielle octroyée. IV. Il n'est pas octroyé de dépens. 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 18 décembre 2017/pte Président Greffier

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