



**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

[www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc)

608 2024 104

608 2024 105

## **Arrêt du 24 février 2025**

### **II<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Présidente : Daniela Kiener  
Juges : Johannes Frölicher, Anne-Sophie Peyraud  
Greffière-rapporteure : Carine Sottas

#### **Parties**

**A.**\_\_\_\_\_, **recourant**, représenté par Me Benoît Sansonnens,  
avocat

contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité (refus de rente)

Recours (608 2024 104) du 10 juillet 2024 contre la décision du 11 juin  
2024 et requête d'assistance judiciaire totale (608 2024 105) du même  
jour

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, né en 1973, marié, père de six enfants dont deux sont mineurs, domicilié à B. \_\_\_\_\_, est sans formation professionnelle. Il a travaillé entre 2001 et 2013 auprès de C. \_\_\_\_\_, a ensuite exercé une activité indépendante et travaille depuis mai 2021 à 40% comme chauffeur pour personnes en situation de handicap à D. \_\_\_\_\_, à E. \_\_\_\_\_. Il a été en incapacité de travail à 60% médicalement attestée entre octobre 2021 et octobre 2022.

En janvier 2009, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) suite à un accident militaire survenu dans son pays natal en 1991 lui ayant causé de multiples fractures du tibia gauche. Le 11 novembre 2009, l'OAI a rendu une décision constatant la réussite des mesures professionnelles mises sur pied.

L'assuré, en incapacité totale de travail depuis le 22 février 2013, a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI le 8 mai 2013, toujours en raison de ses atteintes physiques. Par décision du 28 avril 2015, celui-ci a refusé de lui octroyer une rente d'invalidité, l'incapacité de travail ayant été inférieure à une année.

B. Le 1<sup>er</sup> avril 2022, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI en raison de séquelles post-traumatiques de blessures de guerre et de troubles psychiques l'empêchant de travailler à plus de 40%.

Après avoir mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire en psychiatrie et orthopédie, l'OAI a refusé de lui octroyer une rente par décision du 11 juin 2024 en l'absence d'atteinte à la santé invalidante. Il a estimé que l'assuré pouvait exercer son activité habituelle à plein temps.

C. Le 10 juillet 2024, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal (608 2024 104). Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière et au renvoi de la cause à l'OAI pour calcul du montant de la rente. Subsidièrement, il demande que le dossier soit renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il requiert également qu'un délai lui soit imparti pour déposer un rapport de F. \_\_\_\_\_ et, subsidièrement, que le Tribunal cantonal impartisse à ce dernier un délai pour répondre aux questions posées dans son courrier du 7 juin 2024 adressé à l'OAI. A l'appui de son recours, il allègue en substance une violation de son droit d'être entendu dans le cadre de la procédure devant l'OAI pour les raisons suivantes: octroi de l'assistance judiciaire *de facto* presque impossible devant celui-ci en raison de la jurisprudence fédérale, expertise médicale mise "*en catimini*" dans le dossier, refus de l'OAI d'accorder un délai pour déposer un rapport médical, de prendre en considération ses observations déposées dans le délai imparti et d'attendre un rapport médical. Il allègue également une violation du principe de l'instruction d'office, l'OAI n'ayant pas soumis à F. \_\_\_\_\_ les questions qu'il a posées dans son courrier du 7 juin 2024. Il requiert enfin l'octroi de l'assistance judiciaire totale (608 2024 105).

Dans sa détermination du 23 juillet 2024, l'OAI conclut au rejet du recours.

Le 12 août 2024, le recourant produit un rapport du 25 juillet 2024 de F. \_\_\_\_\_, rapport sur la base duquel il estime qu'une rente devrait lui être octroyée. Il relève que F. \_\_\_\_\_ pose clairement un diagnostic psychiatrique et atteste expressément une incapacité de travail. Les médecins expliquent également pourquoi leur opinion diffère de celle des experts.

Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par elles 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.

1.1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

1.2. A titre préliminaire, la Cour de céans constate que les requêtes de procédure du recourant sont devenues sans objet après la production du rapport du 25 juillet 2024 de F. \_\_\_\_\_, qu'il estime suffisant pour faire droit à sa conclusion principale d'octroi d'une rente.

