

# FR\_GERICHTE 605 2013 239 vom 24. August 2015

FR Kantonsgericht, 2015-08-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2013\\_239](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_239)

FR: FR\_GERICHTE 605 2013 239 du 24 août 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2013 239 del 24 agosto 2015

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 27

mars 2011, il a subi une agression à C.\_\_\_\_\_. L'agresseur lui a lancé une chaise et s'est ensuite saisi d'un couteau en tentant de le blesser, sans y parvenir. L'auteur sera condamné par ordonnance pénale du 28 août 2013. Suite à cette agression, l'assuré est mis en incapacité de travail dès le 1er avril 2011 par son médecin traitant. Selon ses propres dires, il travaillait alors en tant que "project manager" ou "ingénieur/cadre supérieur" auprès de la société D.\_\_\_\_\_ Sàrl pour un salaire mensuel brut allégué de CHF 8'125.-. Il s'agit d'une société dont il était l'unique associé gérant, en liquidation depuis septembre 2013, et dont la faillite date de septembre 2014. E.\_\_\_\_\_, auprès de laquelle il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles, a pris le cas en charge et a fait bénéficier son assuré d'indemnités journalières. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'assureur-accidents a requis des rapports médicaux des médecins traitants et a diligenté une expertise psychiatrique auprès du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 9 février 2012, le médecin mentionnait un "état de stress post traumatique de gravité légère" ainsi qu'un "éventuel trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, de gravité légère" comme diagnostics avec influence sur la capacité de travail. Il estimait que l'assuré était capable de travailler à "50% dès le 1er novembre 2011, et à 100% dès le 1er décembre 2011, ou par souci de gain de paix dès le 1er janvier 2012". Le 10 mai 2013, l'assureur-accidents a mis fin à ses prestations. B. Parallèlement à cette procédure, le 30 avril 2012, l'assuré a requis l'octroi de prestations de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), en raison du même stress post-traumatique. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'office a notamment requis des rapports des médecins traitants et du Service médical régional des offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR). Il a également diligenté une expertise auprès du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport date du 17 juillet 2013. Celui-ci pose le diagnostic de dysthymie, sans influence sur la capacité de travail qu'il considère entière dans toute activité dès le 1er janvier 2012. L'assuré a encore bénéficié d'un stage d'entraînement à l'endurance du 16 juillet au 21 octobre 2012 et d'un stage d'entraînement progressif du 22 octobre 2012 au 20 janvier 2013, tous deux réalisés auprès du H.\_\_\_\_\_. Lors de ces deux stages, l'assuré a obtenu des indemnités journalières. Dans son projet de décision du 20 août 2013, se référant au rapport d'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, l'OAI a considéré que l'assuré ne présente aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. A ce titre, il a rejeté la demande de prestations. Suite aux objections de l'assuré

du 19 septembre 2013, par décision du 9 octobre 2013, l'OAI a maintenu son refus de prester. C. Le 11 novembre 2013, contre cette décision, l'assuré, désormais représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat à C.\_\_\_\_\_, interjette recours devant le Tribunal cantonal concluant, avec

Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 suite de frais et dépens, à l'octroi de mesures socio-professionnelles et d'indemnités journalières d'attente ainsi qu'au renvoi du dossier à l'autorité intimée. A l'appui de ses conclusions, il se plaint d'abord de la longueur du processus de décision qu'il considère contraire au but de réinsertion tel que visé par la LAI. Il critique ensuite la valeur probante de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, lui faisant grief d'une durée de l'entretien insuffisante. Se fondant sur un rapport du SMR et sur l'avis de son médecin traitant, il allègue que de nouvelles mesures de réadaptation doivent être ordonnées pour une durée de six mois et, afin de ne pas le laisser dans une situation de précarité, le mettre au bénéfice d'indemnités journalières d'attente. Dans un mémoire du même jour, il sollicite d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale. Par décision du 13 décembre 2013, cette requête a été admise et Me Benoît Sansonnens nommé défenseur d'office. Dans ses observations du 20 février 2014, l'OAI conclut au rejet du recours. A l'appui de ses conclusions, il affirme dans un premier temps que le recourant se fait entretenir par les assurances sociales, qu'il a peu de transparence dans ses affaires – notamment sur son parcours professionnel qualifié de "bâti sur des contradictions et des informations pas forcément probantes ou du moins non démontrées jusqu'ici" –, qu'il ment sur l'agression dont il a été victime, qu'il ment à son médecin traitant et qu'il a la volonté de frauder les assurances. Ensuite, l'autorité intimée précise que le diagnostic de syndrome d'état de stress post-traumatique n'est pas invalidant et que l'assurance-invalidité n'a pas à répondre de facteurs socio-économiques. Finalement, elle est d'avis que l'instruction médicale du dossier est complète, les deux expertises figurant au dossier possédant une entière valeur probante. Dans une intervention spontanée du 11 mars 2014, se fondant sur l'extrait de son compte individuel, l'office souligne que le recourant n'a jamais, contrairement à ses dires, obtenu un salaire annuel de CHF 97'500.-. Dès lors que les indemnités journalières, octroyées durant les périodes de stages, avaient été calculées sur la base du montant déclaré par le recourant, il ajoute qu'une décision de restitution de la somme indûment perçue lui sera notifiée prochainement. Dans un second échange d'écritures, les parties campent sur leur position. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 Selon l'art. 28 al. 1 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 raisonnablement exigibles (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 invalide (art.

