

# FR\_GERICHTE 608 2024 114 vom 9. Oktober 2025

FR Kantonsgericht, 2025-10-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2024\\_114](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2024_114)

FR: FR\_GERICHTE 608 2024 114 du 9 octobre 2025

IT: FR\_GERICHTE 608 2024 114 del 9 ottobre 2025

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 18

juin 2024, nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Il a retenu que, compte tenu de ses atteintes à la santé, il ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle, mais que, dans une activité adaptée comme une activité dans la production industrielle légère ou dans les services tel que le montage à l'établi, le contrôle de produit fini, la conduite de machines semi-automatiques ou le conditionnement léger, il bénéficiait d'une capacité de travail à 70 %. Après comparaison entre les revenus avec et sans invalidité, il a fixé le taux d'invalidité à 31,54 %, puis 38,38 % dès le 1er janvier 2024 compte tenu de la nouvelle réglementation en vigueur dès cette date, taux insuffisants pour prétendre à une rente d'invalidité. B. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_ interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 19 août 2024 concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, il conteste le résultat de l'expertise médicale en alléguant qu'elle contient beaucoup d'erreurs et lacunes au sujet des médecins consultés ainsi que des diagnostics posés. Il relève également des erreurs de traduction de la part de l'interprète et considère que les rapports de son psychiatre traitant n'ont pas été pris en compte. Il s'étonne également du fait que l'OAI ait demandé une détermination aux mêmes experts suite à ses objections et pas à quelqu'un de neutre. Enfin, il conteste la capacité de travail retenue en estimant qu'il n'existe aucune activité qui ne sollicite pas la nuque. Le 17 septembre 2024, le recourant dépose une requête d'assistance judiciaire partielle (ci-après: AJP). Dans ses observations du 29 octobre 2024, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Elle maintient que l'expertise médicale répond en tous points aux règles de procédure idoines et résume les conclusions des experts. Elle relève que la plupart des rapports médicaux annexés au recours ont déjà été pris en compte par les experts dans leur rapport d'expertise du 27 novembre 2023 puis dans le complément d'expertise du 28 mars 2024 et que ceux qui n'y figurent pas ne remettent pas en cause les conclusions expertales. Elle rappelle en outre que, conformément à la jurisprudence, les expertises de suivi peuvent être attribuées directement au binôme d'experts et au centre d'expertises médicales qui avaient déjà produit une expertise, si cette dernière a été attribuée par la plateforme SuisseMED@p et si elles sont mandatées dans un délai de 3 ans dès la date du rapport d'expertise précédente. S'agissant de la requête d'AJP, elle s'en remet à justice. Dans un courrier du 30 octobre 2024, le recourant produit diverses pièces à l'appui de son recours.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 Invitée à se déterminer en particulier sur le rapport du 24 avril 2024 du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, l'autorité intimée estime, dans un courrier du 20 novembre 2024, qu'il n'apporte aucun élément objectif susceptible de

remettre en cause le point de vue des experts, lequel a été validé par le médecin du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR). Dans une intervention spontanée du 5 décembre 2024, le recourant produit encore deux nouvelles pièces médicales, soit la lettre de sortie du 23 août 2024 de D. \_\_\_\_\_ concernant son hospitalisation du 5 au 16 août 2024 ainsi que les résultats d'une radiographie de la colonne lombaire du 18 septembre 2024. Dans sa détermination du 18 décembre 2024, l'autorité intimée se réfère au rapport du même jour du SMR, lequel considère que les dernières pièces médicales ne sont pas susceptibles de modifier ses conclusions précédentes et relève en particulier la présence de nombreux facteurs extra- médicaux ressortant du dossier. Le 5 janvier 2025, le recourant se détermine une dernière fois en produisant de nouvelles pièces et en maintenant son point de vue. Le 13 février 2025, E. \_\_\_\_\_ SA, à qui la décision attaquée avait également été notifiée, a été appelée en cause en tant que fonds LPP intéressé. Elle a répondu le 20 mars 2025 qu'elle n'avait aucune détermination particulière à faire valoir. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. 2.1. 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), applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3; 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b) 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 avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s et 2002 ss), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) 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). En l'espèce, dans la mesure où la survenance de l'invalidité ainsi que le début d'un éventuel

