



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

608 2018 118
608 2018 119

Arrêt du 18 juin 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Benoît Sansonnens,
avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité; rente

Recours (608 2018 118) du 3 mai 2018 contre la décision du
14 mars 2018; demande (608 2018 119) d'assistance judiciaire du
même jour

considérant en fait

A. A. _____, né en 1980, domicilié à B. _____, divorcé et père de deux enfants mineurs, travaillait en tant qu'aide de cuisine au sein d'un restaurant. Il est en incapacité de travail, médicalement attestée, depuis le 1^{er} janvier 2016.

Le 29 mars 2016, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison d'une "*hernie discale cervicale*" et de "*douleurs au dos [et] au cœur*", atteintes présentes depuis mai 2010 mais exacerbées depuis le 31 décembre 2015.

Après avoir interrogé son Service médical régional (ci-après: SMR), par décision du 3 mai 2018, reprenant un projet du 18 avril 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en l'absence d'une quelconque perte de gain.

B. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 3 mai 2018 concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière.

A l'appui de ses conclusions, il soutient que les prises de position du SMR sont incomplètes, ignorant en particulier ses problèmes proctologiques et psychiatriques, et ne sauraient suffire pour statuer. Estimant le dossier insuffisamment instruit, il demande qu'une expertise pluridisciplinaire (volets orthopédique, psychiatrique et proctologique) soit mise sur pied.

Parallèlement à son recours, le recourant demande (608 2018 119) à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et à ce que son mandataire, Me Benoit Sansonnens, soit désigné défenseur d'office.

Dans ses observations du 24 mai 2018, l'OAI propose le rejet du recours. A l'appui de sa proposition, il estime avoir dûment tenu compte de toutes les limitations fonctionnelles du recourant. Cela étant, il soutient que les troubles psychiques n'ont été relevés par la généraliste traitante qu'en cours de procédure – s'étonnant que le patient n'ait pas été adressé à un spécialiste – et que l'état de santé de son assuré est influencé par des facteurs socio-culturels n'engageant pas sa responsabilité.

Il sera fait état des arguments, invoqués par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Le recours est recevable. Il 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, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

2.1. A teneur 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 biais 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.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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 (cf. art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281; 127 V 294; 102 V 165; VSI 2001 p. 223).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281; 130 V 396). En outre, l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics, par exemple si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable qui permettent de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance. La capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. ATF 143 V 409; 141 V 281).

3.

3.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n.17 consid. 2a; 1991 n.11 et 100 consid. 1b; 1990 n.12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

3.2. Pour statuer, 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).

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. 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).

3.3. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1^{ère} 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 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 dossier 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. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). 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.

En l'occurrence, est litigieux le droit du recourant à percevoir des prestations de l'assurance-invalidité, ce qui implique l'examen de l'impact de son état de santé sur sa capacité de travail.

Dans la décision litigieuse du 14 mars 2018, l'OAI estime que l'assuré serait en mesure d'exercer une activité adaptée, se fondant sur l'avis de son médecin SMR, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie.

4.1. Le Dr C. _____ s'est prononcé sur le cas du recourant dans un rapport du 15 septembre 2016. Il s'agit du rapport médical sur lequel l'OAI s'est fondé pour rendre son projet de décision du 18 avril 2017.

Le médecin y affirme que l'assuré est en mesure d'exercer à temps plein et sans perte de rendement une activité adaptée, soit une activité sans port de charge de plus de 3 kg, sans travaux avec les bras au-dessus de la tête et sans besoin de se pencher. Il souligne toutefois que, *"en cas de persistance d'une [incapacité] de travail attestée, une consultation chez un psychiatre devrait être proposée"* (dossier OAI, p. 85).

Pour rédiger son rapport, le médecin du SMR s'est référé aux pièces figurant dans le dossier de l'assurance-accidents.

