



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

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

608 2019 232
608 2019 233

Arrêt du

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Johannes Frölicher

Juges :

Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux

Greffière :

Pauline Volery

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Olivier Brunisholz,
avocat

contre

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

Objet

Assurance-invalidité - droit à la rente - capacité de travail résiduelle

Recours du 30 août 2019 contre la décision du 28 juin 2019

Assistance judiciaire

considérant en fait

A. A._____, né en 1962, de nationalité B._____, marié, sans formation, s'est établi en Suisse en 1994. Il y a occupé plusieurs emplois non qualifiés dans le bâtiment, l'intendance, l'agriculture et l'industrie. Depuis la fin 2007, il travaillait en qualité d'ouvrier de production (opérateur sur machines automatisées) à 100% auprès d'une entreprise de production de verre.

Le 9 juin 2015, alors qu'il portait une pièce en verre dans le cadre de son travail, il a chuté après avoir brusquement ressenti des douleurs électriques au dos.

Il s'est rendu le jour même au service des urgences de C._____, à D._____, où les premiers soins lui ont été prodigués et où on lui a reconnu une incapacité de travail de 100%.

Le 15 juin 2015, il a subi une IRM lombaire qui a mis en évidence la présence d'une hernie discale médiane et paramédiane bilatérale à prédominance gauche en L4-L5 et d'une discrète protrusion discale en L8-S1 (dossier OAI, pièce 25, p. 123).

Son cas a été pris en charge par la Suva, auprès de laquelle il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles par le biais de son employeur. Celle-ci lui a alloué des indemnités journalières du 12 juin 2015 au 13 janvier 2016 et a pris en charge ses frais de traitement jusqu'à cette dernière date.

Le 7 juillet 2015, il a été examiné à la clinique de chirurgie orthopédique de C._____, à E._____, où on lui a diagnostiqué une hernie discale L4-L5 et paramédiane à gauche avec un syndrome lombo-radicaire L5 principalement à gauche, une arthrose interfacettaire lombaire pluri-étagée ainsi qu'un canal lombaire étroit prédominant en L4-L5. Il a bénéficié d'un traitement conservateur et son arrêt de travail a été prolongé jusqu'au 22 octobre 2015 (dossier OAI, pièce 33, p. 147 s.).

En octobre 2015, il a consulté le Dr F._____, spécialiste FMH en neurologie, qui lui a diagnostiqué un syndrome lombo-radicaire limitatif L5 à gauche ainsi qu'une maladie de Forestier. Le neurologue a constaté qu'il présentait depuis plusieurs années des lombosciatalgies L5 sur une hernie L4/L5 déjà constatée en 2013 et que ses douleurs avaient augmenté suite à la chute de juin 2015, mais qu'il n'existait toutefois pas de déficit ni de signe de dénervation. Il a préconisé des anti-inflammatoires non stéroïdiens et de la chiropraxie et a estimé qu'une nouvelle orientation professionnelle devait être envisagée (dossier OAI, pièce 24, p. 53).

B. Le 26 octobre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : OAI) en invoquant l'atteinte à la santé liée à son accident de travail du 9 juin 2015. Il a expliqué qu'il n'arrivait plus à marcher plus de 200 mètres, ni à rester en position assise ou debout (dossier OAI, pièce 10, p. 14 ss).

Le 7 décembre 2015, il s'est vu licencié par son employeur avec effet au 29 février 2016 pour des motifs économiques (dossier OAI, pièce 18, p. 41).

L'OAI est entré en matière sur la demande de l'assuré. Le 12 juillet 2016, il lui a octroyé des mesures d'intervention précoce sous forme d'un stage d'évaluation auprès de G._____, à E._____.

L'assuré a fréquenté G. _____ dès le 5 septembre 2016 pour une durée de quatre semaines. Le rapport d'évaluation de G. _____, daté du 4 octobre 2016, a indiqué que l'assuré avait réalisé des activités dans trois secteurs (tertiaire, production et activité créatrices) et que, même s'il avait été fiable dans ses présences, les différentes activités avaient demandé des repos couchés fréquents, de sorte que les résultats de rendements étaient faibles et peu exploitables. Les auteurs du rapport ont conclu qu'au vu des difficultés rencontrées par l'assuré, une reprise d'activité dans le marché du travail semblait compromise pour le moment (dossier OAI, pièce 44, p. 170 ss).

Par communication du 14 novembre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'entrait en ligne de compte en l'état (dossier OAI, pièce 48, p. 179).

C. Le 1^{er} juin 2017, l'OAI a mandaté le Dr H. _____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, pour établir une expertise.

Dans son rapport final d'expertise, daté du 16 janvier 2018, l'expert a conclu que la capacité de travail de l'assuré était définitivement nulle dans l'activité habituelle de manutentionnaire depuis le 29 juin 2015, expliquant que le degré d'incapacité de travail était resté sans changement et sans espoir de modification à moyen ou long terme pour des raisons d'atteinte à la santé physique entraînant des conséquences psychologiques graves. Il a en outre indiqué qu'aucune autre activité professionnelle n'était exigible de la part de l'assuré, seule une activité en atelier protégé étant envisageable en l'état à titre éventuel de rééducation à l'effort, précédée d'une rééducation musculo-squelettique au long cours qui permettrait d'accéder à une rééducation professionnelle (dossier OAI, pièce 74, p. 240).

D. Suivant l'avis du médecin de son Service médical régional (ci-après : SMR), qui a jugé l'expertise du Dr H. _____ non probante, l'OAI a diligencé le 12 décembre 2018 une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie auprès du I. _____, à E. _____.

L'expertise a été réalisée par le Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, la Dre K. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et le Dr L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie.

Dans leur rapport final d'expertise, daté du 29 avril 2019, les experts ont conclu que l'assuré présentait une incapacité de travail complète dans l'activité de manutentionnaire/vitrier depuis son accident du 9 juin 2015, mais que sa capacité de travail demeurait entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement (dossier OAI, pièce 109, p. 325).

E. Après avoir soumis le dossier à son médecin SMR pour appréciation, l'OAI s'est fondé sur ces dernières conclusions pour refuser à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité par décision du 28 juin 2019. Il a retenu que l'état de santé de l'intéressé lui permettait d'exercer une activité adaptée à plein temps, par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère ou les services (montage à l'établi, contrôle de produits finis, conduite de machines semi-automatiques, usinage de pièces légères ou conditionnement léger notamment), de sorte qu'il pouvait réaliser un revenu annuel de CHF 67'070.60 (salaire fondé sur l'enquête suisse sur la structure des salaires 2016, adapté à une durée de travail hebdomadaire de 41,7 heures). En tenant compte d'un revenu annuel de valide de CHF 66'703.75 correspondant au dernier salaire réalisé par l'assuré (cf.

dossier OAI, pièce 15, p. 33), indexé à 1,1% pour 2015, il a conclu que l'assuré ne subissait aucune perte de gain (dossier OAI, pièce 119, p. 375 ss).

F. Contre cette décision, A. _____, représenté par Me Olivier Brunisholz, avocat à Genève, interjette recours le 30 août 2019 auprès du Tribunal cantonal. Sous suite de frais judiciaires et dépens, il conclut principalement à l'annulation de la décision querellée, à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité et au renvoi de la cause à l'OAI pour le calcul de la rente. Subsidiairement, il conclut au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. En tout état de cause, il sollicite l'octroi de l'assistance judiciaire totale et la désignation de son avocat en qualité de défenseur d'office.

À l'appui de ses conclusions, le recourant fait d'abord valoir une constatation inexacte ou incomplète des faits par l'autorité intimée. Selon lui, c'est à tort que cette dernière a considéré l'expertise du Dr H. _____ comme non probante et qu'elle ne l'a pas prise en compte dans le cadre de l'évaluation du droit à la rente. Il soutient par ailleurs, en se fondant sur le rapport d'évaluation de G. _____, que c'est de manière erronée que l'OAI a considéré qu'il disposait d'une capacité lucrative entière sans diminution de rendement.

Le recourant invoque par ailleurs une violation du droit, y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation. Il estime en effet que l'autorité intimée a violé les art. 4 LAI et 6 à 8 LPGA en écartant à tort l'expertise du Dr Pierre de Goumoëns dans l'évaluation de l'invalidité et en basant uniquement sa décision sur l'expertise de I. _____. Selon lui, la première expertise est probante, tandis que la deuxième ne l'est pas car elle comporte des incohérences. Il fait également valoir une violation de son droit d'être entendu (art. 42 LPGA) en raison du refus de l'OAI de demander un complément d'expertise au Dr H. _____ malgré les différentes demandes de son mandataire en ce sens. En outre, il soulève une violation du principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA), estimant que, dans la mesure où les deux expertises mises en œuvre relèvent des limitations fonctionnelles importantes, mais que l'une conclut à une incapacité totale et l'autre à une capacité entière de travail, l'autorité intimée n'était pas à même de favoriser les conclusions de l'une ou l'autre expertise sans plus d'investigation. Il invoque de plus une violation des art. 8 et 28 LAI, alléguant que son droit à la rente, respectivement son invalidité, doivent être évalués dans la mesure où, de l'aveu de l'OAI, toute mesure de réadaptation resterait sans effet au vu de son état de santé physique. Par ailleurs, il estime que l'autorité intimée a violé l'art. 16 LPGA en retenant un taux de capacité de travail exigible de 100% alors qu'il n'est plus en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui. Il soutient que son invalidité, soit sa capacité de gain, doit être évaluée à la lumière de l'expertise du Dr Pierre de Goumoëns, qui conclut à une invalidité, respectivement une incapacité de gain, totale. Enfin, il invoque une violation des art. 36 ss LAI par l'autorité intimée, celle-ci n'ayant pas calculé la rente qui lui est due.

Dans ses observations du 16 septembre 2019, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 28 juin 2019 en se référant au dossier de la cause.

Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures entre les parties.

Il sera fait état du détail des arguments développés par celles-ci 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, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leurs moyens de preuve.

en droit

1. *Recevabilité.*

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2. *Notion d'invalidité et conditions du droit à une rente.*

2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le 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.

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 (art. 7 al. 2 2^{ème} 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 i. f.).

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).

Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à

une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

2.3. 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, 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.

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 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.

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (Tribunal fédéral, arrêts 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174, 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408).

Autrement dit, le dernier salaire que l'assuré aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'il aurait pu réaliser s'il avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 158 consid. 5c/cc) - est comparé au gain hypothétique qu'il pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap. L'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé (sur l'ensemble de la question, voir ATF 125 V 146; SVR 2006 IV n° 42 p. 151; arrêt I 156/04 du 13.12.2005; arrêt I 417/92 du 19 mai 1993).

2.4. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. 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 (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). 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 (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références).

Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'une personne assurée qui se trouve proche de l'âge donnant droit à une rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, elle est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les réf.; voir ég. JACQUES-ANDRÉ SCHNEIDER, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in: Grenzfälle in der Sozialversicherung, 2015).

Selon la jurisprudence (cf. ATF 138 V 457), pour déterminer s'il est exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il mette en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (cf. art. 16 LPGA), il faut se placer au moment de la date de l'expertise médicale qui sert de fondement aux constatations de fait relatives à la capacité de travail.

3. Force probante des documents médicaux.

3.1. 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).

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).

3.2. 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).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

3.3. 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). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

4.Éléments de procédure.

4.1. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA).

Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2).

Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le principe inquisitoire n'est en outre pas absolu dans la mesure où sa portée est restreinte par le

devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références).

4.2. L'art. 29 al. 2 Cst. consacre le droit d'être entendu des parties à la procédure. Celui-ci permet notamment au justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir valablement des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées).

Le droit de faire administrer des preuves suppose que le fait à prouver soit pertinent, que le moyen de preuve proposé soit nécessaire pour constater ce fait et que la demande soit présentée selon les formes et délais prescrits (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148). Cette garantie constitutionnelle n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 p. 298 s. et les arrêts cités).

Aux termes de l'art. 42 1^{ère} phrase de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les parties ont le droit d'être entendues.

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités).

Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1; ATF 133 I 201 consid. 2.2).

5. Questions litigieuses et éléments ressortant des documents médicaux.

5.1. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle.

Se fondant sur l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr H. _____, le recourant estime que son état de santé physique entrave sa capacité de gain au point de justifier l'octroi d'une rente complète de l'assurance-invalidité.

L'OAI, pour sa part, se base sur l'expertise pluridisciplinaire établie par le Dr J._____, la Dre K._____ et le Dr L._____ pour retenir que le recourant présente une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée, de sorte qu'il ne subit pas de perte de gain et n'a ainsi aucun droit à une rente d'invalidité.

Pour juger ce qu'il en est, il convient d'abord d'examiner l'ensemble des documents médicaux figurant au dossier, en commençant par les expertises.

5.2. Dans son rapport d'expertise du 16 janvier 2018, le Dr H._____ passe d'abord en revue les documents pertinents du dossier asséculogique, puis il revient sur l'anamnèse et les plaintes de l'assuré. Il décrit en outre le status de ce dernier de la façon suivante : *« Le déshabillage est malaisé, limité par des douleurs diffuses, avec des stratégies d'évitement au niveau, principalement, du rachis et du complexe lombo-pelvi-bifémoral. La marche montre une raideur lombo-fessière gauche (...). La marche sur les talons est douloureuse à gauche, provoquant une douleur sur tout le segment lombaire, irradiant dans la face postérieure de la cuisse (...). Boiterie antalgique entraînant une flexion antérieure du tronc, lors de la mise en charge du membre inférieur gauche. En station debout, bascule antérieure du bassin en réponse au recurvatum actif forcé des genoux, s'accompagnant d'une ptose abdominale marquée. L'extension globale active forcée du rachis par l'élévation des membres supérieurs avec rétroversion du tronc entraîne une douleur diffuse sur l'ensemble de la colonne. L'extension lombaire isolée est douloureuse localement. L'accroupissement est annoncé comme pénible mais réalisable, le redressement après accroupissement entraîne un blocage douloureux lombaire gauche. (...) Rachis cervical : la mobilité dans les rotations, inclinaisons et extension-flexion est limitée par des douleurs diffuses, contro-latérales aux inclinaisons, homolatérale aux rotations, avec diffusion en amont et en aval le long de l'axe rachidien lors des extensions-flexion. (...) Examen neurologique : la manœuvre de Lasègue provoque une douleur lombo-fessière à partir de 40° d'élévation à gauche, correspondant donc à un pseudo-Lasègue dans le cadre du syndrome de Maigne. (...) Les réflexes myotatiques d'extension (bicipital tricipital, huméro-stylo-radial, rotulien et achilléen) des 2 côtés sont faibles, mais symétriques. Le signe de Tinel est positif au poignet droit, sans traduction spontanée. Je n'ai pas recherché le signe de Phalen, vu le silence clinique actuel d'un éventuel canal carpien, évoqué par ailleurs dans le dossier. À noter enfin des dysbalances musculaires généralisées, aussi bien le long de l'axe rachidien que du squelette appendiculaire avec hypoextensibilité de la musculature à prédominance posturale »* (dossier OAI, pièce 74, p. 224 s.).

L'expert en maladies rhumatismales indique par ailleurs les résultats de différents questionnaires psychométriques qu'il a soumis à l'assuré (Central Sensitization Inventory, Hospital Anxiety and Depression scale, Indice de Douleurs et d'Incapacité Cervicales, Échelle de TAMPA, Fear-Avoidance Beliefs questionnaire, Douleur neuropathique, Oswestry Disability Index, Échelle de Dépression de Beck, Questionnaire Douleur de Dallas, SF36 Qualité de la vie physique et mentale, Keele StarT Back risque de chronicisation) et procède à leur analyse. Ainsi, sur la base des différents scores obtenus par l'assuré, il évoque notamment l'existence d'une anxiété maximale et d'une dépression significative/sévère, d'une kinésiophobie maximale, de douleurs neuropathiques, d'un handicap lombaire sévère et d'un risque élevé de chronicisation. Il préconise un examen complémentaire spécialisé psychiatrique s'agissant de l'anxiété et de la dépression et précise que cette dernière nécessite un diagnostic et une prise en charge spécialisés. Pour le risque élevé de chronicisation, il recommande une prise en charge complexe, soit un suivi multi-interdisciplinaire de longue durée (dossier OAI, pièce 74, p. 226).

Il émet les diagnostics suivants ayant une influence sur la capacité de travail : « 1. *Rachialgies chroniques non-spécifiques persistantes : troubles statiques et dégénératifs rachidiens cervico-dorso-lombaires étagés ; radiculopathie irritative chronique L5 droit ; syndrome de Maigne droit ; insuffisance fonctionnelle du muscle moyen fessier gauche, irritation par surcharge du muscle moyen fessier droit ; hernies discales multi-étagées cervicales et lombaires ; canal lombaire étroit constitutionnel ; hyperostose vertébrale ankylosante anamnestique possible / 2. Possible canal carpien droit / 3. Probable conflit sous-acromial droit / 4. Syndrome de déconditionnement global avec : état anxio-dépressif ; kinésiophobie importante, au premier plan ; sensibilisation centrale à la douleur avec atteinte sévère et complexe ; état de santé globalement très abaissé et risque élevé de chronicisation / 5. Syndrome d'apnée du sommeil appareillé / 6. Obésité stade 2 ».*

Comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, il indique un reflux gastro-oesophagien anamnestique ainsi qu'une hypercholestérolémie traitée (dossier OAI, pièce 74, p. 230).

S'agissant des atteintes retenues, l'expert assure : « *En l'occurrence il n'y a aucun doute quant à la réalité de ces diagnostics. Les diagnostics d'importance moindre, ne participant que faiblement à l'ensemble du tableau ou, éventuellement, découlant ultérieurement de lui, ont été énoncés comme « possible » ou « probable » ; ils ont été signalés à titre de proposition d'investigations complémentaires dans le cadre d'un traitement global ultérieur du problème »* (dossier OAI, pièce 74, p. 233).

Il estime que les ressources résiduelles de l'assuré sont très limitées, tant sur le plan physique que psychique. S'agissant des ressources physiques, il indique qu'elles sont extrêmement réduites, correspondant, sur le plan professionnel, à un atelier protégé à temps partiel et, sur le plan des activités de la vie quotidienne, à une dépendance importante en dehors des soins corporels et de l'habillement. Il précise : « *Il est impossible de donner des pourcentages fondés sur des évidences scientifiques, ceci d'autant plus que ces ressources résiduelles peuvent varier dans le temps, en s'améliorant parfois, pour s'aggraver à nouveau. Ce patient est dans le cercle vicieux de la douleur-limitation fonctionnelle-aggravation du déconditionnement-augmentation de la douleur »*. (dossier OAI, pièce 74, p. 236).

L'expert en maladies rhumatismales ne se prononce pas précisément sur les limitations en relation avec les atteintes constatées, que ce soit sur le plan physique (question 2.1), psychique et mental (question 2.2) ou social (question 2.3) : « *Leur détermination tant qualitative que quantitative justifierait théoriquement une évaluation de la capacité fonctionnelle (ECF) en bonne et due forme. Toutefois, la méthode atteint ses limites dans le contexte d'un syndrome douloureux prépondérant, d'origine organique, compliqué d'une détresse psychologique et d'une kinésiophobie importantes, ce qui entraîne un état de santé fluctuant et imprévisible, cristallisé à un niveau tel qu'il interdit, pour l'instant, toute activité physique en dehors des activités de la vie quotidienne. Répondre aux questions 2.1, 2.2 et 2.3 relèverait de l'arbitraire dans le contexte d'une expertise, c'est-à-dire d'un examen limité dans le temps et l'espace, ne correspondant nullement à la réalité d'un poste de travail dans une économie de marché. Seule une prise en charge efficace, telle que décrite ci-dessus permettrait d'enclencher un mécanisme de réadaptation médico-professionnelle, sous contrôle de réévaluation régulière du processus, permettant d'observer l'évolution et la justification de sa poursuite »* (dossier OAI, pièce 74, p. 239).

L'expert estime que la capacité de travail de l'assuré est nulle dans son activité habituelle d'ouvrier, expliquant que « *les atteintes physiques structurelles et fonctionnelles sont en elles-*

mêmes suffisantes pour rendre cette activité définitivement impossible ». Il précise que, depuis le 29 juin 2015, le degré d'incapacité de travail est resté « *sans changement et, en l'état, sans espoir de modification à moyen ou long terme, pour des raisons d'atteinte à la santé physique entraînant des conséquences psychologiques graves* ». Il ajoute : « *N'étant pas psychiatre, je préconise donc un examen spécialisé psychiatrique pour mieux cerner l'état du patient, encore que, compte tenu des lésions physiquement démontrées, cet examen me semble non justifié sur les plans aussi bien médicaux que juridique. Il l'est, par contre, pour déterminer une attitude thérapeutique spécifique, ce qui est du ressort du médecin traitant* » (dossier OAI, pièce 74, p. 240).

Il considère en outre qu'aucune autre activité n'est exigible de la part de l'assuré, seule une activité en atelier protégé étant actuellement envisageable, à titre éventuel de rééducation à l'effort, précédée d'une rééducation musculo-squelettique au long cours qui permette d'accéder à une rééducation professionnelle (dossier OAI, pièce 74, p. 240).

Il constate que, comme mesures thérapeutiques, seuls sont intervenus des traitements antalgiques médicamenteux, de médecine physique et par infiltration, l'assuré n'ayant jamais bénéficié de tentative au long cours de rééducation active de reconditionnement, et encore moins de prise en charge multiple et interdisciplinaire. Il souligne que ces traitements étaient totalement insuffisants, aussi bien sur le plan qualitatif que dans leur durée et leur fréquence. Selon lui, il est urgent et indispensable que l'assuré bénéficie de mesures thérapeutiques qui concernent le problème de sensibilisation centrale à la douleur, celui des atteintes psychologiques (voire psychiatriques), le déconditionnement global, la maîtrise des douleurs neuropathiques ainsi que le déconditionnement musculaire global et focal (dossier OAI, pièce 74, p. 241 s.).

Il estime que de telles mesures pourraient avoir un effet positif sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée : « *Après la mise en place des mesures décrites ci-dessus, on peut raisonnablement penser que, dans un délai approximatif de six mois à trois ans, la situation pourrait être réversible, selon un mode très progressif, dans une activité adaptée qui resterait à définir en fonction des progrès, par exemple, sous la forme, d'une évaluation de la capacité fonctionnelle (ECF) de type psychophysique* » (dossier OAI, pièce 74, p. 242).

Il conclut son expertise notamment en ces termes : « *Les questionnaires psychométriques, l'examen physique et les données radiologiques sont cohérentes et expliquent les douleurs et la souffrance ressentie avec, en particulier, la présence finale du syndrome de déconditionnement global (physique et psychologique), caractérisé et entretenu par une kinésiophobie importante, laquelle devra être la cible principale d'une nouvelle prise en charge combinée, biopsychosociale. L'ensemble est surchargé d'un sentiment de révolte chez un patient ne se sentant pas pris au sérieux par tout son environnement médico-asséculo-logique, élément primordial à prendre en compte dans la future approche multi-et interdisciplinaire préconisée. En pratique, seule une approche combinée, médicale, paramédicale, professionnelle et sociale est susceptible de permettre à ce patient de récupérer une existence dans le monde du travail, c'est-à-dire une capacité de participation (...). Cette approche doit pouvoir s'appuyer, si nécessaire, sur tous les intervenants potentiels, à savoir, les assurances sociales (LAI, LAMal), les instances médicales spécialisées dans la prise en charge des lombalgies/douleurs musculo-squelettiques chroniques et les entreprises (...)* ». Concrètement, il propose les mesures suivantes : « *1. Commencer par une large discussion d'introduction à ce qui suit entre son médecin traitant, le patient et les membres de sa famille (...); 2. Un bilan psychiatrique initial chez un praticien rompu à ce type de pathologie et aux arcanes de nos institutions sociales; 3. Une prise en charge stationnaire dans une REHA-*

clinique spécialisée dans la réadaptation psychosomatique. (...); 4. Une suite de prise en charge ambulatoire individuelle au très long cours, de réadaptation, avec un suivi un jour sur deux, pour une durée à déterminer en fonction des progrès, sous la responsabilité d'un thérapeute unique pour chaque spécialité (ergothérapeute, physiothérapeute), avec création d'une infrastructure spécifique en termes de locaux et d'horaires (...); 5. En parallèle, et dès le début de la prise en charge, établissement d'un plan de réentraînement et endurance selon le modèle des échelons de l'OFAS dans le cadre de mesures de réinsertion professionnelle; 6. En parallèle, prise en charge de coaching individualisé au long cours, comme semble pouvoir le proposer l'AI dans le cadre de mesures de réinsertion professionnelle; 7. Étudier dès le début, avec les spécialistes de la réadaptation professionnelle de l'AI, les possibilités de retrouver une activité adaptée, légère (...) » (dossier OAI, pièce 74, p. 243).

5.3. Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 avril 2019, les Drs J. _____ (médecine interne générale), K. _____ (rhumatologie) et L. _____ (psychiatrie) établissent la synthèse du dossier médical de l'assuré et reviennent également sur son anamnèse. Concernant ses plaintes, ils notent en particulier : « *Les plaintes actuelles de l'assuré sont restées inchangées, concernent toujours des lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche ainsi que des cervicalgies. Les plaintes rapportées sont de type mécanique. (...) Les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par l'expertisé sont congruentes avec les constatations cliniques et radiologiques* » ; « *L'assuré estime qu'il ne peut plus retravailler en raison de ses douleurs lombosciatiques bilatérales à prédominance gauche. Il aimerait obtenir une rente* » (dossier OAI, pièce 109, p. 323 s. et 329).