Quant à ses critiques au sujet de la quasi-impossibilité de se voir octroyer l'assistance judiciaire devant l'OAI et du fait que les expertises seraient versées "*en catimini*" au dossier par cette autorité, elles sont irrecevables. En effet, la décision attaquée ne porte pas sur l'assistance juridique en procédure administrative et la Cour de céans n'a pas à intervenir dès lors qu'elle n'est pas autorité de surveillance de l'OAI.

2.

Dans un premier argument, le recourant reproche à l'OAI d'avoir rendu la décision litigieuse sans avoir imparti un délai à F. \_\_\_\_\_ pour répondre à ses questions posées dans son courrier du 7 juin 2024, alors qu'il lui avait demandé de le faire au titre de mesures d'instruction. Il estime par conséquent que son droit d'être entendu a été violé.

2.1. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.; RS 101]), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond.

La jurisprudence a notamment déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3; 142 III 48 consid. 4.1.1; 141 V 557 consid. 3; 135 I 279 consid. 2.3; arrêt TAF A-8271/2015 du 29 août 2016 consid. 3.1.2). Le droit d'être entendu impose en outre à l'autorité de motiver clairement sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; 133 III 439 consid. 3.3; arrêt TF 4A\_408/2010 du 7 octobre 2010 consid. 2.1; arrêt TAF A-5228/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.1).

L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'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 que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les arrêts cités).

On rappellera que le refus d'instruire ne viole le droit d'être entendu des parties que si l'appréciation anticipée de la pertinence du moyen de preuve offert, à laquelle le juge a procédé, est entachée d'arbitraire (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3; 141 I 60 consid. 3.3).

2.2. En l'espèce, l'OAI a notifié un projet de décision à l'assuré en date du 23 février 2024. Par courrier du 5 avril 2024, celui-ci a demandé le dossier, informé l'autorité intimée qu'il envisageait de demander un rapport au psychiatre traitant, et demandé une prolongation de délai pour déposer ses observations. Après lui avoir accordé plusieurs prolongations de délai pour déposer et motiver ses observations, l'OAI a refusé le 3 juin 2024 de lui octroyer une nouvelle prolongation de délai et lui a imparti un délai de grâce de trois jours. Le 7 juin 2024, l'assuré a transformé sa demande de production d'un rapport médical en mesure d'instruction en demandant à l'OAI de poser différentes questions à F.\_\_\_\_\_. L'autorité intimée a néanmoins rendu sa décision le 11 juin 2024 sans donner de suite à cette requête.

Dans la mesure où la décision litigieuse est correctement motivée et qu'elle permet de saisir les motifs sur lesquels l'OAI s'est basé pour statuer, on doit admettre que le droit d'être entendu du recourant a été respecté. D'autant que, pour se prononcer, l'autorité s'est fondée sur le contenu d'une expertise bidisciplinaire, laquelle avait précisément pour but d'éclaircir l'étendue des problématiques d'ordre somatique et psychique et leur influence exacte sur la capacité de travail de l'assuré (cf. rapport SMR du 9 novembre 2023, dossier AI p. 293). L'appréciation qui a conduit l'autorité intimée à écarter (implicitement) la demande de moyen de preuve et à renoncer à une instruction complémentaire est par conséquent dénuée d'arbitraire.

Plus qu'un défaut de motivation, découlant du droit d'être entendu, le recourant critique le fait pour l'OAI d'avoir statué sur la base du dossier en sa possession, sans donner suite à la proposition de preuve faite dans ses objections. Ce grief se confond avec le grief de violation de l'obligation d'instruire (art. 43 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1]), qui relève du fond et sera examiné à la lumière des griefs d'ordre matériel soulevés par le recourant (cf. infra consid. 5).

Celui tiré de la violation du droit d'être entendu doit dès lors être écarté.

3.

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363).

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3; 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent

que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022).

Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont ici applicables, dans la mesure où la demande a été déposée en avril 2022 et que l'incapacité de travail médicalement attestée d'un an a duré jusqu'en octobre 2022.

4.

4.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

4.2. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références; voir aussi ATF 138 I 205 consid. 3.2).

4.3. En outre, 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351).

Il y a en outre 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).

5.

En l'espèce, le recourant se plaint d'une appréciation arbitraire des preuves par l'OAI, reprochant à ce dernier de n'avoir pas procédé aux mesures d'instruction complémentaire requises dans ses objections, c'est-à-dire poser des questions précises à F.\_\_\_\_\_. Il ne remet pas en cause les constatations sur le plan orthopédique.

5.1. Il convient tout d'abord d'examiner si l'OAI était en droit de se prononcer en l'état du dossier, sans demander un rapport et sans poser de questions à F.\_\_\_\_\_.

Il ressort du dossier qu'il disposait, au moment de rendre sa décision, d'une expertise bi-disciplinaire récente qui offrait une vision détaillée de la situation médicale de l'assuré. Il s'avère par ailleurs que la demande d'un nouveau rapport à F.\_\_\_\_\_, transformée en demande de lui poser des questions, découlait d'une initiative spontanée de l'assuré. Dans ce contexte, on ne saurait tenir rigueur à l'autorité d'avoir considéré, sur la base d'une appréciation anticipée (implicite) des preuves et dès lors que F.\_\_\_\_\_ s'était déjà exprimé le 12 juillet 2023 (dossier OAI p. 285), que la cause était suffisamment instruite et que des mesures d'instruction complémentaires apparaissaient superflues.

Quoiqu'il en soit, le contenu du rapport du 25 juillet 2024 de F.\_\_\_\_\_, produit en cours de procédure de recours, n'apparaît pas déterminant. En effet, les médecins relèvent eux-mêmes que leur évaluation n'est pas suffisante pour affirmer avec précision l'importance des troubles actuels. En particulier, ils ne peuvent répondre précisément aux questions du taux d'activité, du rendement et des limitations fonctionnelles de l'assuré, du fait que ce dernier a manqué plusieurs rendez-vous alors qu'il aurait besoin d'un suivi régulier. Ils mentionnent également uniquement qu'une asthénie invalidante, telle que ressortant du déroulement de la journée décrit par le recourant dans l'expertise, "*suggère une probable réduction de la capacité de travail*". Quant aux diagnostics, on ignore quand ils ont été posés. Ce rapport n'est par conséquent pas de nature à ébranler les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire, ainsi qu'on va le voir ci-dessous.

5.2. Il s'ensuit d'examiner si l'OAI s'est, à raison, fondé sur les conclusions de l'expertise de G.\_\_\_\_\_, ce qui implique de se référer au dossier médical.

Dans un rapport du 9 novembre 2023, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin praticien, et la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, tous deux médecins auprès du Service médical régional (ci-après: SMR) de l'OAI, constatent l'absence de données récentes sur les troubles

lombaires et orthopédiques présentés par l'assuré. Sur le plan psychiatrique, s'ils estiment qu'un syndrome de stress post-traumatique est imaginable, ils relèvent que le diagnostic a été posé 30 ans après le traumatisme initial (de 1991) et qu'il n'y a ni notion d'hospitalisation depuis son entrée en Suisse, ni d'évocation de troubles psychiques dans ses différentes demandes. Ils recommandent de ce fait d'approfondir l'instruction sur le plan orthopédique et psychiatrique, afin de pouvoir se déterminer sur des diagnostics précis, notamment psychiatriques, de définir précisément les limitations fonctionnelles et de fixer le pourcentage maximal de capacité de travail dans une activité adaptée.

Le mandat d'expertise a été confié à G.\_\_\_\_\_. Le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont examiné l'assuré le 31 janvier 2024, en présence d'un interprète. Leur rapport a été remis le 17 février 2024 (dossier OAI p. 331).

