

FR_GERICHTE 608 2022 96 vom 3. April 2023

FR Kantonsgericht, 2023-04-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2022_96

FR: FR_GERICHTE 608 2022 96 du 3 avril 2023

IT: FR_GERICHTE 608 2022 96 del 3 aprile 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 8

novembre 2018, il a déposé le 1er mars 2019 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison de problèmes cervicaux et d'un syndrome radiculaire. Par décision du 12 mai 2022, l'OAI a refusé de lui octroyer une rente d'invalidité. Sur la base notamment d'une expertise orthopédique, il a retenu qu'une activité adaptée à 100% était exigible, compte tenu des limitations fonctionnelles suivantes: absence de charge au niveau du rachis principalement lombaire, de flexion postérieure du rachis cervical, de travail au-dessus de la ceinture scapulaire et en porte-à-faux, et port de charge limité à 10 kg. En outre, il a fixé le revenu annuel moyen réalisé avant l'atteinte à la santé à CHF 20'140.05 (moyenne des revenus fiscaux des cinq années précédentes), et le revenu avec invalidité, selon les salaires statistiques, à CHF 67'766.40. Le degré d'invalidité résultant de la comparaison des revenus était par conséquent nul et n'ouvrait pas le droit à une rente. B. Le 13 juin 2022, A. _____ interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal du canton de Fribourg et conclut implicitement à l'octroi d'une rente. Il soutient en substance que les éléments médicaux retenus ne correspondent pas ou plus à la réalité de son état de santé actuel et qu'il y a lieu de réexaminer ce dernier. De plus, l'entretien réalisé par l'expert n'a duré que 45 minutes tandis que sa généraliste le suit depuis plusieurs années. L'assuré soutient ensuite qu'il ne lui a pas été possible de trouver un emploi adapté au vu de la conjoncture actuelle et du marasme consécutif au Covid-19, ainsi que de son âge (57 ans). Il n'est en outre financièrement plus en mesure d'assumer seul les frais médicaux qu'engendreraient des consultations auprès de ses médecins traitants, raison pour laquelle il ne s'y rend plus. Il allègue également être suivi par C. _____ suite "à l'état de détresse provoqué par cette situation". En outre, l'OAI lui aurait de façon inconvenante conseillé de demander un certificat d'incapacité de travail à 80% à son médecin traitant et de s'inscrire au chômage. Il menace enfin de s'adresser à la presse et aux associations de défense des consommateurs s'il était débouté dans la procédure, puisqu'ayant cotisé toute sa vie, il a droit à des prestations. Le 13 juillet 2022, le recourant dépose une requête d'assistance judiciaire partielle. Dans ses observations du 13 septembre 2022, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève tout d'abord que l'expertise a pleine valeur probante. En effet, aucun élément objectif ne démontre une éventuelle modification de l'état de santé depuis l'expertise orthopédique, qui a pris en compte et discuté tous les rapports du médecin traitant. Le recourant a de plus déclaré à l'expert qu'il se rendait compte qu'il n'est pas invalide et pouvait exercer une activité adaptée. S'agissant de l'atteinte psychique, aucun rapport médical n'a été produit et, si

l'existence d'un tel trouble était effectivement prouvé, il s'agirait d'un trouble réactionnel à sa situation financière précaire et à la décision de refus, et par conséquent sans effet durable sur la capacité de travail. Ensuite, les restrictions en lien avec la situation sanitaire n'ont pas à être prises en compte, d'autant plus qu'elles ne concernaient pas principalement les activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Quant à la situation financière de celui-ci et de son impossibilité à effectuer un suivi médical, il s'agit de considérations étrangères à l'invalidité. Enfin, les arguments en lien avec l'assurance-chômage et la menace de

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 s'adresser notamment à la presse ne sont des considérations ni médicales, ni juridiques qui ne sont ainsi pas pertinentes. Par courrier du 8 mars 2023, l'assuré, désormais représenté par Me Charles Guerry, avocat, retire sa requête d'assistance judiciaire. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, invoqués par elles à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent arrêt pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. 1.1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 1.2. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009, dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables, dans la mesure où l'invalidité est survenue antérieurement au 31 décembre 2021 et où un éventuel droit à la rente débiterait

avant le 1er janvier 2022. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, 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. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). 2.3. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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 si sa capacité de gain ou sa capacité à accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 2.4. 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). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). 2.5. 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 (art. 16 LPGA). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible –, le revenu d'invalide doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]; ATF 135 V 297; 126 V 75; 124 V 321 consid. 3b/aa). A