L'experte rhumatologue fait en particulier les constatations suivantes concernant le comportement et le status de l'assuré : « *L'assuré se déplace sans problème de la salle d'attente à la salle d'examen, avec une très discrète boiterie du membre inférieur gauche, avec cependant un bon ballant des bras, et sans port de cannes. Le déshabillage et le rhabillage s'effectuent sans difficulté particulière (...). Pendant l'anamnèse, l'assuré s'est assis « tordu » sur sa chaise, appuyé sur sa fesse droite, le haut du corps penché sur la droite en semi-position tournée vers l'examineur assis en face de lui. Puis, après environ vingt minutes d'entretien, il s'est levé, puis s'est couché sur le lit d'examen en position de décubitus latéral droit, le membre inférieur gauche par-dessus le membre inférieur droit, et est resté dans cette position jusqu'à la fin de l'anamnèse. L'assuré s'est montré adéquat, collaborant, non démonstratif, mais majorant* » ; « *Colonne cervicale : la palpation de la colonne cervicale même est indolore. En revanche, il y a une douleur à la palpation paravertébrale gauche au niveau C4-C5, C5-C6 et C6-C7. Pas de contracture musculaire para-cervicale proprement dite, mais augmentation de la tonicité des muscles trapèzes des deux côtés, plus marquée à gauche. La mobilisation est rapportée douloureuse en fin de mouvements. Amplitudes articulaires : flexion-extension de 2 à 21 cm, rotation droite/gauche 60/60, inclinaisons latérales droite/gauche 45/0/40. L'extension de la colonne cervicale entraîne une irradiation algique, non paresthésique, dans la région dorsale que l'expertisé dit ressentir jusque dans la région lombaire basse. En revanche, ni la mobilisation ni la palpation n'ont entraîné d'irradiation algique ou paresthésique dans les membres supérieurs des deux côtés ni dans la région occipitale ni interscapulaire* » ; « *Rachis dorso-lombaire : augmentation de la cyphose dorsale, aplatissement de la lordose physiologique lombaire. Pas de contracture musculaire paradorsale proprement dite, mais nette augmentation de la tonicité de la musculature paradorsale des deux côtés. La palpation dorsale est douloureuse D8-D9, D9-D10, D10-D11 puis en L4- et L5-S1. La palpation para-lombaire gauche est douloureuse au niveau L4-L5 et L5-S1. La mobilisation*

est rapportée douloureuse en fin de mouvement d'antéflexion et lors du redressement, en fin de mouvements des inclinaisons latérales et des rotations. Il persiste une cyphose lors de l'antéflexion et une raideur segmentaire lombaire » ; « Bassin : l'examen du bassin est dans les limites de la norme. (...) L'examen des articulations périphériques des membres supérieurs et des membres inférieurs est dans la limite de la norme, hormis que la mobilisation des épaules est rapportée un peu douloureuse en fin de mouvements d'antépulsion des deux côtés. En revanche, les tests fonctionnels pour les épaules sont indolores des deux côtés. Les amplitudes articulaires sont conservées » ; « Status neurologique : paires crâniennes en ordre à l'examen sommaire. Force, tonicité et trophicité musculaire conservées. Les réflexes ostéoarticulaires sont difficiles à obtenir à tous niveaux, plus particulièrement au niveau des membres inférieurs, mais sont cependant présents. (...) La marche sur la pointe des pieds et des talons, est correctement réalisée, de même que l'accroupissement et son relèvement » (dossier OAI, pièce 109, p. 330 s.).

Les experts interniste, rhumatologue et psychiatre émettent les diagnostics suivants : *« Hypercholestérolémie traitée ; syndrome d'apnée du sommeil appareillé depuis 6 ans par CPAP ; syndrome des jambes sans repos traité par Madopar ; syndrome lombo-sciatalgique bilatéral à prédominance gauche type L5, non déficitaire, sur hernie discale médiane et paramédiane bilatérale à prédominance gauche en L4-L5, canal lombaire étroit et discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1, arthrose facettaire lombaire pluri-étagée ; maladie de Forestier dorsale ; cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés, hernie discale C6-C7 gauche ; épisode dépressif léger, sans signe somatique »*. Ils précisent que les diagnostics rhumatologiques (cervicalgies chroniques, syndrome lombo-sciatalgique, hernie discale, canal lombaire étroit et discopathie dégénérative, arthrose facettaire lombaire pluri-étagée) ont des effets sur la capacité de travail de l'assuré, tandis que le diagnostic d'épisode dépressif léger et les problématiques qui relèvent de la médecine interne (hypercholestérolémie traitée, syndrome d'apnée du sommeil traité et syndrome des jambes sans repos traité) ne sont pas incapacitants (dossier OAI, pièce 109, p. 324).

S'agissant plus particulièrement du diagnostic d'épisode dépressif léger, sans signe somatique, l'expert psychiatre explique : *« Actuellement, l'assuré présente une humeur triste, sans perte d'intérêt, sans culpabilité, sans idées suicidaires. Il ne présente pas de troubles cognitifs, d'autant qu'il est capable de jouer aux échecs, jeu qui nécessite une forte concentration et des capacités intellectuelles préservées. L'échelle d'Hamilton retrouve un score à 12. Nous ne trouvons pas de signe en faveur d'un trouble de personnalité avérée (...). Sa personnalité est forte comme en témoigne sa capacité de résilience quant à la situation vécue d'éloignement de sa famille. Le discours est adapté concernant l'adaptation souhaitable à la société suisse par ses enfants. Il est logique qu'il se sente rabaissé du fait de l'aide que lui procurent ses enfants d'un point de vue financier alors qu'il voudrait, tout au contraire, être l'aidant. Nous n'avons pas d'arguments pour un trouble addictif (...). Le sujet n'a pas bénéficié d'un traitement antidépresseur car son état clinique n'est pas suffisamment intense pour justifier une thérapeutique antidépressive »* (dossier OAI, pièce 109, p. 337 s.).

Les experts décrivent les limitations fonctionnelles suivantes : *« Pas de position assise ou debout prolongée supérieure à 30 minutes, changement de position fréquente possible, pas de position prolongée ou de mouvement itératif contraignant pour le rachis cervical respectivement lombaire en flexion/extension/inclinaison latérales/rotation de la nuque respectivement du tronc, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de travail agenouillé, pas de port itératif de charges supérieures à 5-10 kg, pas de long déplacement surtout en terrain inégal, pas de long travail ou de*

travail itératif les bras levés en hauteur, pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence » (dossier OAI, pièce 109, p. 324).

En outre, ils évaluent les ressources et les facteurs de surcharge comme suit : *« L'assuré conserve des capacités et des ressources pour être indépendant dans les activités de la vie quotidienne ainsi qu'exercer une activité professionnelle adaptée. Il a une bonne capacité d'introspection. Il n'a pas de formation spécifique, mais il a su s'adapter professionnellement. Il est entouré par sa famille, a des amis, et bénéficie de stimulation intellectuelle. Il ne s'exprime pas très bien en français ».*

Ils concluent que l'assuré présente une incapacité de travail complète dans l'activité de manutentionnaire/vitrier depuis son accident du 9 juin 2015, mais que sa capacité de travail demeure entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Ils précisent que, sur le plan psychique, la capacité de travail est de 100% dans toute activité, ce depuis toujours.

Enfin, ils estiment qu'actuellement, aucune mesure médicale ou thérapie n'est nécessaire pour l'assuré (dossier OAI, pièce 109, p. 325).

5.4. Le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin SMR, se positionne comme suit en ce qui concerne les expertises réalisées.

Dans un rapport du 29 janvier 2018, il estime que les conclusions du Dr H._____ ne peuvent être suivies car son expertise est non probante et incohérente médicalement. Il indique : *« L'expert se perd dans des explications psychologiques qui ne sont pas de son ressort, dans le diagnostic sont énumérées des atteintes « probables » et des diagnostics psychiatriques. L'obésité n'a pas de valeur invalidante ».* Il recommande ainsi la mise en œuvre d'une nouvelle expertise afin de définir les limitations rhumatologiques et psychiatriques de l'assuré (dossier OAI, pièce 76, p. 250 s.).

Dans un rapport du 6 mai 2019, il considère que l'expertise pluridisciplinaire établie par les Drs J._____, K._____ et L._____ est entièrement probante : *« Le rapport d'expertise de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie de I._____ se fonde sur une pleine connaissance du dossier de l'expertisé. L'anamnèse et les examens cliniques sont complets et approfondis. Les plaintes de l'expertisé ont été prises en considération. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. L'appréciation de la situation médicale est claire. Les conclusions sont motivées. Les critères formels de qualité définis par la jurisprudence sont remplis. Sur le fond médical, les diagnostics attestés par les experts sont concordants avec les données cliniques rapportées et avec les pièces médicales au dossier. Les limitations fonctionnelles décrites sont médicalement cohérentes avec les troubles constatés. L'exigibilité médicale fixée par les experts est cohérente avec les atteintes à la santé objectivées. Elle est également conforme à ce que l'AI exige habituellement dans une situation comparable et respecte donc le principe d'égalité de traitement entre assurés. Ce rapport remplit les exigences en matière d'expertises médicales. Ses conclusions sont valides sous l'angle de la médecine des assurances » (dossier OAI, pièce 112, p. 355).*

5.5. Le dossier contient en outre divers rapports du Dr N._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecine tropicale et médecin traitant de l'assuré.

Dans un rapport adressé le 23 mars 2016 à l'OAI, il indique, comme diagnostics ayant des conséquences sur la capacité de travail, une maladie de Forestier dorsale prédominant en antéro-

latérale droit sur le bas du rachis, une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche avec lombosciatalgie L5 bilatérale ainsi que des lombalgies chroniques d'origine multiple (discopathie L4-L5 et L5-S1 grade IV selon Firmann, arthrose facettaire lombaire pluriétagée, canal lombaire étroit prédominant en L4-L5). Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il mentionne un syndrome solitaire au nombre de deux à localisation huméro-radiale près du coude, un syndrome d'apnée du sommeil, un reflux gastro-oesophagien ainsi qu'une hypercholestérolémie traitée par statine. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles de l'assuré, il indique que toutes les activités de manutention impliquant le port, le soulèvement et le déplacement d'objets ne peuvent plus être assumées par celui-ci. Il atteste d'une incapacité de travail de 100% depuis le 9 juin 2015, encore en cours (dossier OAI, pièce 33, p. 138 ss). Néanmoins, il estime que l'activité habituelle de manutentionnaire est encore exigible de l'assuré à raison de 5-6 heures par jour, avec une diminution de rendement de 30 à 40%. Il ajoute que l'on peut également exiger que l'assuré exerce une autre activité adaptée, à savoir toute activité de manutention légère, à raison de 5-6 heures par jour, avec une diminution de rendement de 20% (dossier OAI, pièce 34, p. 156).

Dans un courrier adressé le 3 mai 2015 à l'OAI, le Dr N. _____ confirme le contenu de son rapport du 23 mars 2016, précisant qu'il ne dispose pas d'éléments nouveaux concernant la situation de l'assuré. Il relève que le contenu dudit rapport ainsi que « *l'excellente expertise* » réalisée par le Dr H. _____ comportent tous les éléments anamnestiques (dossier OAI, pièce 83, p. 265).

Dans un courrier adressé le 25 juin 2018 à l'OAI, il regrette la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par celui-ci, estimant que cette décision empêche la mise en route des mesures thérapeutiques préconisées par le Dr H. _____ dans son expertise du 16 janvier 2018 et qu'elle est en ce sens contre-productive. Il répète que les éléments contenus dans son rapport du 23 mars 2016 ainsi que l'expertise du Dr H. _____ comportent tous les éléments anamnestiques (dossier OAI, pièce 89, p. 282).

6. Discussion

6.1. Il y a tout d'abord lieu de constater que, contrairement à l'avis du recourant, le rapport d'expertise du 16 janvier 2018 du Dr H. _____ ne remplit pas les exigences fixées par la jurisprudence pour lui reconnaître pleine valeur probante.

En effet, ses conclusions souffrent premièrement d'un manque flagrant de motivation : si l'expert considère que plusieurs diagnostics ont des conséquences sur la capacité de travail de l'assuré et vont jusqu'à entraîner une incapacité de gain totale, il ne décrit cependant pas les limitations fonctionnelles découlant des atteintes retenues, estimant qu'une évaluation de la capacité fonctionnelle en bonne et due forme ne peut pas être effectuée dans le contexte d'un syndrome douloureux prépondérant, d'origine organique, compliqué d'une détresse psychologique et d'une kinésophobie importantes, et que la description des limitations relèverait de l'arbitraire dans le contexte d'une expertise, c'est-à-dire d'un examen limité dans le temps et l'espace (dossier OAI, pièce 74, p. 239). Autrement dit, il n'explique pas en quoi et dans quelle mesure les atteintes retenues seraient incapacitantes, alors que son rôle consiste justement à amener un regard neutre et autorisé sur le cas de l'assuré. De la même manière, il ne définit pas les ressources résiduelles de l'assuré, se contentant de relever qu'elles sont très limitées, tant sur le plan physique que psychique, et indique qu'il est impossible de donner des pourcentages fondés sur des évidences scientifiques, ceci d'autant plus que ces ressources résiduelles peuvent varier dans le temps (dossier OAI, pièce 74, p. 236).

Par ailleurs, parmi les diagnostics justifiant une incapacité de gain totale de l'assuré, le Dr H._____ retient notamment un « *syndrome de déconditionnement global avec : état anxio-dépressif ; kinésiophobie importante, au premier plan ; sensibilisation centrale à la douleur avec atteinte sévère et complexe ; état de santé globalement très abaissé et risque élevé de chronicisation* » (dossier OAI, pièce 74, p. 230). On relèvera à cet égard que le diagnostic psychique d'état anxio-dépressif n'est pas pertinent dès lors qu'il sort du domaine de compétences de l'expert, qui est spécialiste en maladies rhumatismales. Quant aux autres éléments cités, à savoir le syndrome de déconditionnement global, la kinésiophobie, la sensibilisation centrale à la douleur, l'état de santé très abaissé et le risque de chronicisation, ils ne sont pas considérés comme des maladies au sens de la LAI mais relèvent du domaine bio-psycho-social, alors que le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux et socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a).

En outre, quand bien même l'expert déclare que les atteintes physiques sont en elles-mêmes suffisantes pour rendre l'activité habituelle d'ouvrier définitivement impossible, il semble néanmoins considérer l'état psychique de l'assuré comme ayant une incidence non négligeable sur le degré d'incapacité de travail : « *Depuis le 29 juin 2015, il est resté sans changement et, en l'état, sans espoir de modification à moyen ou long terme, pour des raisons d'atteinte à la santé physique entraînant des conséquences psychologiques graves* » (dossier OAI, pièce 74, p. 240).

H._____ Il estime de plus que la mise en place de mesures thérapeutiques concernant en particulier le problème de sensibilisation centrale à la douleur, celui des atteintes psychologiques, le déconditionnement global et la maîtrise des douleurs neuropathiques pourraient avoir des effets favorables sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée (dossier OAI, pièce 74, p. 242) : cela démontre sa prise en compte d'atteintes psychiques et bio-psycho-sociales dans l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, soit des éléments qui sortent de son domaine de compétences ou qui ne peuvent être pris en considération pour déterminer le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

En définitive, le rapport d'expertise du Dr H._____ n'étant pas suffisamment motivé et prenant en considération des éléments étrangers au domaine de spécialisation de l'expert ainsi que des facteurs extra-médicaux dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, il ne peut être considéré comme probant. Ceci est corroboré par le fait qu'aucun avis médical au dossier ne vient appuyer les conclusions de l'expert précité, pas même celui du Dr N._____ qui, bien que qualifiant l'expertise du Dr H._____ d'excellente, estime que l'assuré conserve une certaine capacité de travail résiduelle (dossier OAI, pièces 34, p. 156, et 83, p. 265).

6.2. En revanche, le rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 29 avril 2019 par les Drs J._____, K._____ et L._____, sur lequel s'est fondée l'autorité intimée pour rendre la décision contestée, satisfait aux critères fixés par la jurisprudence en matière de valeur probante.

Les experts concluent à l'existence d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Ces conclusions résultent d'une analyse complète de la situation médicale de l'assuré (objective et subjective), les trois experts ayant réalisé leur rapport après avoir analysé le dossier asséurologique complet et après avoir examiné chacun séparément l'expertisé. Elles sont par ailleurs dûment motivées, avec entre autres des explications circonstanciées sur l'état de santé physique et psychique de l'assuré et les limitations qui en

découlent ou non. On relèvera à cet égard que l'experte rhumatologue constate notamment que l'assuré s'est déplacé sans problème de la salle d'attente à la salle d'examen, avec une très discrète boiterie du membre inférieur gauche, que le déshabillage et le rhabillage se sont effectués sans difficulté particulière, que la mobilisation et la palpation des membres supérieurs n'ont entraîné aucune irradiation algique ou paresthésique, que l'examen des articulations périphériques des membres supérieurs et des membres inférieurs est dans les limites de la norme, de même que l'examen du bassin, que les tests fonctionnels pour les épaules sont indolores des deux côtés, les amplitudes articulaires étant conservées, et que la marche sur la pointe des pieds et des talons est correctement réalisée, de même que l'accroupissement et son relèvement. Elle constate également une douleur à la palpation paravertébrale au niveau C4-C5, C5-C6 et C6-C7, une irradiation algique dans la région dorsale à l'extension de la colonne cervicale, une palpation dorsale douloureuse au niveau D8-D9, D9-D10, D10-D11, L4-S1 et L5-S1, ainsi qu'une palpation para-lombaire gauche douloureuse au niveau L4-L5 et L5-S1, mais elle indique que l'assuré s'est montré majorant lors de l'examen (dossier OAI, pièce 109, p. 330 s.).

Au vu de l'état de santé de l'assuré, les experts exposent les limitations fonctionnelles suivantes : *« Pas de position assise ou debout prolongée supérieure à 30 minutes, changement de position fréquente possible, pas de position prolongée ou de mouvement itératif contraignant pour le rachis cervical respectivement lombaire en flexion/extension/inclinaison latérales/rotation de la nuque respectivement du tronc, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de travail agenouillé, pas de port itératif de charges supérieures à 5-10 kg, pas de long déplacement surtout en terrain inégal, pas de long travail ou de travail itératif les bras levés en hauteur, pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence »* (dossier OAI, pièce 109, p. 324).

Il convient en outre de relever que les plaintes de l'assuré ont été entendues et prises en considération par chacun des experts, étant précisé qu'elles concernent de manière constante des douleurs lombosciatiques bilatérales à prédominance gauche et des douleurs cervicales (dossier OAI, pièce 109, p. 323).

Le rapport d'expertise comprend par ailleurs une anamnèse détaillée, les indications subjectives de l'assuré, des observations cliniques ainsi qu'une appréciation du cas.

De surcroît, aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé de l'expertise, qui aboutit à des conclusions convaincantes et est au demeurant validée par le médecin SMR (dossier OAI, pièce 112, p. 355).

6.3. Le médecin traitant de l'assuré, le Dr N. _____, a certes un avis qui diverge quelque peu des résultats de l'expertise pluridisciplinaire, estimant dans son rapport du 23 mars 2016 que l'activité habituelle de manutentionnaire est encore exigible à raison de 5-6 heures par jour, avec une diminution de rendement de 30 à 40%, et qu'une activité adaptée (activité de manutention légère) est également exigible à raison de 5-6 heures par jour, avec une diminution de rendement de 20%. Néanmoins, force est de constater que le rapport précité comprend des incohérences manifestes : le médecin traitant atteste d'une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et souligne que toutes les activités de manutention impliquant le port, le soulèvement et le déplacement d'objets ne peuvent plus être assumées par l'assuré, mais il estime paradoxalement que l'activité habituelle de manutentionnaire demeure exigible à raison de 5-6 heures par jour, avec une diminution de rendement de 30 à 40% (dossier OAI, pièces 34, p. 156, et 83, p. 265). Ainsi, le rapport du médecin traitant ne saurait remettre en cause les résultats d'une expertise pluridisciplinaire probante, ce d'autant plus qu'il doit être apprécié avec toute la retenue

imposée par la jurisprudence à cet égard compte tenu du lien thérapeutique existant entre son auteur et l'assuré.

6.4. En outre, le rapport d'évaluation établi par G. _____ le 4 octobre 2016, aux termes duquel une reprise d'activité dans le marché du travail semble compromise en l'état (dossier OAI, pièce 44, p. 170 ss), ne remet pas non plus en cause l'expertise pluridisciplinaire probante dès lors qu'il n'émane pas de médecins, et encore moins de spécialistes en rhumatologie, en médecine interne ou en psychiatrie, et ne comprend donc aucune analyse médicale du cas.

6.5. De l'avis de la Cour, le dossier constitué par l'autorité intimée est suffisamment étoffé pour se forger une opinion, sans que des mesures d'instruction complémentaires ne soient nécessaires. Sur la base des éléments médicaux à disposition, et en particulier des résultats de l'expertise pluridisciplinaire probante réalisée par les Drs J. _____, K. _____ et L. _____, on peut ainsi légitimement conclure que le recourant possède une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité professionnelle adaptée aux limitations énoncées par les experts, soit une activité n'impliquant pas de position assise ou debout prolongée supérieure à 30 minutes, pas de position prolongée ou de mouvement itératif contraignant pour le rachis cervical respectivement lombaire en flexion/extension/inclinaison latérales/rotation de la nuque respectivement du tronc, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de travail agenouillé, pas de port itératif de charges supérieures à 5-10 kg, pas de long déplacement surtout en terrain inégal, pas de long travail ou de travail itératif les bras levés en hauteur et pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence.

Au vu de ces éléments, il y a lieu de constater que, contrairement à ce qu'estime le recourant, l'autorité intimée n'a pas méconnu le principe inquisitoire en s'abstenant de mettre en œuvre une troisième expertise.

De même, au vu de l'absence de valeur probante du rapport du Dr H. _____, l'autorité intimée n'a pas non plus violé le droit d'être entendu du recourant en refusant de demander un complément d'expertise à l'expert précité. En effet, un complément d'expertise ne doit pas permettre à l'expert de corriger un rapport non probant, mais bien de compléter un rapport lacunaire ou d'explicitier un rapport imprécis.

6.6. Quant à la question de savoir si le recourant est effectivement en mesure d'exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré compte tenu de sa situation personnelle, il convient d'émettre les considérations suivantes.

Tout d'abord, il y a lieu de constater que l'intéressé, âgé de presque 57 ans au moment de l'expertise pluridisciplinaire effectuée en 2019, se trouvait alors à plus de 8 ans de l'âge donnant droit à une rente AVS, de sorte qu'il ne saurait être considéré comme étant proche de la retraite. En outre, son absence de formation et sa maîtrise imparfaite du français ne constituent pas en l'espèce un obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle non qualifiée, ce qui est démontré par le fait qu'il a travaillé durant près d'une vingtaine d'années en Suisse dans différents domaines, soit le bâtiment, l'agriculture et l'industrie. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par les experts ne sont pas contraignantes au point d'exclure l'engagement du recourant par un employeur potentiel : on peut tout à fait imaginer que l'intéressé travaille dans la production industrielle légère et exerce une activité telle que le montage à l'établi, le contrôle des produits finis, l'usinage de pièces légères ou le conditionnement léger, avec la possibilité de changer fréquemment de position.

Compte tenu de ces éléments, force est de conclure que le recourant est en mesure d'exploiter sa capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré. De plus, au vu de son expérience professionnelle étendue et variée, il ne fait aucun doute qu'il possède une grande faculté d'adaptation qu'il peut mettre à profit dans une activité adaptée. À noter que les difficultés pratiques pour retrouver un travail sont essentiellement liées à la conjoncture et au marché de l'emploi. Or, il n'existe pas de responsabilité de l'assurance-invalidité sous cet angle.⁷.

7.1. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la Cour constate que c'est à bon droit que l'autorité intimée a retenu que l'assuré est en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps, par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère ou les services.

7.2. Pour le surplus, les revenus statistiques de valide et d'invalides retenus par l'autorité intimée ne prêtent pas le flanc à la critique. Ils ne sont du reste pas contestés par le recourant.

Ainsi, il y a lieu de confirmer l'absence de perte de gain découlant de l'atteinte à la santé et, partant, le refus de toute prestation.

7.3 Dans ces conditions, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

8.

Reste à statuer sur la requête d'assistance judiciaire totale afférente à la présente procédure de recours.

Il sied d'examiner dite requête au regard des art. 142 s. du Code de procédure et de juridiction administrative du 23 mai 1991 (CPJA; RSF 150.1).

Le recourant étant au bénéfice de l'aide sociale, il ne fait aucun doute que sa situation financière ne lui permet pas de supporter les frais de sa défense confiée à un avocat.

Par ailleurs, l'on ne peut affirmer que sa cause paraissait d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable dès lors que le rapport du Dr Pierre de Goumoëns appuie sa demande de prestations.

Enfin, la désignation d'un défenseur d'office se justifie en l'espèce dans la mesure où la cause présente un certain degré de difficulté et où le faible niveau de formation du recourant ne lui permettait sans doute pas de discuter les rapports médicaux figurant au dossier.

Dans ces circonstances, il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre de la procédure de recours, sans frais de justice, et de lui désigner comme défenseur d'office son mandataire choisi.

Compte tenu de la liste de frais déposée par Me Olivier Brunisholz le 28 juillet 2020, qui fait état d'un montant total de frais de CHF 2'282.15 (CHF 2'025.- d'honoraires, CHF 101.25 de débours et CHF 155.90 de TVA) sur la base d'un tarif horaire de CHF 180.-, il convient de fixer l'indemnité du défenseur d'office à CHF 2'282.15. Ce montant correspond à CHF 2'025.- d'honoraires, CHF 101.25 de débours et CHF 155.90 de TVA (7.7%).

L'indemnité de CHF 2'282.15 est mise à la charge de l'État de Fribourg, sous réserve d'un retour ultérieur à meilleure fortune du recourant au sens de l'art. 145*b* al. 3 CPJA. Elle sera versée directement à Me Olivier Brunisholz.

Enfin, la procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne seront toutefois pas prélevés vu l'assistance judiciaire totale qui lui est octroyée ce jour.

(dispositif en page suivante)

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours (608 2019 232) est rejeté.

Partant, la décision du 28 juin 2019 est confirmée.

II. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2019 233) est admise pour la procédure de recours.

Me Olivier Brunisholz, avocat, est désigné en qualité de défenseur d'office de A._____.

III. L'indemnité allouée à Me Olivier Brunisholz en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 2'282.15 (honoraires par CHF 2'025.-, débours par CHF 101.25 et TVA par CHF 155.90).

Elle est mise à la charge de l'État.

IV. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____.

Ils ne sont toutefois pas prélevés dès lors que celui-ci est mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale.

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.

Fribourg, le /pvo

Le Président :

La Greffière :