

FR_GERICHTE 605 2018 206 vom 27. November 2019

FR Kantonsgericht, 2019-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_206

FR: FR_GERICHTE 605 2018 206 du 27 novembre 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 206 del 27 novembre 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 6

juillet 2018. Il a en particulier constaté que l'intéressé ne subissait aucune perte de gain, le revenu que l'on pouvait exiger de lui étant même supérieur à celui qu'il réalisait avant la survenance de l'atteinte à la santé, et a dès lors retenu un degré d'invalidité de 0%. B. Contre cette décision, A. _____, représenté par Me Véronique Aeby, avocate, interjette recours auprès du Tribunal cantonal en date du 10 septembre 2018. Le recourant conclut, avec suite de frais et d'une indemnité de partie, à l'annulation de la décision attaquée et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière en sa faveur à compter du 20 août 2014. Subsidiairement, il demande le renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire ainsi que la fixation d'un taux d'abattement de 25% (désavantage salarial) dont l'OAI devra tenir compte lors de la détermination du gain d'invalidité. À l'appui de ses conclusions, le recourant conteste tout d'abord la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire mandatée par l'OAI, estimant en substance que les experts n'ont pas pris ses plaintes en considération de manière sérieuse, que leurs conclusions ne sont pas suffisamment motivées et que leur rapport n'est pas assez détaillé. Ensuite, il remet en cause les différents rapports établis par le médecin du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, invoquant leur manque de détails, d'explications et de cohérence. Il souligne par ailleurs que son état de santé n'a cessé de se péjorer et lui vaut une incapacité de travail en se prévalant de différents rapports médicaux établis par ses médecins traitants. Pour le surplus, il conteste les montants retenus par l'autorité intimée à titre de revenus de valide et d'invalidité. Il explique en effet que le salaire de valide doit être calculé en fonction d'un horaire de travail hebdomadaire de 45 heures et non pas de 41.5 heures, tandis que le salaire d'invalidité doit être évalué sur la base d'une capacité de travail réduite et faire l'objet d'un abattement maximal de 25% conformément à la jurisprudence.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 19 Le recourant sollicite par ailleurs le bénéfice de l'assistance judiciaire totale pour la procédure de recours, en invoquant notamment son indigence. Dans ses observations du 15 octobre 2018, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Le 5 juillet 2019, la Caisse de retraite professionnelle de l'industrie vaudoise de la construction, en sa qualité de fonds de prévoyance LPP intéressé, a été appelée en cause. Elle a toutefois renoncé à se déterminer. Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures. Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leurs moyens de preuve. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité

judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Conformément à l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.1. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque 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 (lit. a), qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (lit. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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 trois-quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 19 2.2. Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Ce dernier article indique que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 1 2e phr.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références). Pour diminuer son dommage, il suffit, au sens de la jurisprudence sus exposée, qu'un assuré puisse réaliser, dans une activité adaptée, un revenu d'invalide supérieur à celui provenant de la poursuite de son métier (arrêt TF 9C_924/2011 du 3 juillet 2012). 3. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). 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 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 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1). 3.1. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 19 (RAMA 1991 p. 311 ; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées). 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). 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). 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). 3.2 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 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 services médicaux régionaux (ci-après : 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 cas sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPG) 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. 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. Est en l'espèce litigieux le droit à la rente, et plus particulièrement le point de savoir si et dans quelle mesure l'assuré possède encore une capacité de travail résiduelle. Le recourant reproche à l'OAI d'avoir retenu que son état de santé lui permettait d'exercer une activité professionnelle à plein temps, sans diminution de rendement. Il soutient en effet, en se fondant sur différents rapports de ses médecins traitants, que les atteintes à la santé dont il souffre l'empêchent de travailler.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 19 L'OAI, pour sa part, se base sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 juin 2017 pour retenir qu'aucune des atteintes à la santé présentées par l'assuré n'est invalidante au sens de l'assurance-invalidité et que ce dernier est en mesure d'exercer une activité adaptée à 100%, sans diminution de rendement. Qu'en est-il ? 4.1 Atteintes et suites 4.1.1 L'assuré, né en 1964, présente de nombreux antécédents médicaux. Atteint d'un strabisme congénital de l'œil gauche, il a souffert d'une amblyopie du même œil dès l'enfance. En 1983, il s'est fracturé la rotule gauche lors d'un accident et a été opéré avec une évolution très favorable, ne gardant aucune séquelle. Vers la fin des années nonante, il a présenté des malaises sous forme de sensations d'échauffement partant des pieds, suivis d'une altération de la vigilance, mais sans franche perte de connaissance. Il a alors bénéficié d'un traitement antiépileptique qui a par la suite pu être interrompu, sans récurrence des malaises. En 2012, l'assuré a souffert d'une bursite au coude droit ayant nécessité une bursectomie, avec une évolution favorable et sans séquelles. La même année, alors qu'il présentait un tabagisme actif à 80 UPA (unités paquet-année), il a montré des troubles vasculaires du membre inférieur droit ; ceux-ci ont été traités par une angioplastie périphérique de l'artère iliaque externe, avec une thrombolyse et l'introduction d'un stent à gauche. 4.1.2 Le 23 décembre 2012, dans le cadre de son travail d'éboueur, l'assuré a ressenti comme un craquement au bas du dos en retenant une benne à ordures. S'en sont suivies des douleurs lombaires qui ont irradié vers sa hanche et son membre inférieur gauches et qui l'ont conduit à consulter différents médecins. Le Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine interne et générale, a posé le diagnostic de douleurs multifactorielles aux membres inférieurs, avec une tendinite des rotateurs de la hanche gauche, des sciatalgies à gauche et un status après dilatation et pose d'un stent à l'artère iliaque gauche. Il a mis l'assuré au bénéfice d'une incapacité de travail de 100% du 30 janvier au 4 février 2013, pour les 6 et 8 février 2013 et à partir du 12 février 2013 (cf. rapport du 27 mars 2013 à l'attention de l'OAI, dossier OAI, pièce 14, p. 52). Le Dr C. _____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie et médecin-chef auprès du Service d'orthopédie de D. _____, à E. _____, a diagnostiqué à l'assuré une tendinite des rotateurs externes de la hanche gauche ainsi qu'une sciatalgie à droite. Il lui a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 6 mars 2013 et l'a adressé au Dr F. _____, spécialiste FMH en réadaptation et en médecine interne et médecin-chef auprès de D. _____, à G. _____ (cf. rapport du 21 mars 2013 à l'attention de l'OAI, dossier OAI, pièce 12, p. 48). Le spécialiste précité a pour sa part émis les diagnostics suivants : périarthrite de la hanche gauche, lombalgie chronique avec cyphoscoliose, possible sciatalgie gauche anamnesticque et kyste tendineux plantaire à gauche. Il a notamment prescrit à l'assuré des séances de physiothérapie et l'a mis au bénéfice d'un arrêt de travail

de 100% du 18 février au 5 mai 2013 et de 50% du 6 mai au 2 juin 2013 (cf. courrier du 30 avril 2013 à l'attention du Dr C._____, précité, dossier OAI, pièce 25, p. 114).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 19 Quant à la Dre H._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, elle a posé les diagnostics de dorsalgies et lombalgies présentes depuis le début 2013 (cf. rapport du