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 cet égard, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (arrêt TF 9C_214/2009 du 11 mai 2009 consid. 5.2). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, le Tribunal fédéral a estimé qu'il fallait les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (arrêt TF 9C_666/2009 du 26 février 2010 consid. 3.2). 3. Est en l'espèce litigieuse la question de la capacité de travail du recourant. Le revenu sans invalidité et celui avec invalidité ne sont pas contestés. Ils ont au demeurant été correctement calculés. L'autorité intimée considère qu'une activité adaptée à plein temps respectant les limitations fonctionnelles – absence de charge au niveau du rachis principalement lombaire, de flexion postérieure du rachis cervical, de travail au-dessus de la ceinture scapulaire et en porte-à-faux et port de charge limité à 10 kg – de l'assuré est exigible. Ce dernier estime au contraire ne plus pouvoir travailler, que ce soit dans son

activité habituelle ou dans une activité adaptée. 3.1. Pour rendre sa décision, l'OAI s'est basé sur une expertise orthopédique du 28 mai 2020 réalisée par le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dossier OAI p. 170). L'expert pose les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de rachialgie sur troubles dégénératifs cervicaux et lombaires avec la présence d'une hernie discale lombaire identifiée lors d'une IRM en 2018. Il estime que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle de peintre, et de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes: absence de charge au niveau du rachis principalement lombaire, de flexion postérieure du rachis cervical, de travail au-dessus de la ceinture scapulaire et en porte-à-faux, et un port de charge limité à 10 kg. S'il existe un diagnostic de rachialgie sur troubles dégénératifs avec discopathie C5-C6, sténose foraminale C5-C6 et C6-C7 et hernie L3-L4 selon les rapports radiologiques, l'expert ne constate pas, lors de son examen clinique, d'éléments objectifs de diminution ni de perte de force, ni de trouble neurologique. Il estime que cette atteinte rachidienne a un impact sur la capacité de travail de la personne assurée dans son activité de peintre mais est tout à fait compatible avec l'exercice d'une activité adaptée. Actuellement, les déficits sont légers et il s'agit exclusivement de douleurs. Il note encore que l'assuré a l'observation des oiseaux comme hobby. Or, il est difficile de penser que pour les observer, il ne mobilise pas son rachis cervical en flexion postérieure, ce qui devrait, d'après les plaintes, provoquer des douleurs invalidantes. 3.2. De l'avis de la Cour, cette expertise a pleine valeur probante sur le plan formel dès lors qu'elle est conforme aux réquisits jurisprudentiels. L'expert s'est en effet basé sur le dossier médical complet du recourant et l'a examiné personnellement avant d'établir son rapport. L'assuré a pu s'exprimer à chaque moment. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, tient compte des plaintes exprimées par l'assuré et est le résultat d'examens complets. Il prend également en compte l'avis des médecins traitants. Les conclusions sont par ailleurs claires et bien motivées. Par ailleurs, la Cour de céans ne voit pas de raisons de s'écarter des conclusions de l'expert pour les motifs suivants.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 En effet, tous les médecins s'accordent pour retenir les diagnostics de cervicobrachialgies et de lombosciatalgies avec hernie discale lombaire (expertise, dossier OAI p. 170; rapports de la Dre E. _____ du 30 octobre 2018 et du 30 novembre 2018, dossier OAI p. 37 et 38; rapports de la Dre F. _____ du 2 avril 2019 et du 1er novembre 2019, dossier OAI p. 42 et 73; rapports de J. _____ du 3 mars 2021 et du 23 septembre 2021, dossier OAI p. 237 et 252; rapports de I. _____ du 3 novembre 2021 et du 2 mars 2022, dossier OAI p. 258 et 268). Par contre, le syndrome radiculaire lombaire relevé par la Dre F. _____ n'est constaté ni par l'expertise, ni par les médecins de J. _____ (rapport du 3 mars 2021 précité: lombosciatalgies non-déficitaires; rapport du 23 septembre 2021 précité: anamnèse et examen clinique sans signe en faveur de ce diagnostic). Il en est de même des parésies et de la faiblesse musculaire, qui n'ont pas été observés par l'expert-orthopédiste ou par G. _____ en mars et septembre 2021. L'expert relève ensuite que les paresthésies et faiblesses des membres inférieurs et supérieurs n'ont jamais été investiguées par un neurologue et qu'un électromyogramme (ci-après: EMG) permettrait une évaluation objective. Le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin du Service médical régional BE/FR/SO, explique le 7 décembre 2020 que si les troubles neurologiques étaient vraiment importants, la Dre F. _____ aurait demandé des investigations neurologiques et un EMG (dossier OAI p. 228). Il précise encore que les investigations neurologiques sont recommandées, mais que les répercussions sont surtout thérapeutiques et non assécurologiques. Au demeurant, l'expert est néanmoins