Il s'agit, en particulier, d'un rapport de la Dresse D. _____, spécialiste en médecine interne générale, du 18 août 2016. Dans son rapport, celle-ci diagnostiquait une *"anxiété généralisée"* (F41.1), un *"trouble de la personnalité sans précision"* (F60.9) ainsi qu'une *"hernie cervicale C5/C6 para-médiane et foraminale avec compression de la racine C6 à droite"*. Elle expliquait que les douleurs cervicales et dorsales, préexistantes depuis 2008, se sont péjorées suite à une chute le 31 décembre 2015, avec des extensions à l'occiput, au sacrum et au cœur, faisant état de nouveaux troubles gastroentérologiques. Elle précisait qu'il n'avait *"jamais été possible d'aborder la situation psycho-sociale de ce patient, tant les symptômes douloureux étaient envahissants et l'anxiété qu'ils généraient très importante"*. Mais elle relevait que son patient évoquait une situation stressante dans son ancienne profession. Elle exprimait surtout le souhait de ce dernier de reprendre une activité à temps plein et avait arrêté d'attester une incapacité de travail au 18 mai 2016. Evoquant le risque d'une rechute, elle estimait qu'une activité adaptée ne devait pas nécessiter de port de charges de plus de 3 kg (dossier OAI, p. 65). Si la Dresse D. _____ évoquait effectivement l'existence de troubles psychiques, ceux-ci semblaient secondaires à l'évolution de sa situation personnelle et de ses troubles somatiques. Ces derniers sont, par ailleurs, l'objet central de ses examens et, au vu des restrictions évoquées, la principale cause de l'incapacité de travail qu'elle retient depuis le 4 janvier 2016. Bien qu'émettant des réserves quant à une éventuelle rechute, la docteure n'atteste au demeurant plus aucune incapacité de travail depuis le 18 mai 2016, son patient s'étant inscrit au chômage.

Les autres pièces au dossier ne font pas état non plus d'une quelconque incapacité de travail. Ainsi, à la même période, le Dr E. _____, spécialiste en médecine interne générale, faisait état d'*"examens cliniques et paracliniques rassurants"* (dossier OAI, p. 31). Pour sa part, le Dr F. _____, spécialiste en neurochirurgie, diagnostiquait des *"cervico-brachialgies droites non déficitaires"* et décrivait un patient émettant des plaintes importantes et *"anxieux"* (dossier OAI, p. 33). Quant aux médecins du service des urgences de G. _____, consultés en urgence par le recourant en raison de troubles gastro-entérologiques, ceux-ci ne font pas état de troubles particuliers (dossier OAI, p. 75 et 77). Enfin, la Dresse H. _____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, attestait que, du point de vue cardiaque, il n'y avait *"pas de contre-indication à travailler à 100%"* (dossier OAI, p. 79). L'on précise que, préalablement à l'aggravation déclarée en 2016, le Dr I. _____, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie, excluait une origine cardiaque aux douleurs dont se plaignait l'assuré, évoquant des douleurs d'origine musculo-squelettique (dossier OAI, p. 9). Quant à la Dresse J. _____, spécialiste en médecine interne générale, celle-ci évoquait seulement un patient ayant subi une opération de l'anus en 2013 (dossier OAI, p. 98).

Il ressort de ces différents rapports médicaux que, s'agissant strictement de l'évaluation de la capacité de travail, l'appréciation du médecin SMR s'inscrit dans la tendance des pièces du dossier. Le recourant se voyait alors reconnaître une pleine capacité de travail.

4.2. L'assuré s'est opposé à ce projet de décision en produisant de nouveaux rapports médicaux de ses différents médecins.

En cela, il se prévaut d'abord des rapports de sa généraliste traitant, la Dresse D._____. Celle-ci fait état d'un tableau clinique qui *"évoque toujours un trouble douloureux chronique somatoforme avec trouble de la personnalité et des troubles anxieux généralisés"*. Attestant d'une capacité de travail réduite dans une activité adaptée de caissier, de l'ordre de 40% à 50%, elle insiste sur la nécessité de mettre sur pied une expertise psychiatrique (rapports du 16 mai 2017, du 9 avril 2017 et du 9 octobre 2017, dossier OAI, p. 91, 111 et 161; cf. ég. pièce 3 bordereau).

Sur le plan psychiatrique, malgré l'importante gravité des troubles allégués par la doctoresse depuis janvier 2016, force est de constater qu'il n'existe aucune consultation spécialisée. En outre, aucune médication autre qu'antalgique n'est évoquée. Cette absence totale de suivi et de traitement psychiatrique durant deux ans relativise fortement les allégués de la généraliste quant à la gravité des troubles. Ses seules affirmations ne rendent pas plausible l'existence de troubles psychiques d'une gravité telle qu'ils auraient un impact sur la capacité de travail du recourant. Il lui appartenait à tout le moins, s'il constatait un diagnostic important dont, selon lui, résultait une incapacité de travail sur une longue période, d'expliquer les motifs qui l'ont conduit à renoncer à prescrire un suivi et un traitement spécialisé. Dans ces conditions, l'incapacité de travail telle qu'attestée n'est pas convaincante. C'est par ailleurs ce que relève le Dr C._____ dans son second rapport du 23 janvier 2018 (dossier OAI, p. 142).