8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. Une incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année ne suffit pas à elle seule à créer un droit, mais doit pour cela être suivie d'une incapacité de gain au moins équivalente. Cela vaut pour tous les types de rente que définit la loi. Le degré moyen d'incapacité de travail pendant une année et l'incapacité de gain subsistant après la période d'attente doivent être cumulés et atteindre le degré minimum légal ouvrant droit à la rente (ATF 121 V 274 consid. 6b/cc; arrêt TF 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.1 et les références). Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente 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 18e anniversaire de l'assuré. Selon l'alinéa 3 de cette disposition, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. b) L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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'invalidité, 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). 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 (arrêt TF I 946/05 du 11 mai 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres références citées). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 346 consid. 5.3 et 6). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. 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). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (arrêt TF 9C\_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 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). Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4). Finalement, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donné alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; arrêts TF 9C\_428/2007 du 20 novembre 2007 consid. 4.3.2, 9C\_454/2008 du 27 février 2009 consid. 2.2, 9C\_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2). 3. En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'assuré peut prétendre à une rente de l'AI, laquelle dépend d'une appréciation médicale de son état de santé et, ici, plus précisément, de la valeur probante de l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et de celle du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et

psychothérapie, sur lesquelles s'est basée l'autorité intimée pour fonder son refus. Dans son expertise du 9 février 2012, le Dr F. \_\_\_\_\_ mentionne un "état de stress post traumatique de gravité légère" – dont la symptomatologie devrait s'amender de manière presque totale dans les six mois – ainsi qu'un "éventuel trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, de gravité légère" comme diagnostics avec influence sur la capacité de travail. Il considère encore que d'autres facteurs, tels que l'émotivité, la sensibilité et un litige assécurologique influencent son état de santé et son évolution, globalement favorable. Selon lui, il "n'y a pas d'éléments médicaux objectifs pour s'éloigner de l'appréciation du Dr. [I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie], qui estime que l'incapacité de travail est totale depuis le 27.03.2011. Nous pensons, au vu des éléments anamnestiques obtenus, que l'assuré bénéficiait probablement d'une capacité de travail entière le 10.06.2011, à son retour en Suisse, au 30.08.2011, date à laquelle il a bénéficié d'une incapacité de travail à 70% dès le 01.09.2011. On peut retenir une incapacité de travail à 50% pour des raisons accidentelles dès le 01.11.2011 et à 0% dès le 01.12.2011, au maximum le 01.01.2012" (cf. dossier OAI, pièce 100). Ces conclusions se fondent sur l'étude du dossier assécurologique ainsi qu'un entretien du 20 décembre 2011. Lors de cet entretien, l'expert a été en mesure de réaliser des tests d'hétéro- et d'autoévaluation, d'examiner personnellement l'assuré ainsi que de relever ses plaintes. En fixant une capacité de travail entière dès le 1er décembre 2011, au plus tard le 1er janvier 2012, l'expert a implicitement souligné qu'au moment de l'entretien, il considérait l'examiné entièrement apte à travailler. Pour ces motifs, bien que les difficultés existantes pour retracer le parcours scolaire et professionnel de l'assuré soient mentionnées, force est de constater que l'expertise se fonde sur des examens complets et une bonne connaissance de l'anamnèse. En outre, l'expert analyse de manière approfondie différents diagnostics et présente de manière motivée ses conclusions. La valeur probante de cette expertise a été confirmée par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, qui la considère comme complète, cohérente et bien motivée dans un rapport du 11 avril 2013 (dossier OAI, pièce 292). Les conclusions de l'expert sont, comme il le relève par ailleurs expressément, semblables à celles formulées par le psychiatre traitant de l'assuré, le Dr I. \_\_\_\_\_. Ce dernier concluait alors à une incapacité totale de travail en raison d'un état de stress post-traumatique (dossier OAI, pièces 3, 4, 9, 55, 58, 61 et 63). Si ce médecin faisait démarrer la période d'incapacité au 1er avril 2011 sans interruptions par la suite (rapport du 10 mai 2011, dossier OAI, pièce 55), l'expert relève l'absence d'élément objectif permettant de justifier une véritable incapacité de travail avant le 1er septembre 2011. Force est en effet de constater avec lui que l'assuré n'a pas consulté son psychiatre traitant du 7 juin au 2 septembre

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 2011, a tenté une reprise de travail dès juin 2011 (rapports des 10 mai et 5 octobre 2011, dossier OAI, pièces 55 et 57), a réalisé un voyage au K. \_\_\_\_\_ durant cette même période (rapport du 5 octobre 2011, dossier OAI, pièce 58; rapport du 10 octobre 2011 du Dr L. \_\_\_\_\_, généraliste au K. \_\_\_\_\_, dossier OAI, pièce 56) et a interrompu son traitement antidépresseur en novembre 2011 (rapport du 14 novembre 2011, dossier OAI, pièce 61). Partant, on doit admettre que son incapacité de travail n'a débuté qu'en septembre 2011. Cela étant, soulignons par ailleurs que, d'après la doctrine médicale, l'état de stress post-traumatique se manifeste souvent en décalage avec l'événement traumatique subi, ce qui pourrait également confirmer l'absence d'incapacité de travail avant l'automne 2011. Dans la seconde expertise du 17 juillet 2013, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ne retient pas la présence de

diagnostic invalidant. Il diagnostique uniquement une dysthymie, sans influence sur la capacité de travail qu'il considère entière dans toute activité dès le 1er janvier 2012. Ces conclusions se fondent sur l'étude de rapports figurant dans le dossier asséculo-logique ainsi qu'un entretien du 17 juillet 2013. Lors de cet entretien, l'assuré a été en mesure de faire part de ses plaintes – celles-ci étant non seulement succinctement présentées dans un chapitre idoine mais aussi ponctuellement dans d'autres chapitres – et a pu présenter sa situation professionnelle, familiale, sociale et médicale. L'expert, suite à un exposé succinct mais complet de l'anamnèse, examine et exclut de manière détaillée les critères du diagnostic de "trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2)" (cf. rapport du 19 décembre 2012, dossier OAI, pièce 282) pour privilégier le diagnostic de dysthymie notamment en raison de "l'intensité et la fluctuation du tableau". Il traite également des critères relatifs à d'autres troubles de la personnalité, soit des "modifications gênantes de la personnalité (F61.1)" (cf. rapport du 19 décembre 2012, dossier OAI, pièce 282), dont il dénie la présence. Il écarte encore le diagnostic de trouble somatoforme douloureux dès lors que manquent certains critères diagnostics. Finalement, le diagnostic de stress post-traumatique n'est plus considéré comme actuel en raison de la symptomatologie que l'expert relève sans valeur incapacitante sur la durée. A ce titre, la Cour constate que la situation médicale est clairement exposée et que les conclusions sont bien motivées. Par ailleurs, force est de constater que les conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_ relatives à la capacité de travail confirment l'évolution prévue par le Dr F. \_\_\_\_\_. Les critiques du recourant – ayant uniquement trait à la durée de l'entretien avec le Dr G. \_\_\_\_\_ qualifiée de trop courte – ne suffisent pas à remettre en cause le bien-fondé du rapport d'expertise. La jurisprudence fédérale a maintes fois confirmé que la durée de l'entretien n'était à elle seule pas déterminante pour juger de la valeur probante de l'expertise et que c'était bien plus le contenu de cette dernière qui importait. Pour leurs parts, les critiques du Dr I. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 septembre 2013 (dossier OAI, pièce 358) ne permettent pas de remettre non plus en doute les conclusions de l'expert, qui y répond de manière convaincante dans son complément du

### **E. 30**

septembre 2013 (dossier OAI, pièce 367). L'expert souligne ainsi le peu d'intérêt, dans le cas d'espèce, d'effectuer un dosage plasmatique des médicaments qui ne permet pas de donner une appréciation clinique. Il souligne également la présence de contradictions entre le discours du recourant et les éléments objectifs du dossier, notamment en relation avec son agression ou sa fratrie. C'est un constat qui ressort d'autres éléments du dossier tels que les différents récits de l'agression (cf. dossier OAI, pièces 51 et 55) ou le salaire déclaré aux assureurs comparé avec l'extrait de compte individuel AVS, d'un montant clairement inférieur (dossier OAI, pièces 29, 36 et 49). L'expert souligne encore que les critiques du médecin traitant n'ont pas trait au diagnostic retenu ou à l'appréciation de la situation de l'assuré. Quant aux conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_,

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 spécialiste FMH en médecine interne générale, elles ne sont d'aucun secours au recourant. Il s'est en effet expressément contenté de reprendre les prescriptions et le degré d'invalidité de 70% mentionné par le psychiatre traitant, voire répéter les affirmations de son patient (dossier OAI, pièces 102, 114 et 229). Finalement, le recourant se prévaut des rapports des deux stages effectués au H. \_\_\_\_\_ à un taux maximal de 50%. Si le personnel du H. \_\_\_\_\_ recommande la poursuite des mesures de réinsertion pour trois mois, aucune incapacité de travail liée à des raisons médicales n'est affirmée. Tout au plus est mentionné l'avis du médecin traitant. Le personnel du

H. \_\_\_\_\_ met plutôt en exergue l'influence de facteurs socio-économiques dans l'incapacité de travail de l'assuré. Il mentionne ainsi la présence d'"importantes angoisses liées au traumatisme vécu mais aussi et surtout à sa situation financière [...], insomnie, fatigabilité importante". Il ajoute que "le déblocage de la situation financière a permis une prise de recul et une diminution des angoisses et des troubles du sommeil" bien que l'assuré ressent encore parfois "des montées d'angoisses liées soit à l'actuelle incertitude concernant son avenir professionnel, soit toujours en lien avec son agression" (dossier OAI, pièce 260). De même, lorsque les stages sont interrompus, le personnel du centre se préoccupe surtout du fait que "la situation de précarité dans laquelle se trouvait l'assuré avant de commencer la reconstruction de son avenir professionnel [refasse] surface puisque sans logement à son nom, il n'a droit à aucune aide des services sociaux" (dossier OAI, pièces 260 et 276). Or, les considérations de nature socio-économique ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité (cf. ATF 127 V 294). Quoiqu'il en soit, de jurisprudence constante, les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle dont le rôle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée ou sur la capacité de travail suite à une éventuelle atteinte à la santé (cf. arrêt TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). Dès lors, ces rapports ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_.

Partant, la Cour souligne que les expertises des Drs F. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ possèdent une entière force probante. A ce titre, elles constituent une base fiable de décision dont les appréciations ne peuvent valablement être remises en cause par les arguments du recourant. Il convient dès lors de retenir que le recourant possédait une capacité de travail nulle dès le 27 mars 2011, entière dès le 10 juin 2011, de 30% dès le 1er septembre 2011, de 50% dès le 1er novembre 2011 et entière dès le 1er décembre 2011, respectivement le 1er janvier 2012 au plus tard. Or, même si, dans l'hypothèse la plus favorable à l'assuré – à savoir tabler sur une incapacité de travail débutant aussitôt après l'événement de mars 2011 –, cela correspond à une incapacité de gain moyenne médicalement attestée de 41% durant une année ( $75 \text{ jours} \times 100\% + 83 \text{ jours} \times 0\% + 61 \text{ jours} \times 70\% + 61 \text{ jours} \times 50\% + 85 \text{ jours} \times 0\% = 365 \text{ jours à } 40.6\%$ ), force est de constater qu'à l'échéance de ces douze mois à fin mars 2012, ainsi qu'à l'échéance du délai d'attente six mois après le dépôt de sa demande de prestations le 30 avril 2012 (cf. art. 29 al. 1 LAI), le recourant possédait à nouveau sans équivoque une capacité de travail entière depuis de nombreux mois. En l'absence d'incapacité de gain subsistant après le délai d'attente, c'est dès lors avec raison que l'autorité intimée a considéré que le recourant n'avait pas droit à une rente.

4. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire gratuite totale lui a été accordée.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 Conformément aux art. 142 et 146 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), le mandataire du recourant peut prétendre ici à une indemnité en sa qualité de défenseur d'office. Le 2 juillet 2015, il a produit sa note d'honoraires et débours comptabilisant un total de 18.04 heures de travail. Il n'y a pas lieu de réduire la durée des opérations en question. Partant, le défenseur d'office a droit, à un montant total de CHF 3'600.50, soit CHF 3'252.- au titre d'honoraires (18.04 heures x CHF 180.-), CHF 81.45 au titre de débours et CHF 267.05 au titre de la TVA (8%). Ce montant total est intégralement pris en charge par l'Etat de Fribourg. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire

gratuite totale lui a été accordée. III. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 3'600.50, soit CHF 3'252.- au titre d'honoraires et CHF 81.45 au titre de débours, plus CHF 267.05 de TVA. Elle est intégralement prise en charge par 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 24 août 2015/pte Présidente Greffier

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