E. 9

septembre 2014 à l'attention de l'OAI, dossier OAI, pièce 41, p. 180). 4.1.3 Le 20 février 2013, l'assuré a formulé une première demande de prestations AI en invoquant les atteintes à la santé suivantes : cécité à l'œil gauche présente depuis l'enfance, prothèse au genou gauche mise en place en 1982, crises d'épilepsie intervenues en 1995, ballonnet introduit dans l'artère fémorale gauche en 2011 et bursite au coude droit survenue en mai 2012. Dès l'été 2013, l'état de santé de l'assuré s'est dégradé, une fasciite plantaire au pied gauche lui ayant également été diagnostiquée. L'intéressé a par ailleurs interrompu son traitement de physiothérapie, ne le jugeant pas assez efficace (cf. rapport du 21 septembre 2013 du Dr B._____, précité, à l'attention de l'OAI, dossier OAI, pièce 30, p. 136, et courrier du 23 août 2013 du Dr C._____, précité, à l'attention du Dr B._____, dossier OAI, pièce 30, p. 137). Le 17 juillet 2013, il a déposé une demande complémentaire de prestations AI en alléguant une inflammation des muscles de la hanche et des muscles sous le pied ainsi qu'une tendinite aiguë présentes depuis le mois de décembre 2012. Il s'est vu résilier son contrat de travail pour le 31 décembre 2013 (cf. rapport d'entretien téléphonique du 16 janvier 2014, dossier OAI, pièce 31, p. 140). 4.1.4 À partir du début de l'année 2014, il a consulté le Dr I._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-chef auprès de J._____. Ce dernier lui a diagnostiqué des lombalgies chroniques avec des sciatalgies gauches intermittentes dans le cadre d'importantes dysbalances musculaires et d'un déconditionnement physique et psychique. Il lui a attesté d'une incapacité de travail de 100% depuis le 31 janvier 2013 (cf. rapport du 14 septembre 2014 à l'attention de l'OAI, dossier OAI, pièce 43, p. 190 ss). 4.1.5 En date du 16 mars 2015, l'assuré a subi un infarctus du myocarde qui lui a notamment valu la mise en place d'un stent ainsi qu'une incapacité de travail de 100% du 16 mars au 13 juin 2015 et du 14 juin au 14 juillet 2015 (cf. rapport du 25 juin 2015 du Dr K._____, spécialiste FMH en cardiologie et chef de clinique auprès de D._____, à G._____, à l'attention de l'OAI, dossier OAI, pièce 62, p. 227 s. ; rapport du 28 septembre 2015 du Dr L._____, spécialiste FMH en médecine interne et générale, à l'attention de l'OAI, dossier OAI, pièce 75, p. 261 ; courrier du 20 septembre 2015 de la Dre H._____ à l'attention de l'OAI, dossier OAI, pièce 73, p. 256). Dès le mois de septembre 2015, il a été suivi par le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine interne et générale. Celui-ci a retenu comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail des lombosciatalgies gauches irritatives et des troubles de la marche d'origine indéterminée, et comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail une cardiopathie ischémique avec un status post infarctus aigu coronaire droite et la mise en place d'un stent en mars 2015, une insuffisance artérielle du membre inférieur gauche avec la mise en place d'un stent et un tabagisme chronique (cf. rapport du 28 septembre 2015 à l'attention de l'OAI, dossier OAI, pièce 75, p. 261). Par la suite, le médecin généraliste précité a relevé une aggravation de l'état de santé de l'assuré, retenant les diagnostics suivants avec une influence sur la capacité de travail : polyneuropathie des membres inférieurs, suspicion d'atteinte médullaire rachidienne d'origine vasculaire et état dépressif s'installant progressivement. Il a attesté d'une incapacité de travail totale à partir du

E. 10

novembre 2017, dans lequel il mentionne que les patients avec des troubles dissociatifs s'adaptent assez bien à des mesures d'évaluation et qu'ils peuvent retrouver des ressources afin de s'investir et s'engager dans une activité qui leur est également thérapeutique (dossier OAI, pièce 155, p. 454).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 19 4.4.3 Suite à la réception d'un projet de décision de refus de prestations de l'OAI daté du