parvenu, malgré cette incertitude, à la conclusion que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée. L'absence de flexion postérieure du rachis cervical figure d'ailleurs dans les limitations fonctionnelles (expertise, dossier OAI p. 181). La Cour estime dès lors que les paresthésies et les faiblesses des membres sont peu importantes, faute de quoi des examens supplémentaires auraient été demandés. L'expert retient comme limitations fonctionnelles l'absence de charge au niveau du rachis, principalement lombaire, de flexion postérieure du rachis cervical, de travail au-dessus de la ceinture scapulaire et en porte-à-faux, ainsi qu'un port de charge limité à 10 kg. Ces limitations correspondent largement à celles retenues par les différents médecins. Ainsi, la Dre F. _____ retient l'absence de flexion-extension de la nuque et de port de charges, et le fait que l'assuré ne peut plus peindre plus haut que sa tête (rapports du 2 avril 2019 et du 1er novembre 2019 précités). La limitation du port de charge à 10 kg est également mentionnée par les différents médecins de G. _____ (rapports du 23 septembre 2021 et du 3 novembre 2021 précités). Ceux-ci indiquent également un périmètre de marche limité à 30 minutes; toutefois, ils attestent également d'une marche souple, non déficitaire et avec une foulée symétrique, et ne retiennent pas cette limitation de la marche dans les limitations fonctionnelles (rapports précités du 3 mars 2021, du 23 septembre 2021 et du 3 novembre 2021). L'expertise indique de plus que la boîte aux lettres du recourant se situe à 30 minutes de marche de son domicile (donc une heure aller-retour) et qu'il s'y rend à pied, sans que des douleurs soient mentionnées (dossier OAI p. 177). Il n'y a dès lors pas lieu de retenir une limitation de la marche à 30 minutes. S'agissant ensuite de la capacité de travail, tous les médecins s'entendent pour dire que l'activité habituelle de peintre n'est plus exigible. Il existe par contre des divergences s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert estimant qu'elle est entière. Le 2 avril 2019, la Dre F. _____ indique quant à elle qu'une telle activité n'est pas exigible (dossier OAI p. 42), mais l'estime à deux heures par jour en novembre 2019 (rapport du 1er novembre 2019, dossier OAI p. 73), alors qu'il ne semble pas y avoir eu d'amélioration des troubles relevés (faiblesse musculaire Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 et paresthésies toujours présentes). Quant au fait que le recourant n'aurait aucune aptitude à une formation en bureautique ou dans un métier sans activité manuelle (rapport du 1er novembre 2019 précité), ce qui n'est pas établi, il n'est pas de nature médicale et n'a pas à être pris en compte. Les médecins de J. _____ estiment pour leur part qu'une activité adaptée est possible 4h par jour (rapport du 23 septembre 2021, dossier OAI p. 252); ils motivent cependant leur évaluation uniquement par un périmètre de marche limité et par un port de charge qui serait également limité par les plaintes de douleurs lombaires, malgré le fait que l'assuré est autonome pour les activités de la vie quotidienne et que l'anamnèse et l'examen clinique ne retrouvent pas de signe en faveur d'une irritation radiculaire L3 gauche. Leur rapport antérieur du 3 mars 2021 (dossier OAI p. 237), bien que plus détaillé mais qui ne se prononce pas sur la capacité de travail, se fonde sur les plaintes du recourant (sensation de faiblesse subjective, douleurs des membres supérieurs ressenties sous la forme de brûlures et de paresthésies) et non sur des constatations objectives, de sorte qu'il n'est pas probant. Quant à leur collègue de I. _____, il est imprécis en retenant dans le même rapport une activité adaptée soit de 5h par jour, soit de 5h à 8h par jour (rapport du 3 novembre 2021, dossier OAI p. 258), tout en précisant que les lombalgies et sciatalgies sont acceptables sous traitement conservateur. Tous ces rapports ne sont dès lors pas de nature à mettre en cause l'évaluation de la capacité de travail de l'expertise. Il y a encore lieu de relever que le recourant reconnaît ne pas être invalide et pouvoir faire des métrés et des devis (expertise, dossier OAI p. 177), et que le conseiller en