droit à la rente doivent être fixés au 1er janvier 2022, soit un an après la date à partir de laquelle une limitation de la capacité de travail d'au moins 40 % en moyenne a été médicalement attestée (en l'espèce à partir du 18 janvier 2021), le nouveau droit est donc applicable. 2.2. Le 1er janvier 2024 est entrée en vigueur la modification du 18 octobre 2023 du RAI (RO 2023 635). Cette modification introduit à l'al. 3 de l'art. 26bis une déduction forfaitaire de 10 % sur le revenu d'invalidé établi sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), cette déduction forfaitaire étant portée à 20 % si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle de 50 % ou moins. Dans sa lettre circulaire AI no 432 du 9 novembre 2023, l'OFAS précise que tous les droits à la rente prenant naissance avant le 1er janvier 2024 sont régis par les dispositions du RAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023. Si le droit à la rente subsiste au-delà du 31 décembre 2023, les dispositions du RAI dans sa version en vigueur au 1er janvier 2024 sont applicables à partir de cette date. L'augmentation de la rente prend alors effet au 1er janvier 2024. 3. 3.1. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 3.2. 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2ème phrase, LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). 3.3. D'après l'art. 16 LPGA, 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. La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 7 al. 1 et 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; cet examen s'effectue de façon d'autant plus approfondie que le profil d'exigibilité est défini de manière restrictive. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, 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. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF 8C\_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 7.2 et les références citées dont en particulier ATF 110 V 273 consid. 4b et 138 V 457 consid. 3.1). 3.4. 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). Selon l'art. 28b al. 1 LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. L'al. 2 dispose que, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Selon l'al. 3, pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, l'al. 4 prévoit les différentes quotités de la rente lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 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). 4.1. 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). 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). Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). 4.2. 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). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007, publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C\_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 4.3. Enfin, 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 d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 5. Est en l'espèce litigieuse la question du droit du recourant à des prestations d'invalidité. Pour y répondre, il convient de déterminer la capacité de travail résiduelle de ce dernier en procédant à une appréciation médicale de sa situation. 5.1. L'OAI s'est basé essentiellement sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du 27 novembre 2023 (dossier OAI, p. 448). Dans leur évaluation consensuelle, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retiennent les diagnostics d'arthrose acromioclaviculaire droite, de tendinopathie du sus-épineux, actuellement asymptomatique, de discopathies cervicales multi-étagées sans syndrome radiculaire et d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11). Sur le plan somatique, ils retiennent les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travail lourd au-dessus du plan des épaules, pas de port de charge supérieur à 10 kg avec le membre supérieur droit, pas de port de charge de plus de 15 kg à deux mains, pas de mouvements répétitifs de la nuque, pas de travail en haut d'échelles ou sur des échafaudages. Sur le plan psychique, ils estiment que le recourant doit exercer une activité sans prise de décision immédiate, sans traitement d'informations simultanées et sans pression de rendement. Ils notent également chez l'assuré d'autres limitations sous forme de troubles de l'attention, un envahissement du champ de pensée par les douleurs et un temps de latence augmenté aux réponses. Compte tenu de ces éléments, ils concluent que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle d'aide dans une entreprise de constructions métalliques et que, dans une activité adaptée plus légère, une baisse de rendement de 30 % doit être retenue en lien avec son atteinte psychique. Sur le plan somatique, l'expert s'est basé sur un examen clinique complet ainsi que sur le dossier radiologique (IRM de la colonne cervicale du 18 janvier 2021 et du 9 mai 2022 ainsi

qu'IRM de l'épaule droite du 1er mars 2021), auquel il a rajouté une IRM de la colonne cervicale du 11 novembre 2023. Il s'est également fondé sur les deux ENMG du 26 mai 2021 et du 5 janvier 2023. Il a résumé l'ensemble des rapports médicaux au dossier, soit ceux du Dr H. \_\_\_\_\_ et du Dr I. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en médecine interne, du Dr J. \_\_\_\_\_, du Dr K. \_\_\_\_\_ et du Dr L. \_\_\_\_\_, tous trois spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du Dr M. \_\_\_\_\_ et du Dr N. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en anesthésiologie, ainsi que du Dr O. \_\_\_\_\_ et du Dr C. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en neurochirurgie. Il relève que son examen clinique reste globalement superposable à ceux réalisés par les spécialistes consultés par le recourant et qu'il n'a pas mis en évidence de déficit sensitivo-moteur dans l'ensemble des territoires nerveux ou radiculaires des deux membres supérieurs. Il conclut qu'il ne trouve pas de substrat radio-clinique, expliquant les plaintes intenses dans les deux membres supérieurs, prédominant côté droit. En revanche, il explique les douleurs