E. 13

mars 2018, l'assuré formule une objection par écrit et s'entretient en personne avec l'office précité en date du 7 mai 2018. À cette occasion, il fait valoir en substance que son état de santé s'est fortement péjoré depuis le mois d'août 2017 et qu'il est incapable de travailler (dossier OAI, pièce 173, p. 480 s.). L'OAI sollicite dès lors à nouveau l'avis des médecins qui suivent l'assuré. 4.4.4 Dans un rapport du 15 mai 2018 à l'attention de l'OAI, le Dr L._____, précité, mentionne comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré des troubles dissociatifs mixtes et des rachialgies d'origine inconnue. Il explique que l'état de santé de l'intéressé s'est dégradé, avec une augmentation des douleurs à la hanche gauche et des lâchages inopinés du membre inférieur gauche. Il conclut qu'au vu de l'état de santé de l'assuré, l'activité exercée en dernier lieu par celui-ci n'est plus exigible, de même qu'aucune autre activité. Il précise que son pronostic est sombre concernant la capacité de travail et le potentiel de réadaptation de l'assuré (dossier OAI, pièces 176 et 177, p. 491 ss). 4.4.5 Le Dr O._____ et V._____, précités, indiquent pour leur part dans un rapport du 28 mai 2018 à l'attention de l'OAI que l'assuré souffre d'un état de stress post-traumatique, d'un trouble dissociatif mixte ainsi que d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils soulignent que l'état de santé de l'intéressé s'est péjoré, avec un déconditionnement global, une perte des ressources et un désinvestissement net des différentes sphères de vie. Sur le plan psychique, ils notent une intensification des ruminations, une augmentation de l'impulsivité et de l'irritabilité, une intolérance totale au stress et une perte complète des ressources. Ils expliquent en outre que l'assuré présente une symptomatologie anxio-dépressive avec des composantes post-traumatiques qui limitent toute capacité d'adaptation. Ils soulignent la présence de nombreux facteurs défavorables tels que des symptômes dissociatifs persistants, des douleurs chroniques, un manque d'élaboration, une perte d'autonomie et de confiance en soi, une rigidité psychique, une intolérance totale au stress, une impulsivité marquée, une irritabilité ainsi qu'une perte totale de ressources. Ils précisent que l'intéressé n'est pas en mesure de s'occuper de son ménage. Au vu de la situation, ils concluent qu'aucune activité professionnelle n'est exigible de la part de l'assuré. Ils précisent que leur pronostic sur la capacité de travail de l'intéressé est défavorable au vu de l'évolution déficitaire de son état de santé depuis plusieurs années et de la chronicité et de la complexité de ses troubles (dossier OAI, pièce 179, p. 498 ss). 4.4.6 Le Dr M._____, précité, relève quant à lui dans un rapport du 8 juin 2018 à l'attention de l'OAI que l'intéressé présente les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail : trouble dissociatif mixte (F44.7), lombalgies basses (M54.5), rachialgies dorsales (M54.6), cardiopathie ischémique chronique (I25.9), athérosclérose des artères distales (I70.2), cécité d'un œil (H54.4) et médicaments ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique, à savoir sédatif,

hypnotique et tranquillisant (Y47.9). Il met en évidence une péjoration des douleurs nécessitant un traitement antalgique de palier 3 et mentionne les symptômes médicaux actuels suivants : « anesthésie tacto-algique et synesthésie hémicorps gauche, pseudo-apraxie des membres inférieurs, avec prédominance à gauche ». Il note également une progression des symptômes somatiques ainsi qu'une chronicité des troubles psychiatriques. Il précise que l'assuré a subi une perte partielle de son autonomie et qu'il a besoin d'aide pour accomplir ses tâches ménagères. Vu la situation, il conclut qu'aucun travail ne peut