Sur les plans gastroentérologique et cardiaque, la généraliste ne cite pas d'atteintes invalidantes. Les autres médecins interrogés n'attestent d'aucune limitation sur ce plan non plus. Ainsi, la Dresse K._____, médecin praticien, évoque une consultation pour des douleurs para-sternales gauche mais relève que la situation est globalement normale, avec *"examen biologique [et] un ECG dans la norme"* qui lui fait *"exclure une origine cardiaque ainsi qu'une embolie pulmonaire"* (dossier OAI, p. 134). Pour sa part, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie et en chirurgie viscérale, annonce une *"fissure anale aiguë"* diagnostiquée le 24 mai 2017 mais n'indique pas que cette atteinte serait invalidante, évoquant au contraire un traitement *"conservateur par Rectogésic"* (dossier OAI, p. 102 et 113).

Enfin, le recourant se prévaut des conclusions d'un stage réalisé auprès de la fondation M._____ selon lesquelles il ne serait pas capable de travailler à plus de 50% dans une activité de type caissier-vendeur. Toutefois, de jurisprudence constante, les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, ces dernières étant susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré (cf. arrêt TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.1; ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

Partant, les conclusions du Dr C._____ semblent toujours actuelles. Interrogé spécifiquement par l'OAI sur ce point, c'est ce que confirme au demeurant ce dernier dans son second rapport du 23 janvier 2018 (dossier OAI, p. 142). En l'état du dossier, ses conclusions sont, à tout le moins, nullement mises en doute par les déclarations du recourant et de son médecin généraliste.

4.3. Il ressort de ce qui précède que le recourant est en mesure d'exercer à temps plein et sans perte de rendement une activité adaptée, soit une activité sans port de charge de plus de 3 kg, sans travaux avec les bras au-dessus de la tête et sans besoin de se pencher.

Le recourant ne conteste pas la comparaison des revenus opérée par l'autorité intimée, en particulier les montants retenus au titre de revenu de valide et d'invalide, concentrant son argumentation sur la problématique médicale. Au demeurant, cette comparaison des revenus n'apparaît *a priori* pas devoir faire l'objet de critiques et peut être confirmée par la Cour de céans. Le degré d'invalidité est dès lors insuffisant pour reconnaître au recourant le droit à une rente.

Il s'ensuit que, mal fondé, le recours (608 2018 118) doit être rejeté et la décision du 14 mars 2018 confirmée.

Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Le recours ayant été rejeté sur le fond, il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

5.

Le recourant sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire totale (608 2018 119) dans le cadre du recours contre la décision du 14 mars 2018.

5.1. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal 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 de 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).

D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). L'octroi de l'assistance judiciaire peut être subordonné au paiement d'une contribution mensuelle aux prestations de la collectivité publique (al. 3). L'assistance judiciaire ne dispense pas du versement de l'indemnité de partie visée aux articles 137 et suivants (al. 4).

Dans la mesure où l'assistance judiciaire est une avance faite par la collectivité publique sur les frais de justice, la collectivité publique peut exiger le remboursement de ses prestations dans les dix ans dès la clôture de la procédure en cas de retour à meilleure fortune ou s'il est démontré que l'état d'indigence n'existait pas (art. 145b CPJA).

5.2. Le recourant est soutenu par le service de l'aide sociale de sa commune. Dans ces circonstances et sans de plus amples démonstrations, la condition de l'indigence est en l'occurrence vraisemblablement remplie.

S'agissant de la seconde des conditions des chances de succès, il convient de relever que les arguments invoqués à l'appui du recours n'apparaissaient, à première vue, pas d'un très grand poids. Cela étant, l'examen du dossier auquel a dû se livrer la Cour a tout de même présenté

certaines difficultés, de sorte qu'il n'est pas possible d'en conclure que le recours était d'emblée dénué de toute chance de succès.

Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 119) peut être admise et Me Benoît Sansonnens, avocat, désigné comme défenseur d'office.

Les frais de justice, par CHF 800.-, mis à la charge du recourant ne sont dès lors pas prélevés, ce dernier étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale.

Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire ainsi que des opérations effectuées par le mandataire du recourant, consistant principalement en l'étude du dossier et le dépôt d'un mémoire de recours, la Cour de céans fixe *ex aequo et bono* l'indemnité à CHF 1'000.-, plus CHF 77.- au titre de la TVA (7.7%), et la met intégralement à la charge de l'OAI.

la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2018 118) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 119) est admise pour la procédure de recours et Me Benoît Sansonnens, avocat, est désigné défenseur d'office.
- III. Les frais de procédure, par CHF 800.- sont mis à la charge du recourant mais ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée.
- IV. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens, avocat, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'000.-, plus CHF 77.- au titre de la TVA (7.7%), et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.
- 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 18 juin 2019/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :