

# FR\_GERICHTE 605 2013 163 vom 17. September 2015

FR Kantonsgericht, 2015-09-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2013\\_163](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_163)

FR: FR\_GERICHTE 605 2013 163 du 17 septembre 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2013 163 del 17 settembre 2015

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 26

juillet 2012 en début de matinée, sur proposition du Dr G.\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie-psychothérapie, a révélé un taux d'alcoolémie de 0.2 ‰. D. Le 11 mai 2010, le médecin traitant a recommandé à l'Office AI de permettre à son patient de débiter les mesures de réadaptation conseillées par les experts du COMAI au mois de septembre 2010, afin de lui permettre de mener des examens complémentaires en lien avec une symptomatologie évocatrice d'une claudication neurogène. Le 18 mai 2010, le Dr H.\_\_\_\_\_, FMH en neurochirurgie, a indiqué au Dr F.\_\_\_\_\_ que A.\_\_\_\_\_ présentait probablement une claudication neurogène sur un canal lombaire étroit dégénératif L4-L5, majoré par une hernie discale paramédiane. Il a dès lors recommandé un geste neurochirurgical, afin de diminuer les lombo-sciatiques. Au vu des réticences de l'assuré, il a été convenu d'examiner ultérieurement la nécessité d'une telle opération. Le 27 septembre 2010, A.\_\_\_\_\_ a débuté un stage de treize semaines auprès du centre d'intégration socioprofessionnelle (ci-après: CIS). Il a été invité à s'y présenter deux heures par jour, du 27 septembre au 8 novembre 2010, puis trois heures par jour, du 9 novembre 2010 au 3 décembre 2010, et, enfin, quatre heures par jour, du 6 décembre 2010 au 26 décembre 2010. Il y a effectué du classement de petit matériel, en collaboration avec un autre stagiaire, du câblage simple de fils électriques, du câblage de fils sur tableau électrique, le démontage et remontage d'un compteur électrique, l'usinage simple de petites pièces en bois, sur petites machines en bois, l'assemblage de petits éléments pour l'industrie électrique, le traitement de surface au pistolet, sur de petites pièces en bois, la fabrication d'un mobile en cuivre et métal, avec assemblage par brasage doux, et la fabrication d'un damier en bois, avec revêtement de peinture. Le 7 janvier 2011, au terme du stage, I.\_\_\_\_\_, directrice du CIS, et J.\_\_\_\_\_, maître socioprofessionnel, ont relevé qu'il leur semblait indiqué de continuer le processus de réinsertion et de passer à une mesure d'entraînement progressif au travail. Le 15 décembre 2010, sur la base d'une IRM lombaire réalisée le 14 septembre 2010, le Dr K.\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assuré présentait une grande herniation discale au niveau L4 et L5, en contact avec les racines des deux côtés et comprimant surtout le côté droit. Vu l'importance des douleurs, il a recommandé une intervention chirurgicale en vue d'une décompression L4-L5 et cure de hernie discale L4-L5, à droite. L'opération s'est tenue le 7 janvier 2011. L'évolution a été dans un premier temps assez favorable, puis l'assuré a fait état de la réapparition de sciatalgies importantes avec déficit sensitif. Il a en particulier insisté, le 10 mars 2011, sur la persistance de douleurs au niveau de la jambe droite (territoire L5), ainsi

que sur l'apparition d'une minime faiblesse de la dorso- flexion du pied droit. Une nouvelle IRM a révélé une récurrence de hernie discale avec un disque dégénéré et une sténose canalaire dégénérative. Il a dès lors été convenu de procéder, le 25 mars 2011, à une cure de récurrence de hernie discale L4-L5, à droite, et la mise en place d'une membrane de type « Barricaid » pour atténuer les risques d'une deuxième récurrence. A la suite des complications intervenues lors de cette deuxième opération, A. \_\_\_\_\_ a été admis aux soins intensifs de l'hôpital L. \_\_\_\_\_ pour un œdème laryngé consécutif à un « decubitus ventral » lors de la cure. Il y est resté jusqu'au 28 mars 2011. Il a ensuite pu être extubé et transféré à la clinique de chirurgie orthopédique de l'hôpital L. \_\_\_\_\_. En raison d'un syndrome de sevrage éthylique, une sédation y a également été instaurée. Malgré un alitement complet de cinq jours, la plaie opératoire a continué à présenter un écoulement important de

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 liquide céphalo-rachidien (LCR), raison pour laquelle une révision chirurgicale a été réalisée le 1er avril 2011. Après cette troisième opération, le patient a pu retourner à son domicile le 8 avril 2011. Trois jours plus tard, le 11 avril 2011, il a consulté le service des urgences de l'hôpital L. \_\_\_\_\_, en raison d'une rétention urinaire. Le 29 avril 2011, la cheffe de la clinique de chirurgie de l'hôpital L. \_\_\_\_\_, la Dresse M. \_\_\_\_\_, FMH en chirurgie, s'est aperçue que cet épisode de rétention urinaire avait fait sortir deux hernies inguinales directes bilatérales symptomatiques non-incarcérées (environ 7 centimètres à gauche et 5 centimètres à droite) et a recommandé une quatrième intervention chirurgicale. Le 11 mai 2011, la Dresse N. \_\_\_\_\_, FMH en chirurgie, a procédé à la cure bilatérale des deux hernies, selon la procédure Lichtenstein (avec filet Progrid). L'opération s'est déroulée sans complications et les suites post-opératoires ont été simples, permettant un retour à domicile le 15 mai 2011. Le 25 mai 2011, lors du suivi postopératoire, le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé que le traitement appliqué a montré de bons effets et que les douleurs ont pratiquement disparu. Il a en outre prescrit à l'assuré des séances de physiothérapie avec renforcement musculaire du tibialis anterior et Compex (manque de force au pied droit et hyposensibilité au niveau L4, en flexion dorsale, dans le territoire L5, à droite). E. Le 25 août 2011, lors d'un entretien avec un conseiller de l'Office AI, l'assuré s'est dit prêt à reprendre les mesures de réadaptation professionnelle. L'Office AI a dès lors pris à sa charge un entraînement à l'endurance du 14 novembre 2011 au 19 février 2012 (deux heures par jour, du 14 novembre 2011 au 5 janvier 2012, trois heures par jour, du 5 janvier 2012 au 15 janvier 2012, et quatre heures par jour, du 16 janvier 2012 au 19 février 2012), auprès du CIS. L'assuré y a réalisé du taraudage manuel de petites tiges métalliques, du ponçage manuel de petites pièces en bois, le nettoyage et dégraissage d'une machine-outil de mécanique, l'usinage de rondelles en bois reconstitué sur un petit tour mécanique, le montage final de petits éléments en bois reconstitué, les nettoyages généraux de fin d'année, l'assemblage de petits éléments pour l'industrie électrique et la préparation de petits éléments pour l'industrie électrique. Au terme de ce stage, I. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ ont relevé la très bonne collaboration de l'assuré, tout au long du stage, et souligné qu'il est un bon exécutant. Ils ont estimé qu'il n'est néanmoins pas judicieux, au vu de sa situation de santé qui ne s'est pas améliorée et de ses nombreuses absences, qu'il continue ce processus de réinsertion. Bien que le rendement n'ait pas été un objectif de ce stage, ils estiment en particulier qu'une nouvelle mesure de réinsertion ne permettrait pas d'améliorer une capacité de travail très faible (inférieure à 20 %, avec un rendement de 30 à 25 % pour un taux de présence de 50 %) et qui s'explique par une gestuelle lente, entrecoupée de quelques brefs arrêts à la place de travail. A cet égard, ils relèvent qu'il a en outre déclaré durant le stage avoir des douleurs et gênes constants,

principalement liés à ses problèmes dorsaux et d'hernie inguinale. Il s'est également plaint de problèmes respiratoires, a présenté des rictus de douleurs à sa place de travail et des problèmes d'élocution qui leur semble être un facteur limitant considérablement ses possibilités de réinsertion. Le 23 mai 2012, au vu du rapport de stage, l'Office AI a ordonné une expertise bidisciplinaire complémentaire (ortho-psychiatrique) et l'a confiée au Dr O.\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie orthopédique, et au Dr G.\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le 23 août 2012, après un entretien de synthèse, le Dr O.\_\_\_\_\_ et le Dr G.\_\_\_\_\_ ont considéré que A.\_\_\_\_\_ ne souffre pas d'une maladie psychiatrique incapacitante, qu'il présente des lombosciatalgies, à droite, sur status après interventions chirurgicales et souffre, sans répercussion sur sa capacité de travail, d'un status après une cure chirurgicale bilatérale de hernie inguinale en mai 2011 (Z 98.8). Les médecins soulignent qu'il n'y a en particulier aucune explication médicale à ses plaintes actuelles relatives à ses précédentes hernies inguinales. Le

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 status local est absolument calme et normal. Au cabinet du Dr O.\_\_\_\_\_, l'assuré s'est d'ailleurs déplacé sans boiterie et sans canne. Ils considèrent que sa situation médicale s'est dès lors stabilisée depuis la dernière opération chirurgicale de mai 2011. En ne prenant en considération que la pathologie orthopédique et l'absence de toute maladie psychiatrique incapacitante, les limitations à respecter sont les mesures d'épargne vertébrale habituelles : alternance de posture assis-debout, pas de port de charges au-delà de 10 kg, périmètre de marche de 30 minutes et pas de travaux lourds ou en porte-à-faux. Dans une activité adaptée respectant ces limitations, ils estiment qu'une capacité de travail de 80 % est exigible. Sur le plan psychiatrique, sa capacité de travail est entière (100 %). L'abstinence à l'alcool reste néanmoins souhaitable, avant le début de toute mesure de réinsertion qui semble autrement vouée à l'échec. L'assuré présente en effet, sans répercussion sur sa capacité de travail, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 10.25), existant depuis au moins 1999. Au terme de l'expertise, le Dr O.\_\_\_\_\_ a précisé que l'examen n'a pas porté sur d'éventuelles limitations d'ordre général, sur lesquelles le médecin traitant est mieux à même d'apporter un complément d'information. Le 18 septembre 2012, à l'invitation de l'Office AI, le Dr O.\_\_\_\_\_ a précisé que la capacité de travail de 80 %, d'un point de vue purement médico-théorique, est exigible depuis fin septembre 2011, soit six mois après l'intervention chirurgicale du 25 mars 2011. Il ne lui est en revanche pas possible de se prononcer sur la période antérieure et il recommande de se référer à la précédente expertise pluridisciplinaire dont il souligne qu'elle avait retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée (hors éléments psychiatriques niés par le Dr G.\_\_\_\_\_). F. Le 27 mars 2013, après avoir fait siennes les constatations médicales de l'expertise bidisciplinaire, l'Office AI a communiqué à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité. Il lui a reconnu une capacité de travail à 80 % dans une activité adaptée de type légère, sans diminution de rendement, ainsi qu'une incapacité de travail totale pour toute activité lucrative, entre le 26 décembre 2010 (terme du deuxième stage) et fin septembre 2010 (six mois après l'opération du 25 mars 2011). L'Office AI a ensuite retenu qu'il pourrait toucher un revenu de 61'164 fr. 60 (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA 1, secteur total 10, niveau de qualification 4) dans une activité dans l'industrie légère. Avec une capacité de travail de 80 % et une réduction de 10 % au titre de désavantage salarial, il en a déduit un degré d'invalidité de 28 % (20 % + 0.1 x 80 %), soit un taux ne donnant pas droit à une rente de l'assurance-invalidité (inférieur à 40 %). Par décision séparée du même jour, l'Office AI a octroyé à l'assuré une aide au placement, afin

de l'aider à trouver un poste de travail dans une activité adaptée. Le 2 mai 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son curateur, s'est opposé au projet de décision et a souhaité que l'Office AI prenne mieux en compte le résultat des examens et des observations approfondies menés durant ses deux stages au CIS. Par décision du 24 juin 2013, l'Office AI s'est référé à son projet de décision du 27 mars 2013 et a refusé d'allouer une rente de l'assurance-invalidité à l'assuré. Il a précisé à cette occasion que le rapport du CIS fait état des observations faites lors d'un stage d'évaluation et non de ce que l'on peut médicalement exiger d'un assuré, d'un point de vue objectif, en termes de capacité de travail. G. Le 28 août 2013, représenté par Me Nicolas Charrière, l'assuré a déposé un recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du canton de Fribourg. Il conclut, sous suite de frais et d'une équitable indemnité, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 entière de l'assurance-invalidité, avec effet au 1er janvier 2003, subsidiairement au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour la reprise de l'instruction et nouvelle décision. Il requiert l'octroi de l'assistance judiciaire totale, la tenue de débats publics, précédés de son audition, ainsi que l'interrogatoire, comme témoins, de P. \_\_\_\_\_, son assistante sociale, et de Q. \_\_\_\_\_, le maître socioprofessionnel qui l'a suivi durant ses deux stages au CIS. Le 3 octobre 2013, le délégué à l'instruction de la cause a admis la requête d'assistance judiciaire gratuite totale formée par le recourant (605 2013 164) et a désigné Me Nicolas Charrière, avocat, défenseur d'office. Les 29 novembre 2013, 14 juillet 2014 et 19 septembre 2014, dans le cadre de trois échanges d'écritures successifs, l'Office AI (l'Office intimé) conclut au rejet du recours. A ces occasions, l'Office intimé souligne que les données médicales doivent prévaloir sur les facteurs psychosociaux et socioculturels mis en évidence lors de l'évaluation socioprofessionnelle. Les 12 mai 2014, 19 août 2014 et 2 octobre 2014, le recourant a maintenu ses conclusions et ses différentes requêtes de preuves. Il met par ailleurs en avant qu'il sera prochainement hospitalisé pour des problèmes respiratoires et qu'il a pris près de 32 kg depuis le mois de novembre 2013. Le 30 octobre 2014, le fonds de prévoyance LPP du recourant, à qui la décision attaquée avait été notifiée, a précisé que la police de libre passage a été résiliée le 30 avril 2014 et qu'aucune rente d'invalidité n'y était incluse. Le 8 juin 2015, le recourant a produit le résultat d'une myélographie et myélo-CT lombaire fonctionnel suivi d'un myélo-CT conventionnel, réalisés le 18 mars 2015, et faisant état d'une compression durale et radiculaire L5 bilatérale, compatible avec une récurrence de hernie discale, chez un patient porteur de Barricaid L4-L5, et d'un status après laminectomie L5. Il présenterait de plus une arthrose facettaire bilatérale pluri-étagée, légère dans le segment L3-L4 et modérée dans les segments L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'une arthrose ilio-sacrée bilatérale. Ces documents ont été transmis à l'autorité intimée pour son information. Le 9 juillet 2015, le recourant a retiré sa requête tendant à la tenue de débats publics, après avoir pris acte que le délégué à l'instruction de la cause souhaitait les limiter aux plaidoiries. Les autres faits et arguments de la cause seront abordés, si nécessaire, dans les considérants en droit qui suivent.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 en droit 1. Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires, et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et représenté par un avocat, le recours est recevable. 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), est réputée

invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, ladite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon 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. b) En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3 ; TF, arrêt 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent 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 (RFJ 2009 p. 320). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 s. ; 125 V 261 consid. 4 et réf. cit.). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de faits allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; cf. également ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Enfin, l'autorité amenée à statuer peut légitimement renoncer à accomplir des actes complémentaires d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 qui lui sont encore proposées, elle a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (TRAUB, in : STEIGER-SACKMANN/MOSIMANN et al., *Recht der Sozialen Sicherheit*, Bâle 2014, n° 5.148 p. 222 et réf. cit.). 3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité dans le cadre d'une première demande de prestations. Dans ce cadre, le recourant se plaint d'une mauvaise appréciation des preuves, singulièrement des deux rapports de stages émis par le CIS, et affirme avoir droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis « 2003 ». Selon la jurisprudence, la date à laquelle la demande est déposée (art. 67 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; 831.201]) détermine le début du versement de la rente de l'assurance-invalidité mais non pas la naissance du droit qui peut fort bien être antérieure (ATF 117 V 26 ; 108 V 75 consid. 2a). C'est pourquoi le moment de la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité ne se confond pas avec le début du versement de cette prestation lorsque celui-ci est différé en

raison de la tardiveté de la demande. Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, le droit à la rente de l'assurance-invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. Partant, dès lors que le recourant a déposé sa demande de prestations le 29 septembre 2008, le versement d'une éventuelle rente de l'assurance-invalidité ne pourrait intervenir que six mois plus tard, soit à compter du 1er mars 2009 (art. 29 al. 1 et al. 3 LAI). Il est dès lors exclu d'entrer en matière sur des griefs – par ailleurs inconsistants – portant sur un versement antérieur. 4. A titre préalable, la Cour prend acte de ce que le recourant a renoncé le 9 juillet 2015 à requérir la tenue de débats publics. S'agissant de la tenue d'une audience d'instruction, au cours de laquelle le recourant, son assistante sociale et le maître socioprofessionnel, qui l'a observé durant ses deux stages au CIS, pourraient être interrogés, le recourant ne l'a pas invoquée en application du principe de la publicité des débats (cf. TF, arrêt 9C\_402/2010 du 21 février 2011 consid. 2.1). Sa requête tend bien plutôt à la fixation d'une séance d'instruction afin de permettre de compléter oralement la motivation de son recours et poser des questions complémentaires à ces personnes. A cet égard, la Cour rappelle qu'il appartient à un médecin de porter un jugement sur l'état de santé d'un assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4). La ratio legis veut que le juge, qui ne dispose pas de connaissances spécifiques dans le domaine médical, ne cherche pas à écarter ses doutes lui-même, fût-ce en se référant à la littérature spécialisée ou au témoignage de personnes qui ont côtoyé l'assuré, mais que confronté à de telles circonstances, il recourt à un spécialiste. Seules les données médicales permettent ainsi, sauf circonstances particulières, une appréciation objective du cas et elles l'emportent, selon la jurisprudence constante, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle (cf. TF, arrêt 8C\_214/2014 du 8 avril 2015 consid. 5.2 et réf. cit.). Ces dernières sont, en effet, en particulier susceptibles d'être influencées, comme le rappelle l'Office intimé, par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (cf. TF, arrêt 8C\_451/2012 du 28 mai 2013 consid. 4 et réf. cit.). Les informations recueillies par les organes d'observation professionnelle ont, par conséquent, pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement la mesure dans laquelle l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 Or, dans le cas présent, la Cour tient pour constant que le recourant a pu s'expliquer par écrit au cours des différents échanges d'écritures ordonnés, qu'il a pu produire l'ensemble des documents qui lui semblaient pertinents, le cas échéant en interpellant son médecin traitant, et qu'il ne conteste pas la pertinence, en tant que telle, des deux rapports d'expertise. A l'examen du dossier, relativement volumineux de l'assuré, la Cour estime qu'elle dispose de plus d'un dossier complet, comportant deux expertises, que les pièces médicales versées au dossier ne contiennent pas de divergences sensibles et elle observe, de surcroît, que l'expertise bidisciplinaire a été requise à la suite du second rapport de stage. Pour les raisons qui seront également exposés au considérant suivant, la cause est manifestement en état d'être jugée. Aussi, après une appréciation anticipée des moyens de preuve proposés par le recourant, la Cour considère qu'il n'y a pas lieu d'organiser une séance d'instruction ou de requérir des renseignements complémentaires par écrit. La requête y relative est par conséquent rejetée. 5. Invoquant une violation des principes jurisprudentiels sur la libre appréciation des preuves, le recourant reproche dans un unique

moyen, pour l'essentiel, à l'Office intimé d'avoir accordé une valeur insuffisante aux déclarations des intervenants du CIS, consignés dans les deux rapports de stage. Il estime que ceux-ci font état d'éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. a) Le recourant ne remet pas en cause les deux rapports d'expertise quant à leurs aspects formels. La Cour ne perçoit d'ailleurs aucun élément susceptible de remettre en cause leur contenu ou d'envisager la situation médicale de l'assuré selon une perspective différente de celle adoptée par les experts. Le recourant se contente d'ailleurs de superposer l'appréciation des membres du CIS aux observations médicales dûment motivées des experts et se limite à renvoyer aux deux rapports de stage. En procédant de la sorte, le recourant ne parvient toutefois pas à démontrer que l'expertise bidisciplinaire comporterait des contradictions manifestes (il ne le prétend du reste pas) ou ignorerait des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels, et explique encore moins en quoi le point de vue d'un maître socioprofessionnel ou de son assistante sociale serait objectivement mieux fondé que celui des experts ou justifierait – au travers des éléments qu'ils mettraient en évidence – la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'investigations médicales supplémentaires (cf. TF, arrêt 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2 et réf. cit.). Sur le plan formel, les deux expertises versées au dossier remplissent ainsi toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions de l'expertise bidisciplinaire résultent en particulier d'une analyse complète de la situation médicale du recourant – objective et subjective – portant aussi bien sur les aspects somatiques que psychiques des troubles allégués. Comme toute expertise, celle-ci contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques ainsi que, pour finir, une discussion générale du cas. Il est vrai que l'approche, fondée sur une analyse séparée de chaque entité diagnostique (orthopédique d'une part et psychiatrique d'autre part), a pour effet de compliquer sa compréhension. Les experts disposent néanmoins d'une large autonomie dans la manière de conduire leur expertise et de la présenter. Dans la mesure où le recourant n'évoque aucune erreur particulière concernant l'établissement de l'anamnèse, les plaintes rapportées ou le contenu des observations cliniques, il n'y a donc aucune raison d'écarter l'expertise bidisciplinaire du dossier pour des motifs formels.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 b) Cela étant précisé, il convient encore d'examiner les différents documents médicaux versés au dossier sous leur angle matériel. aa) Sur le plan psychiatrique, le recourant n'apporte aucun élément qui serait de nature à susciter un doute, même faible, quant au bien-fondé de l'expertise bidisciplinaire et de ses conclusions. Il perd en outre de vue que, là où le Dr G. \_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ou de symptômes régulièrement rencontrés au décours d'un sevrage alcoolique. Il faut d'ailleurs rappeler, à cet égard, que la dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi (cf. ATF 124 V 265 consid. 3c ; pour les détails, TF, arrêt 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.2). En l'occurrence, le Dr G. \_\_\_\_\_ a considéré que les symptômes présentés par le recourant au jour de l'expertise ne suffisaient pas à fonder un diagnostic psychiatrique. C'est de plus à raison que l'expert s'est concentré dans son analyse sur les troubles entravant la capacité de travail. Le recourant ne conteste pour le surplus pas les arguments de cet expert qui a écarté – de manière convaincante – la circonstance que le seul caractère chronique de la dépendance à l'alcool puisse justifier une

incapacité de travail pour une toxicomanie primaire (associée à la consommation d'alcool ; cf. rapport d'expertise bidisciplinaire, p. 13 i. f. ; cf. dossier AI, p. 319). En l'absence d'une maladie psychiatrique invalidante, il n'y a donc pas de limitations sur le plan psychique, mental ou social (cf. rapport d'expertise bidisciplinaire, p. 14 ; cf. dossier AI, p. 318). Il convient ainsi de corriger, sur ce point, l'appréciation psychiatrique de la Dresse E.\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il n'y a dès lors pas lieu de tenir compte de cet avis selon lequel l'assuré présenterait « une capacité de travail d'environ 50 à 60 %, et ceci depuis au moins 2003 » (cf. appréciation psychiatrique du 8 juillet 2009, p. 5). Par conséquent, la Cour retient que le recourant souffre, sur le plan psychiatrique, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 10.25), existant depuis au moins 1999. Ces troubles n'ont cependant aucune incidence sur sa capacité de travail (cf. rapport d'expertise bidisciplinaire, p. 14 ; cf. dossier AI, p. 318). Ils n'étaient donc pas susceptibles d'empêcher le recourant de rester inséré dans le monde ordinaire de l'emploi s'il n'avait pas abusé d'alcool. bb/a) Sur le plan somatique, la Cour observe que le Dr O.\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie orthopédique, a relevé dans un courrier adressé le 18 septembre 2012 à l'Office AI qu'une dégradation de l'état de santé de l'assuré est survenue en 2010, ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales entre janvier et mai 2011 (cf. dossier AI, pièce n° 333). L'expert souligne qu'il lui est « donc difficile de [s]e prononcer sur la période antérieure » auxdites opérations, mais rappelle – et ce point n'est pas contesté – que l'expertise pluridisciplinaire du 10 novembre 2009 « avait admis une capacité de travail entière dans une activité adaptée » (sur le plan somatique ; cf. dossier AI, pièce n° 333 précitée). Lors de l'expertise pluridisciplinaire de 2009, les experts ont retenu que les douleurs de l'assuré n'étaient pas « trop limitantes dans les actes de la vie quotidienne » et un travail léger, sans port de charges, pouvait être envisagé, adapté aux contraintes (cf. expertise pluridisciplinaire du 10 novembre 2009, p. 10 s. ; dossier AI, pièce n° 152). Sur le plan somatique, il présentait une