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 cervicales par l'existence des discopathies cervicales dégénératives et les problèmes à l'épaule droite par une arthrose acromio-claviculaire droite. Sur le plan psychiatrique, l'expert retient un épisode dépressif d'intensité moyenne évoluant depuis juin 2021 de façon anamnétique, se traduisant par une baisse d'intérêt, une perte d'élan vital, une humeur triste, des troubles de concentration et du sommeil, sans idées suicidaires. Il explique en outre en détail pourquoi il ne retient pas d'autres diagnostics: "Nous ne retenons pas de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée car cela fait plus de deux ans que l'expertisé présente des éléments dépressifs. Par ailleurs, l'intensité des symptômes est suffisante pour caractériser un épisode dépressif plus qu'un trouble de l'adaptation. Nous ne retenons pas de trouble anxieux et dépressif mixte, car même si les éléments anxieux sont présents, la part dépressive est plus importante. Il présente également un ralentissement psychomoteur avec des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit, et il présente donc un syndrome somatique. Devant l'absence d'antécédent de phase maniaque ou hypomaniaque, nous éliminons un trouble affectif bipolaire. Il ne présente pas d'antécédents de dépression et nous éliminons un trouble dépressif récurrent. Nous n'avons pas retenu d'éléments traumatiques à l'origine d'un état de stress post-traumatique. Nous ne retenons pas d'anxiété généralisée car il n'existe pas d'anxiété flottante, constante. Nous ne retenons pas d'agoraphobie, puisque l'expertisé peut sortir seul de chez lui. Il ne présente pas d'attaques de panique et nous éliminons ainsi un trouble panique. Il rapporte des vérifications, mais il n'y a pas de comptage, ni de rituels. Nous éliminons un trouble obsessionnel compulsif. [...] Nous ne retenons pas de syndrome douloureux somatoforme persistant, car il n'existe pas [de] douleurs chroniques, accompagnées d'un sentiment de détresse et non expliquées entièrement par un processus physiologique. Il n'y a pas dramatisation des douleurs, ni de sollicitation accrue de la part de l'entourage. Les atteintes rapportées sont homogènes avec les atteintes décrites au niveau de la vie quotidienne. Même si les douleurs surviennent dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux, ces aspects ne jouent pas de principal rôle. Il n'existe pas de bénéfice primaire lié à ses douleurs" (cf. dossier OAI, p. 477). Au vu de ces éléments, le rapport d'expertise du 27 novembre 2023 remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, il se fonde sur des examens complets, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. En outre, le contexte médical est clairement décrit, les plaintes de l'expertisé ont été prises en compte et les conclusions sont dûment motivées. On peut également relever que les deux experts se sont prononcés sur les objections soulevées