réadaptation professionnelle estime que des activités non qualifiées dans le domaine de la production et des services, tels que contrôle de qualité, travail à l'établi, etc., sont exigibles à plein temps sans formation qualifiante supplémentaire au vu des limitations fonctionnelles retenues par l'expert (prise de position du 11 décembre 2020, dossier OAI p. 231). Une activité adaptée à plein temps est donc exigible. Au demeurant, au vu de la réduction des limitations fonctionnelles attestées par les médecins de G._____ depuis l'expertise du fait que leur rapport du 23 septembre 2021 mentionne au niveau lombaire uniquement des douleurs intermittentes à bascule, du fait que les infiltrations ont aidé l'assuré avec parfois disparition des symptômes jusqu'à deux mois (rapport du 3 mars 2021), et également au vu du rapport de G._____ du 3 novembre 2021 mentionnant que les lombalgies et les sciatalgies sont acceptables sous traitement conservateur, il semble y avoir une évolution favorable. 3.3. Dans son recours, l'assuré soutient encore être suivi par C._____ en raison de sa situation, sans toutefois produire de rapport médical. Il n'en parle pas non plus dans ses objections du 1er décembre 2020, du 5 mars 2021 et du 20 mars 2021 (dossier OAI p. 222, 236 et 243) et aucun des médecins n'en fait mention. Il ressort en outre d'un entretien téléphonique avec l'OAI qu'il consulte ce spécialiste "à cause d'une assurance qu'il a payé toute sa vie et qui l'abandonne" (rapport du 18 février 2022, dossier OAI p. 267). D'éventuels troubles psychiques, qui semblent d'une part être indépendants de l'invalidité et d'autre part être survenus après le projet de décision du 3 décembre 2020 (dossier OAI p. 215), voire après l'envoi des objections, ne sont dès lors pas établis pour la période litigieuse et il n'y a pas lieu d'en tenir compte ici. 3.4. Les autres allégations de l'assuré ne sont pas non plus de nature à remettre en cause les résultats de l'expertise. En effet, le recourant estime tout d'abord que l'expertise se base sur un examen de seulement 45 minutes tandis que sa généraliste le suit depuis plusieurs années. Or, la seule durée de

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 l'expertise n'est pas déterminante pour juger de sa valeur probante (cf. arrêt TF 8C_354/2018 du 20 décembre 2018 consid. 4.2). Sa généraliste n'est de plus pas spécialiste en orthopédie et ne semble pas l'avoir revu depuis novembre 2019. La valeur probante de l'expertise n'est ainsi de ce fait pas remise en question. L'assuré soutient ensuite qu'il ne lui a pas été possible de trouver un emploi adapté au vu de la conjoncture actuelle et du marasme consécutif au Covid-19, ainsi que de son âge (57 ans). La situation du recourant est certes difficile. Vu ses ressources et sa capacité de travail résiduelle, il aurait toutefois été en mesure de retrouver un emploi dans une activité adaptée légère sur un marché équilibré du travail, malgré son âge au moment de sa demande de prestations en 2019 (54 ans), compte tenu des limites relativement élevées posées par la jurisprudence à propos de l'impossibilité de mettre en valeur la capacité résiduelle de travail de personnes d'un certain âge (cf. arrêt 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.3). La conjoncture n'a quant à elle pas à être prise en compte dans la notion du marché équilibré, dès lors que cette notion est théorique et abstraite et que, de ce fait, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). Force est par ailleurs de constater que le fait qu'il ne serait plus financièrement en mesure d'assumer seul les frais médicaux qu'engendreraient des consultations auprès de ses médecins traitants, raison pour laquelle il ne s'y rend plus, de même que sa situation financière en tant que telle, ne sont pas des facteurs pouvant influencer le calcul du taux d'invalidité. Enfin, le fait que l'OAI lui aurait

de façon inconvenante conseiller de demander un certificat d'incapacité de travail à 80% à son médecin traitant et de s'inscrire au chômage est également un élément étranger à l'invalidité qui n'a pas à être pris en compte. 4. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a refusé toute prestations au recourant. Partant, le recours (608 2022 96) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Il est pris acte du retrait de la requête d'assistance judiciaire. Partant, la cause 608 2022 111 est rayée du rôle. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de procédure par CHF 800.- sont mis à la charge du recourant qui succombe. Vu l'issue de la procédure, il n'est pas octroyé de dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours (608 2022 96) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire partielle (608 2022 111) est rayée du rôle. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 3 avril 2023/cso La Présidente : La Greffière-rapporteuse :

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