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 capacité de travail résiduelle dans une activité physiquement légère, à sporadiquement mi-lourde, et adaptée à ses limitations physiques (éviter la station debout prolongée, les sollicitations lourdes pour le dos, les mouvements en porte-à-faux du dos, les mouvements répétitifs en charge sur le dos, la charge du pied droit et la marche sur des terrains accidentés, monter à une échelle ou un échafaudage ou marcher dans le noir ; cf. expertise pluridisciplinaire, p. 12 ; dossier AI, pièce n° 150). Si l'on fait abstraction de l'avis du médecin-psychiatre, dont la Cour estime qu'il n'est pas convaincant pour les motifs exposés par le Dr G.\_\_\_\_\_ lors de l'expertise bidisciplinaire du 23 août 2012, le recourant présentait donc, au jour de l'expertise pluridisciplinaire, une capacité de travail entière dans une activité adaptée (cf. courrier précité du Dr O.\_\_\_\_\_ à l'Office AI du 18 septembre 2012 ; dossier AI, pièce n° 333). Il ressort ensuite du dossier que le Dr F.\_\_\_\_\_, FMH en médecine générale, a fait procéder à une IRM, le 14 septembre 2010, et que celle-ci a permis de déceler une « grande herniation discale au niveau L4 et L5 en contact avec les racines des deux côtés, comprimant surtout le côté droit » (cf. dossier AI, pièce n° 244), contrairement à la « petite hernie discale droite paramédiane L4-L5 » diagnostiquée le 28 mai 2009 (cf. expertise pluridisciplinaire du 10 novembre 2009). Malgré ses plaintes, le recourant a débuté un stage au CIS, le 27 septembre 2010, et aucun médecin ne prétend que cette grande herniation l'en aurait empêché. Il s'est d'ailleurs essentiellement absenté durant ce stage pour des problèmes dentaires. Puis, le 15 décembre 2010, le Dr K.\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, a estimé qu'il se justifiait de procéder à une opération chirurgicale à brève échéance (cf. dossier AI, pièce n° 244 précitée). Il est ainsi établi que le 26 décembre 2010, soit au terme du stage de treize semaines au cours duquel il a touché des indemnités journalières, le recourant a souffert d'une pleine incapacité de travail (son état nécessitant une opération chirurgicale à brève échéance). bb/b) Entre le 7 janvier 2011 et le 11 mai 2011, le recourant a subi plusieurs interventions chirurgicales. Depuis son retour à domicile, le 15 mai 2011, sa situation médicale s'est favorablement stabilisée et il a interrompu, de sa propre initiative, ses consultations postopératoires. Sur la base de l'avis documenté du Dr O. \_\_\_\_\_, la Cour retient que la situation médicale du recourant s'est par conséquent stabilisée, au plus tard, six mois après l'intervention du 15 mars 2011 (la plus invasive), soit au 30 septembre 2011. Le 25 août 2011, lors d'un entretien avec un conseiller de l'Office AI, l'assuré s'est d'ailleurs déclaré prêt à reprendre les mesures de réadaptation professionnelle, lesquelles ont débuté le 14 novembre 2011. Selon les conclusions convaincantes de l'expertise bidisciplinaire, sur le plan physique, la Cour retient que le recourant présente une dyspnée constante, avec tirage, toux et éructations, ainsi qu'une tachyarythmie, peut-être séquellaire d'un éthylysme chronique. Dans le domaine de l'appareil locomoteur, il souffre d'un syndrome lombaire avec insuffisance musculaire et limitations fonctionnelles modérées. Il n'y a pas de syndrome radiculaire déficitaire associé, mais des troubles diffus de la sensibilité sont mentionnés dans le membre inférieur droit. A l'IRM, le Dr O. \_\_\_\_\_ a trouvé une probable séquelle du patch musculo-fascial de la dure-mère. En ce qui concerne, enfin, les hernies inguinales, le status local est depuis les interventions absolument calme et normal. Dans cette mesure, la Cour retient qu'il n'existe pas de divergence significative entre les constatations du Dr O. \_\_\_\_\_ et les observations des intervenants du CIS. Ils ont tous observé que l'assuré présentait des plaintes. Cela étant, alors que les intervenants du CIS ont attiré l'attention

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 de l'Office intimé sur leur existence, le Dr O. \_\_\_\_\_ les a investiguées. Il a alors reconnu un syndrome lombaire avec insuffisance musculaire, des limitations fonctionnelles modérées et des troubles diffus de la sensibilité déclarés au membre inférieur droit. Néanmoins, l'expert a souligné de manière convaincante que, sur le plan orthopédique, les limitations à respecter étaient celles d'une épargne vertébrale habituelle (alternance de posture assis-debout, pas de port de charges au-delà de 10 kg et pas de travaux lourds et en porte-à-faux) et que, à condition de respecter ces limitations, le recourant pouvait déployer une capacité de travail de 80 %. En ce qui concerne plus particulièrement les hernies inguinales, il a par ailleurs relevé qu'il n'y avait aucune explication aux plaintes du recourant. Au cabinet, il se déplaçait d'ailleurs sans boiterie et sans canne. C'est au contraire l'aspect négligé du recourant, son état général réduit, un discours confus et son complet déconditionnement qui l'ont frappé. Dans ces circonstances, le choix de l'Office intimé de suivre les conclusions de l'expert quant aux répercussions des troubles orthopédiques du recourant sur sa capacité de travail relève de la libre appréciation des preuves et apparaît en tout point conforme à la valeur probante accordée par la jurisprudence à une expertise. Ainsi, confronté aux déclarations des intervenants du CIS, l'Office AI en a dûment tenu compte et a ordonné une expertise bidisciplinaire. Cela étant, le recourant ne cherche pas à démontrer au moyen d'une argumentation précise et étayée que les conclusions des experts seraient erronées, se limitant à soutenir que leur appréciation est théorique. En outre, il ne mentionne aucun élément de nature clinique ou diagnostique que ses médecins auraient mis en évidence et qui auraient été ignorés par les experts. On recherche d'ailleurs en vain, dans ces différents certificats, tout développement

susceptible d'étayer la démonstration que l'expertise bidisciplinaire serait entachée d'un vice, justifiant de remettre en cause ses conclusions. En procédant de la sorte, le recourant ne développe pas une argumentation propre à démontrer le caractère erroné des constatations des experts ou à établir, sur la base d'avis médicaux revêtant pleine valeur probante, l'existence de doutes quant à la fiabilité et la pertinence de leur appréciation médicale ou qui justifieraient la mise en œuvre d'une instruction complémentaire. Il y a donc lieu d'admettre que les données médicales, mises en lumière lors de l'expertise bidisciplinaire, l'emportent sur les constatations faites à l'occasion des deux stages au CIS (cf. TF, arrêt 8C\_214/2014 du 8 avril 2015 consid. 5.2 et réf. cit.). Par conséquent, la Cour retient que, sur le plan orthopédique, le recourant souffre depuis fin septembre 2011, avec répercussion sur sa capacité de travail, de lombosciatalgies droites sur status après trois interventions chirurgicales (7 janvier, 25 mars et 1er avril 2011). Il présente de plus, sans répercussion sur sa capacité de travail, un status après cure chirurgicale bilatérale de hernie inguinale en mai 2011 (Z 98.8). Dans une activité adaptée respectant ses limitations, il présente une capacité de travail de 80 % (cf. expertise bidisciplinaire, p. 11). cc) Sur le plan pulmonaire, enfin, l'expertise pluridisciplinaire de 2009 a mis en évidence que le recourant souffre d'une bronchopneumopathie chronique obstructive simple sur tabagisme actif, quasi sans répercussion sur la fonction pulmonaire, hormis quelques discrets troubles non significatifs (hyperinflation modérée à la radiographie du thorax et une hypoxémie légère à la gazométrie artérielle), et d'un syndrome de Osler-Rendu-Weber avec télangiectasie labiale, épistaxis et hippocratisme digital. Le bilan pneumologique n'a donc mis en évidence aucune invalidité médicale théorique significative à aucun niveau (cf. évaluation pneumologique du 29 juin 2009, p. 2) et aucun document médical versé au dossier ne permet de penser à une aggravation

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 de la situation depuis 2009. Le Dr R. \_\_\_\_\_, FMH en médecine interne et pneumologie, avait d'ailleurs également souligné que le cas du recourant présentait, à cet égard, une « allure franchement psycho-somatique » (cf. courrier du 3 mars 2009, p. 2 ; dossier AI, pièce n° 132). Par conséquent, se référant à l'expertise convaincante du Dr D. \_\_\_\_\_, FMH en pneumologie, et qui a conservé toute son actualité au moment déterminant pour l'examen de la cause, la Cour retient qu'il n'existe pas, au niveau pulmonaire, d'incapacité de travail ni de baisse de rendement dans l'activité antérieure ou dans une activité adaptée (cf. évaluation pneumologique du 29 juin 2009, p. 2 s.). A cet égard, l'on précisera encore que les faits survenus postérieurement à la clôture de la procédure de première instance et ayant modifié, le cas échéant, cette situation ne peuvent être pris en compte dans le présent arrêt. Si d'aventure, celui-ci devait estimer que dite aggravation peut influencer son droit à la rente, il lui appartient de s'adresser à cet effet à l'autorité intimée. c) Il s'ensuit que le recourant ne souffre pas d'une pathologie, physique ou psychique, portant incidence sur sa capacité de travail avant le 26 décembre 2010 ou qui empêcherait l'apprentissage d'une nouvelle activité professionnelle adaptée après le 30 septembre 2011. Dans l'intervalle, il a souffert d'une incapacité de travail d'une durée inférieure à une année et ne donnant donc pas droit à une rente de l'assurance-invalidité. Les experts ont de plus souligné qu'il est apte à s'adapter à un nouvel environnement professionnel, bien qu'il ait besoin d'un cadre soutenant pour maintenir une stabilité (cf. expertise pluridisciplinaire, p.13 s., pt. B.3 et C.1). Si l'activité de ferrailleur exercée précédemment est trop exigeante physiquement, il convient néanmoins de confirmer le point de vue de l'Office intimé, selon lequel il existe, sur le marché du travail, un éventail suffisamment large d'activités simples et légères, ne nécessitant aucune formation

particulière, dont on doit convenir qu'un nombre suffisant est adapté aux limitations du recourant, notamment dans l'industrie légère. Il s'agit en outre d'activités peu physiques et qui ne nécessitent aucun port de charges ou seulement, de manière occasionnelle, très légères. On rappellera, enfin, qu'il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait au recourant de retrouver un emploi. 6. Il convient encore d'évaluer l'invalidité du recourant. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide ; cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour fixer le revenu d'invalide du recourant, l'Office intimé s'est fondé, conformément à la jurisprudence (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1), sur les données économiques statistiques, singulièrement sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans l'industrie légère (tableau TA 1, secteur total 10, niveau 4 de qualification). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence admet la référence au groupe des tableaux « A », correspondant aux salaires bruts standardisés, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires ESS (cf. TF, I 194/06 du 28 septembre 2006 consid. 2.1). La valeur statistique – médiane – s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. TF, 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). b) En l'occurrence, l'Office AI a retenu que le recourant pouvait toucher, sans invalidité, un revenu de 61'164 fr. 60 (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA 1, secteur total 10, niveau de qualification 4) dans une activité de l'industrie légère. Au vu de sa précédente activité comme ferrailleur et les gains réalisés en 2003 (3'971 fr. 25 par mois ou 47'655 francs par année), ce revenu ne le pèjore aucunement. Il n'élève d'ailleurs aucun grief à cet égard. Avec une capacité de travail de 80 % et une réduction de 10 %, au titre de désavantage salarial, son taux d'invalidité de 28 % ( $20\% + 0.1 \times 80\%$ ) ne donne pas droit à une rente de l'assurance-invalidité (art. 28 al. 2 LAI). A cet égard, la Cour précisera que les difficultés éprouvées par le recourant pour marcher, ainsi que la nécessité d'alterner les positions assise et debout ne représentent pas des limitations fonctionnelles particulièrement importantes et l'impossibilité de porter de lourdes charges ne joue, en l'espèce, qu'un rôle mineur vu le type d'activité exigible (simple et légère). Quant à l'absence du marché du travail pendant plusieurs années, elle ne constitue pas un critère pertinent dans le présent contexte. Le recourant n'en disconvient d'ailleurs pas. La réduction de 10 %, au titre de désavantage salarial, apparaît ainsi conforme à la jurisprudence. 7. a) Compte tenu de l'ensemble des circonstances qui précèdent, il est constaté que le recourant n'a pas droit à une rente de l'assurance-invalidité. Le recours sera dès lors rejeté et la décision contestée confirmée. b) Vu l'issue du recours, il se justifie que le recourant supporte les frais de procédure. Ils sont fixés à 800 francs et mis entièrement à sa charge. Au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire au recourant, ces frais ne seront pas prélevés. c) Au vu de l'issue de la cause, le recourant n'a pas droit à des dépens. L'assistance judiciaire lui ayant été accordée,

le 3 octobre 2013, le défenseur d'office a droit à une indemnité. Au vu de la note de frais du 9 juillet 2015, produite par le mandataire (9'045 fr. 55, dont 428 fr. 85 de débours et 955 francs pour la correspondance), d'une indemnité horaire de 180 francs, ainsi que de la difficulté et de l'importance de l'affaire, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle celui-ci a droit à 5'952 fr. 85 (à savoir 27 heures et 58 minutes [ou 5'034 francs] pour la prise de connaissance du dossier, les entretiens avec le client et la rédaction des différents actes, un forfait de 500 fr. pour la correspondance et les communications téléphoniques nécessaires à la conduite de la procédure contentieuse [cf. art. 67 al. 1 du règlement du 30 novembre 2010 sur la justice [RJ, RSF 130.11] par analogie] et des débours de 418 fr. 85, étant précisé que seuls 10 francs, à titre de frais d'ouverture de dossier, peuvent être consentis), plus 476 fr. 20 au titre de la TVA à 8%. Cette indemnité de 6'429 fr. 05 (5'952 fr. 85, plus 476 fr. 20) est mise dans son intégralité à la charge de l'Etat de Fribourg. L'Office intimé et le fonds de prévoyance LPP du recourant, qui n'a par ailleurs déposé qu'une brève écriture, chargés de tâches de droit public, n'ont pas droit à des dépens.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Des frais de justice, d'un montant de 800 francs, sont mis à la charge du recourant. Au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire au recourant, le montant de 800 francs n'est toutefois pas prélevé. III. Une indemnité à titre d'honoraires de défenseur d'office de 6'429 fr. 05 (5'952 fr. 85, plus 476 fr. 20 au titre de la TVA) est allouée à Me Nicolas Charrière, avocat à Fribourg. Cette indemnité est intégralement mise à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 17 septembre 2015/ OBL Présidente Greffier-stagiaire

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