par le recourant et ont clairement maintenu leurs conclusions dans leur rapport complémentaire du 28 mars 2024 (dossier OAI, p. 661). 5.2. Dans son recours, le recourant s'étonne tout d'abord du fait que l'OAI ait demandé une détermination aux mêmes experts suite à ses objections et pas à quelqu'un de neutre. Il allègue ensuite que, dans l'expertise, on ne parle jamais du Dr O.\_\_\_\_\_, ni de P.\_\_\_\_\_. Il considère également que son suivi auprès du Dr Q.\_\_\_\_\_ et de la psychologue R.\_\_\_\_\_ n'a pas été pris en compte. Il souligne en outre qu'un avis du Dr N.\_\_\_\_\_ fait défaut. Enfin, il relève des erreurs de traduction de la part de l'interprète et des erreurs au sujet des médecins consultés et des diagnostics. Par la suite, dans le cadre de la procédure de recours, le recourant a produit différents avis médicaux dont en particulier celui du Dr C.\_\_\_\_\_ du 25 avril 2024, la lettre de sortie du 23 août 2024 de D.\_\_\_\_\_ suite à son hospitalisation du 5 au 16 août 2024 et le résultat d'une radiographie lombaire du 18 septembre 2024 qui ne figuraient pas dans le dossier de l'OAI.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Les griefs invoqués dans le recours ne sont toutefois pas fondés. En effet, on ne peut pas reprocher à l'autorité intimée d'avoir demandé des précisions aux experts au sujet des critiques soulevées par le recourant dans le cadre de ses objections au projet de décision. Le fait de demander un complément d'expertise est tout à fait admissible et fait même partie de l'obligation d'instruction de la demande découlant de l'art. 43 LPGA. A noter que, contrairement aux explications données par l'autorité intimée dans ses observations du 29 octobre 2024, on ne se trouve pas dans le cas d'une expertise de suivi, mais simplement dans un complément d'expertise, qui par essence est demandé aux mêmes experts. On rappellera également qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise, mais que la valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels. En outre, contrairement à ce que prétend le recourant, dans le cadre de l'expertise, l'expert somatique a tenu compte de l'ensemble des rapports médicaux au dossier, dont celui du Dr O.\_\_\_\_\_ du 28 octobre 2022 (dossier OAI, p. 278, expressément mentionné aux pages 6, 7, 16, 21, 22 et 45 de l'expertise). Il sied par ailleurs de relever que, dans son rapport du 16 janvier 2023 (dossier OAI, p. 273), ce spécialiste estime qu'il n'est pas en mesure de répondre à la plupart des questions posées. L'expert a également fait référence aux infiltrations pratiquées à S.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise p. 17) – lesquelles n'ont apporté au demeurant aucune amélioration – et mentionne le rapport du 11 janvier 2022 du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin auprès de cette institut (cf. rapport d'expertise p. 44). Cela étant, il faut souligner que, dans un courrier du 12 janvier 2022 (cf. dossier OAI, p. 165), ce spécialiste indique qu'il ne souhaite pas se prononcer sur la capacité de travail. S'agissant du Dr N.\_\_\_\_\_, ce spécialiste a également renoncé à se prononcer en relevant, dans un courrier du 1er juin 2023 (dossier OAI, p. 357), que le patient était venu à sa consultation pour seulement 3 séances d'acupuncture antalgique. L'expert a en outre mentionné l'avis du Dr Q.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise, p. 28, 30 et 44) et a expressément expliqué pourquoi il s'en écartait. A cet égard, on peut relever que les rapports du psychiatre traitant du 28 février 2022 (dossier OAI, p. 174) et du 27 juin 2023 (dossier OAI, p. 378) sont relativement succincts et ne donne pas d'explications concrètes sur les limitations fonctionnelles qui empêchent le recourant d'exercer une activité adaptée. Dans son rapport du 24 octobre 2023 (dossier OAI, p. 439), il détaille ces limitations en relevant que les symptômes d'anxiété et de dépression sont graves, qu'ils entraînent une incapacité à se concentrer, à prendre des décisions, à interagir avec d'autres personnes et à accomplir des tâches de manière efficace, que le

patient souffre de trouble du sommeil et d'une fatigue persistante qui diminuent la qualité de vie, la concentration et la performance au travail. Dans le cadre de l'expertise, l'expert constate également la présence de trouble du sommeil, de trouble de la concentration, d'une bradypsychie (ralentissement du cours de la pensée), d'une baisse d'intérêt, d'une perte d'élan vital et en a tenu compte puisqu'il estime que le recourant présente une diminution de rendement de 30 % en raison de ces limitations. Enfin, même si l'on ne peut que regretter que des erreurs de traduction aient été relevées, on doit souligner que celles-ci concernent la description de la journée du recourant et n'ont pas eu d'influence sur les conclusions de l'expertise. Il en est de même des erreurs alléguées en ce qui concerne les lieux de pratique de certains médecins. S'agissant des pièces médicales produites dans le cadre de la procédure de recours, la Cour de céans constate qu'elles ne sont pas suffisamment pertinentes pour remettre en cause les

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 conclusions de l'expertise. En effet, d'une part, dans son rapport du 25 avril 2024, le Dr C. \_\_\_\_\_, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie, conteste les conclusions de l'expertise essentiellement sur le plan psychique. D'autre part, la radiographie du 18 septembre 2024 fait état de lombalgies, qui étaient déjà documentées dans le dossier (cf. rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ du 11 janvier 2022 [dossier OAI, p. 166], du Dr O. \_\_\_\_\_ du 28 octobre 2022 [dossier OAI, p. 278] et du Dr I. \_\_\_\_\_ du 16 mars 2023 [dossier OAI, p. 300] et du 25 octobre 2023 [dossier OAI, p. 438]), qui ont été constatées par l'expert lors de son examen clinique (rapport d'expertise p. 19) et qui ont donc été prises en compte dans son appréciation globale de la capacité de travail dans l'ancienne activité et dans une activité adaptée. Enfin, dans la lettre de sortie de D. \_\_\_\_\_, les médecins posent le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), alors que l'expert retient un épisode dépressif moyen, ce qui laisse penser que l'état de santé psychique s'est quelque peu amélioré. A noter que la différence de diagnostics entre trouble dépressif récurrent et épisode dépressif n'est pas relevante par rapport aux limitations engendrées par l'atteinte, lesquelles ont au demeurant été prises en compte par l'expert qui retient une diminution de rendement de 30 %. Dans leur rapport du 18 décembre 2024, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la Dre U. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, auprès du SMR se sont déterminés sur les deux dernières pièces médicales et ont conclu qu'elles n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions du précédent rapport du SMR du 12 juin 2024 (dossier OAI, p. 685) qui reconnaissait une pleine valeur au rapport d'expertise. Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans estime que les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 27 novembre 2023 sont bien documentées, motivées et convaincantes, de sorte que l'on peut retenir que le recourant présente certes une incapacité de travail totale dans son ancienne activité, mais qu'il conserve une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée plus légère. On peut d'ailleurs relever que, dans l'annexe au rapport médical du 6 août 2021 (dossier OAI, p. 88), le Dr H. \_\_\_\_\_ estime qu'une capacité de travail dans une activité adaptée est possible et que, dans un rapport du 3 août 2021 (dossier OAI, p. 107), le Dr K. \_\_\_\_\_ atteste que, dès le 6 septembre 2021, une reprise à 50 % est possible dans le contexte d'une reconversion professionnelle. Les seuls médecins à considérer que le recourant ne peut plus travailler même dans une activité adaptée sont le Dr I. \_\_\_\_\_ et le Dr L. \_\_\_\_\_. Toutefois, leur avis n'est pas suffisamment étayé et tient compte d'éléments extra-médicaux comme ses difficultés en français, de sorte qu'ils ne sont pas suffisants pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. 5.3. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, le recourant estime qu'elle n'est pas réaliste,

car il n'existe aucune activité qui ne sollicite pas la nuque. Un tel argument ne peut toutefois pas être suivi. En effet, l'expert n'a pas conclu à une interdiction complète de sollicitation, mais à une absence de mouvements répétitifs de la nuque. D'ailleurs, s'il ne pouvait absolument pas solliciter sa nuque, le recourant aurait beaucoup de difficulté à tenir sa tête, à se mouvoir et à conduire par exemple, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Compte tenu des limitations fonctionnelles que présente le recourant (absence de travail au-dessus des épaules, absence de port de charges de plus de 15 kg à deux mains, absence de port de charges de plus de 10 kg avec le membre supérieur droit, absence de mouvements répétitifs de la nuque), on doit retenir que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères accessibles sans aucune formation particulière. L'autorité intimée a d'ailleurs illustré ce fait par le biais d'exemples concrets (montage à l'établi, contrôle de produit fini, conduite de machines semi-automatiques, conditionnement léger). Le grief du recourant est dès lors mal fondé et doit être rejeté.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 5.4. Le calcul du taux d'invalidité en tant que tel n'est pas remis en cause par le recourant et ne prête au demeurant pas le flanc à la critique. Celui-ci doit donc être fixé à 31,54 %, respectivement 38,38 % dès le 1er janvier 2024, ce qui n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à la rente. Le recours, mal fondé, doit par conséquent être rejeté et la décision querellée confirmée. 6. Le recourant a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire partielle. 6.1. Selon l'art. 61 let. f, 2ème phrase, LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). 6.2. S'agissant de la première condition, il ressort des pièces produites que le recourant est soutenu financièrement par le Service social de V.\_\_\_\_\_, de sorte que l'on peut admettre qu'il ne dispose manifestement pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite le 19 août 2024 sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. S'agissant de la seconde des conditions, il peut être admis que le recours ne paraissait pas d'emblée dénué de toute chance de succès. Il convient ainsi de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle dans le cadre de la procédure de recours et de le dispenser du paiement des frais de justice. 7. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire partielle accordée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours (608 2024 114) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire partielle (608 2024 132) est admise. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire partielle qui lui a été accordée. IV. 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. Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA). Fribourg, le 9 octobre 2025/meg La Présidente La Greffière-rapporteure

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