En consensus, les experts retiennent uniquement des diagnostics somatiques ayant une influence sur la capacité de travail, à savoir un status après fracture multi-fragmentaire du tibia proximal gauche sur accident militaire (S821), un trouble dégénératif essentiellement fémoro-tibial externe, dans le cadre d'un *genu valgum* secondaire aux séquelles traumatiques (M210) et des lombalgies basses anamnestiques par mauvaise démarche et à l'époque surcharge professionnelle, actuellement peu voire asymptomatiques (M545). Ils attestent d'une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement tant dans son activité habituelle de chauffeur avec un véhicule automatique (qui est une activité adaptée) que dans une autre activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles dues aux troubles somatiques (absence de déplacements fréquents quels que soient les sols et les pentes, montée ou descente d'escaliers seulement exceptionnellement, absence de montée sur une échelle ou sur un escabeau, interdiction de s'agenouiller ou de s'accroupir trop souvent et port de charges maximales de 5kg).

Du point de vue psychiatrique plus particulièrement, le Dr K.\_\_\_\_\_ ne retient notamment pas d'épisode dépressif en l'absence de signe en rapport avec un abaissement de l'humeur sur toute la durée de l'examen et du fait que l'expertisé, qui dit simplement ne pas se sentir bien par rapport à la situation actuelle, ne décrit pas à proprement parler de tristesse ou d'abaissement de l'humeur qui soient continus. Il n'y a pas non plus de diminution de l'intérêt ou du plaisir. La fatigue ne peut être retenue comme étant assurément la conséquence d'un processus dépressif, plusieurs autres explications semblant plus plausibles, notamment un effet iatrogène du traitement en cours ou la conséquence du syndrome d'apnées du sommeil dont il souffre; elle n'est pas non plus cohérente avec l'activité professionnelle qui est en particulier matinale, dans laquelle il a la responsabilité d'enfants, et qui selon lui le fait se sentir bien et tranquille hors de chez lui; par ailleurs, les troubles du sommeil qui seraient la conséquence de cauchemars n'apparaissent pas plausibles, car une apparition à tel point retardée depuis l'événement traumatique survenu alors qu'il était âgé de dix-huit ans n'est pas cohérente avec un éventuel état de stress post-traumatique. L'expert ne relève pas non plus de trouble de l'attention ou de la concentration, d'auto-dévalorisation ou d'idée de culpabilité, de trouble de l'appétit, de péjoration de l'avenir (l'assuré a plutôt de la peine à se projeter) et la description d'hypothétiques idées suicidaires est trop vague pour être retenue. Il ne retient pas non plus un état de stress post-traumatique, aucun signe en rapport avec des reviviscences de type pensées intrusives ou flashbacks n'est constaté et l'assuré n'en rapporte pas. Celui-ci n'est par ailleurs pas en mesure de dater l'apparition des cauchemars qu'il allègue et, même s'il dit lors de l'examen qu'ils sont présents depuis toujours, il n'en décrit pas dans la journée lorsqu'il dort plusieurs heures; il ressort également des documents mis à disposition que le sommeil était normal en 2009.

L'apparition de cauchemars si tardivement après l'événement traumatique apparaît par conséquent très peu probable. D'ailleurs, il n'y a pas non plus d'appréhension ou d'évitement à tout prix du sommeil et les documents transmis par le pneumologue ne relèvent pas de réveil nocturne. Il n'y a pas d'hypervigilance. L'assuré ne sursaute pas ni ne tressaille lorsqu'une porte claque dans le couloir au début de l'examen, et il revient sur les événements traumatiques sans difficulté, ni perturbation émotionnelle qui soit constatée. L'expert relève encore qu'il ne semble pas cohérent que le recourant soit resté au combat pendant cinq ans après sa blessure alors qu'il dit qu'il n'était pas dangereux de désertier et qu'il était en sécurité une fois de retour dans sa région.