Tribunal cantonal TC Page 15 de 19 être exigé de l'assuré et que ce dernier ne peut pas surmonter ses difficultés par un effort volontaire. Par ailleurs, il reproche à l'OAI d'avoir fait preuve de négligence dans le traitement du dossier de l'intéressé et mentionne dans son rapport que la procédure AI peut rendre « malades » les patients (dossier OAI, pièces 180 et 181, p. 506 ss). 4.4.7 Suite à l'examen des derniers rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le médecin SMR conclut dans un rapport du 28 juin 2018 à l'attention de l'OAI : « 1) Aucun élément médical objectif d'aggravation n'est attesté ; 2) Les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire demeurent valides ; 3) Aucune mesure d'instruction médicale supplémentaire n'est nécessaire ». Il explique notamment que les médecins suivant l'assuré continuent à mettre en avant les mêmes affections et les mêmes incapacités de travail que celles qu'ils attestaient déjà avant l'expertise et qu'ils n'amènent aucun fait nouveau sur le plan médical objectif (dossier OAI, pièce 186, p. 518). 4.5 Discussion Le recourant fait valoir, en se basant sur différents rapports établis par ses médecins traitants, qu'il n'est pas en mesure d'exercer une activité professionnelle en raison des atteintes à la santé dont il souffre. Il conteste par ailleurs la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire mandatée par l'OAI et des rapports rédigés par le médecin SMR, estimant en particulier qu'ils ne sont pas suffisamment détaillés et que leurs conclusions ne sont pas assez motivées. 4.5.1 Il y a tout d'abord lieu de constater que les nombreux médecins consultés par l'assuré ne sont pas unanimes s'agissant de sa capacité de travail exigible. Dans un premier temps, soit entre la fin 2012 et la mi-mars 2015, les médecins traitants s'accordent pour dire que l'intéressé peut en tous les cas exercer une activité adaptée, sans diminution de rendement : à plein temps selon le Dr C. _____ et le Dr B. _____, précités (cf. rapport du 21 mars 2013, dossier OAI, pièce 11, p. 46, rapport du 27 mars 2013, dossier OAI, pièces 13 et 14, p. 50 ss, et rapport du 21 septembre 2013, dossier OAI, pièce 29, p. 134), et à 50% selon la Dre H. _____, précitée (cf. rapport du 9 septembre 2014, dossier OAI, pièce 42, p. 179). Le médecin SMR estime pour sa part, au vu des éléments médicaux à disposition, que l'assuré est notamment en mesure d'exercer un travail adapté à 100%, sans diminution de rendement (cf. rapport du 23 septembre 2014, dossier OAI, pièce 44, p. 196, et rapport du 23 octobre 2014, dossier OAI, pièce 46, p. 200). Dans un second temps, à savoir après l'infarctus qui a touché l'assuré le 16 mars 2015, les avis médicaux penchent toujours pour une capacité de l'assuré d'exercer une activité professionnelle adaptée : à 100% dès le 27 juin 2015 et sans diminution de rendement selon le Dr K. _____, précité (cf. rapport du 25 juin 2015, dossier OAI, pièces 61 et 62, p. 225 ss), et à raison de 1 ou 2 heures par jour, avec une diminution de rendement de 50%, selon le Dr L. _____, précité (cf. rapport du 12 janvier 2016, dossier OAI, pièce 81, p. 275). À noter que la Dre H. _____, précitée, dit ne plus pouvoir se prononcer sur la capacité de travail exigible de l'assuré dans la mesure où elle ne le suit plus, mais mentionne que ce dernier « prétend qu'il ne peut plus travailler » (cf. courrier du 20 septembre 2015, dossier OAI, pièce 73, p. 256). Ce n'est qu'à partir du courant de l'année 2016 que les médecins

consultés par l'assuré, à savoir le Dr M._____, le Dr O._____ et le Dr L._____, précités, estiment que celui-ci ne peut exercer aucun travail en raison de son état de santé (cf. rapport du 21 avril 2016, dossier OAI, pièce 101, p. 320 ss ; rapport du 16 juin 2016, dossier OAI, pièce 115, p. 348 ; rapport du 15 mai

Tribunal cantonal TC Page 16 de 19 2018, dossier OAI, pièce 176, p. 491 ; rapport du 28 mai 2018, dossier OAI, pièce 179, p. 498 ss ; rapport du 8 juin 2018, dossier OAI, pièce 180, p. 506). 4.5.2 Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 20 juin 2017 va dans le sens des premiers avis médicaux, concluant que l'assuré est en mesure d'exercer une activité professionnelle adaptée à ses difficultés apparentes de déplacement, à 100% dès le 23 décembre 2012 et sans diminution de rendement. Cela étant, il sied de constater, à l'instar du médecin SMR, que le rapport établi par les experts interniste, rhumatologue, psychiatre, cardiologue et neurologue répond aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante. Ses conclusions résultent en particulier d'une analyse complète de la situation médicale du recourant (objective et subjective), les cinq experts ayant réalisé leur rapport après avoir lu attentivement le dossier de l'assuré et son résumé - rédigé par un médecin externe aux examens - et après avoir examiné chacun séparément l'expertisé. Elles sont par ailleurs dûment motivées, avec notamment des explications circonstanciées sur l'état de santé physique et psychique de l'assuré et les limitations fonctionnelles qui en découlent ou non. À ce sujet, on relèvera que contrairement à ce qu'affirme le recourant dans son mémoire de recours, il est parfaitement cohérent que le trouble dissociatif mixte qui lui a été diagnostiqué soit à l'origine de troubles du déplacement et de la marche, les troubles dissociatifs étant précisément définis comme une perte partielle ou complète de certaines fonctions (intégration des souvenirs, conscience de l'identité, sensations immédiates, contrôle des mouvements corporels) en l'absence d'un trouble physique pouvant rendre compte des symptômes (CIM-10). Il convient en outre de relever que les plaintes de l'assuré ont été entendues et prises en considération par chacun des experts, étant précisé à cet égard qu'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant a été posé vu la persistance de douleurs comme plainte principale de l'assuré (dossier OAI, pièce 148, p. 431) et que les experts neurologue et rhumatologue estiment que l'expertisé est démonstratif et qu'il majore ses symptômes (dossier OAI, pièce 148, p. 425). Le rapport d'expertise comprend par ailleurs une anamnèse détaillée, les indications subjectives de l'assuré, des observations cliniques ainsi qu'une discussion du cas. De surcroît, aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé de l'expertise, laquelle aboutit à des conclusions convaincantes. Les seuls avis médicaux divergeant des conclusions des experts s'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant proviennent des derniers médecins traitants de celui-ci, soit le Dr M._____, le Dr O._____ et le Dr L._____, précités. Or, leurs rapports doivent être lus avec toute la retenue imposée par la jurisprudence à cet égard compte tenu du lien thérapeutique qu'ils entretiennent avec le recourant. De plus, ils ne disposent pas de tous les éléments médicaux pour se déterminer de manière précise sur la capacité de travail de l'intéressé, dont la problématique médicale comporte plusieurs aspects (médecine interne, rhumatologie, psychiatrie, cardiologie et neurologie). Par ailleurs, il y a lieu de relever que les rapports médicaux établis par les médecins traitants du recourant postérieurement au rapport d'expertise du 20 juin 2017 ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts. En effet, ils ne mettent pas en évidence des éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise ou qui se seraient modifiés depuis, mais se limitent à attester de diagnostics déjà évoqués antérieurement tout en soulignant que l'état de santé de l'intéressé

s'est péjoré. Ce constat est au demeurant partagé par le médecin SMR dans son rapport du 28 juin 2018, où il indique que les conclusions

Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 de l'expertise pluridisciplinaire demeurent valides dès lors notamment que les récents rapports médicaux n'attestent pas de faits nouveaux sur le plan médical objectif (dossier OAI, pièce 186, p. 518). C'est le lieu de souligner que les experts se disent frappés par la démarche tout à fait atypique et caricaturale de l'assuré et qu'ils constatent que l'état somatique de celui-ci ne justifie pas l'utilisation de béquilles (dossier OAI, pièce 148, p. 429 et 430). Cela explique qu'ils estiment que l'intéressé majore ses symptômes et qu'ils se soient écartés de l'appréciation des derniers médecins traitants, qui ont pour leur part relayé les plaintes constantes de l'assuré et sont probablement restés perplexes devant la non-évolution de son cas. Au vu de ce qui précède, la Cour se rallie aux conclusions des experts et retient que le recourant possède une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité professionnelle adaptée à ses difficultés de déplacement, ceci dès le 23 décembre 2012 et sans diminution de rendement. 4.5.3 S'agissant des rapports du médecin SMR, dont le recourant conteste également la valeur probante, il sied de rappeler qu'ils ont uniquement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de fournir des recommandations quant à la suite à donner au cas sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale ou d'un examen médical. Ils ne sont ainsi pas soumis aux mêmes exigences formelles dès lors que leurs fonctionnalités sont différentes. Cela étant, force est de constater que les différents rapports du médecin SMR présents au dossier remplissent parfaitement leur rôle de synthèse et de recommandation et n'appellent aucune critique particulière. 5. 5.1 Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la Cour constate que c'est à bon droit que l'autorité intimée a retenu que l'assuré est en mesure d'exercer une activité adaptée, par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère ou les services, à plein temps et sans diminution de rendement. 5.2 Pour le surplus, le calcul du degré d'invalidité, et en particulier les revenus statistiques de valide et d'invalidé, ne prêtent pas le flanc à la critique. À cet égard, il est relevé qu'il est justifié de calculer le salaire de valide en fonction d'un horaire de travail hebdomadaire de 41.5 heures et non pas de 45 heures comme le souhaiterait le recourant, le questionnaire rempli par son ancien employeur le 10 avril 2013 attestant d'un horaire de travail compris entre 38 et 45 heures par semaine (dossier OAI, pièce 15, p. 64). Ainsi, il y a lieu de confirmer l'absence de perte de gain découlant des atteintes à la santé et, partant, le refus de toute prestation. 5.3 Dans ces conditions, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. 6. Reste à statuer sur la requête d'assistante judiciaire totale afférente à la présente procédure de recours.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 19 Il sied d'examiner dite requête au regard des art. 142 s. du Code de procédure et de juridiction administrative du 23 mai 1991 (CPJA ; RSF 150.1). Le recourant étant au bénéfice de l'aide sociale, il ne fait aucun doute que sa situation financière ne lui permet pas de supporter les frais de sa défense confiée à un avocat. Par ailleurs, l'on ne peut affirmer que sa cause paraissait d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable dès lors que ses derniers médecins traitants ont soutenu activement sa demande de prestations AI. Enfin, la désignation d'un défenseur d'office se justifie en l'espèce dans la mesure où la cause présente un certain degré de difficulté et où le faible niveau de formation du recourant ne lui permettait sans doute pas de discuter les nombreux rapports médicaux figurant au dossier. Dans ces circonstances, il convient de mettre le

recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre de la procédure de recours, sans frais de justice, et de lui désigner comme défenseure d'office sa mandataire choisie. Compte tenu de la liste de frais déposée par Me Véronique Aeby le 21 novembre 2019, qui fait état d'un montant total de frais de CHF 3'920.74 (CHF 3'283.35 d'honoraires, CHF 356.90 de débours et CHF 280.49 de TVA) sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.-, il convient de fixer l'indemnité de la défenseure d'office à CHF 2'930.40 après correction du tarif horaire applicable à CHF 180.- (cf. art. 145b al. 1bis CPJA et 57 al. 2 du Règlement du 30 novembre 2010 sur la justice, RSF 130.11). Ce montant correspond à CHF 2'364.- d'honoraires, CHF 356.90 de débours et CHF 209.50 de TVA (7.7%). L'indemnité de CHF 2'930.40 est mise à la charge de l'État de Fribourg, sous réserve d'un retour ultérieur à meilleure fortune du recourant au sens de l'art. 145b al. 3 CPJA. Elle sera versée directement à Me Véronique Aeby. Enfin, la procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne seront toutefois pas prélevés vu l'assistance judiciaire totale qui lui est octroyée ce jour. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 la Cour arrête : I. Le recours (605 2018 206) est rejeté. Partant, la décision du 6 juillet 2018 est confirmée. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2018 207) est admise pour la procédure de recours. Me Véronique Aeby, avocate, est désignée en qualité de défenseure d'office de A._____. III. L'indemnité allouée à Me Véronique Aeby en sa qualité de défenseure d'office est fixée à CHF 2'930.40 (honoraires par CHF 2'364.-, débours par CHF 356.90 et TVA par CHF 209.50). Elle est mise à la charge de l'État. IV. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils ne sont toutefois pas prélevés dès lors que celui-ci est mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 27 novembre 2019/pvo Le Président : La Greffière :

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