S'agissant du rapport du 12 juillet 2023 de F. \_\_\_\_\_ qui retient le diagnostic d'état de stress post-traumatique, les plaintes spontanées apparaissent peu cohérentes et peu crédibles, que ce soit actuellement ou sur le plan chronologique; en effet, contrairement à ce qui est indiqué dans ce rapport, l'expertisé n'a pas évoqué d'hallucination visuelle ou auditive, et cela contraste et rend donc peu crédible la plainte. Par ailleurs, le changement de département auprès de son employeur en septembre 2009 (jusqu'en 2013) s'est bien déroulé, ce qui témoigne de l'absence de trouble psychique particulier et de bonnes capacités d'adaptation à l'époque. Son médecin traitant ne mentionne pas, dans son rapport du 11 juin 2022, de diagnostics psychiatriques dans les troubles qu'il retient, ni de trouble du sommeil en-dehors d'un syndrome d'apnées du sommeil sévère diagnostiqué en décembre 2019. Ensuite, l'expert relève plusieurs incohérences, notamment que l'assuré dit présenter des cauchemars post-traumatiques depuis toujours mais n'en fait pas part avant 2021 et qu'il n'en rapporte pas durant les heures de sommeil de la journée. Les enregistrements du sommeil faits sur trois jours ne montrent pas non plus de signe de réveil nocturne. Le séjour dans son pays n'a pas entraîné de moment d'accentuation des processus post-traumatiques et notamment des cauchemars. Les répercussions des cauchemars sur la journée type ne sont pas non plus plausibles puisqu'il dit se réveiller avec un réveil, qu'il n'évoque pas être déjà réveillé par ses troubles du sommeil ni ne décrit de difficultés dans son activité professionnelle du matin (entre 6h50 et 8h20) alors que le transport de personnes nécessite attention et concentration soutenues.

Aucun rapport médical postérieur à cette expertise ne figure au dossier, excepté le rapport du 25 juillet 2024 de F. \_\_\_\_\_ qui n'a pas été jugé probant et ne saurait mettre en doute les constatations de l'expertise dont le but était précisément de se prononcer sur l'effet de l'état de santé de l'assuré sur la capacité de travail (cf. consid. 5.1).

5.3. Amenée à statuer, la Cour de céans constate ainsi que la décision litigieuse se fonde principalement sur les conclusions des experts de G. \_\_\_\_\_, à savoir le Dr J. \_\_\_\_\_ et le Dr K. \_\_\_\_\_. Le rapport rédigé par ces derniers répond aux exigences jurisprudentielles en la matière: il a été effectué en pleine connaissance du dossier et sur la base d'examens complets; les experts ont pris en considération les plaintes exprimées par l'assuré et les points litigieux ont été discutés; le contexte médical est clairement décrit et les conclusions sont dûment motivées. Partant, l'expertise peut se voir reconnaître formellement pleine valeur probante.

Il en va de même sur le plan matériel.

En substance, les experts retiennent uniquement des diagnostics sur le plan physique (status après fracture multi-fragmentaire du tibia proximal gauche sur accident militaire, trouble dégénératif essentiellement fémoro-tibial externe, dans le cadre d'un *genu valgum* secondaire aux séquelles traumatiques et lombalgies basses anamnestiques par mauvaise démarche et à l'époque surcharge professionnelle, actuellement peu voire asymptomatiques), qui permettent toutefois l'exercice à plein



temps et sans diminution de rendement d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Sous l'angle psychiatrique, un épisode dépressif et un état de stress post-traumatique ne sont pas retenus en l'absence d'éléments topiques. Ces explications sont fondées notamment sur un examen attentif du dossier et en particulier des déclarations de l'assuré et de son anamnèse.

En particulier, sur le plan orthopédique, le Dr J. \_\_\_\_\_ confirme les diagnostics précédemment posés par le médecin traitant de l'assuré et la clinique de chirurgie orthopédique de L. \_\_\_\_\_, qui ne retiennent pas non plus d'incapacité de travail (rapport du 11 juin 2022 du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, dossier OAI p. 251; rapport du 7 mars 2022 et du 1<sup>er</sup> avril 2022 de L. \_\_\_\_\_, dossier OAI p. 262 et 264).

Du point de vue psychiatrique, l'assuré ne soulève dans son recours aucun élément autre que ceux en lien avec la violation du droit d'être entendu et du principe de l'instruction d'office. Lors de la production du rapport du 25 juillet 2024, il relève que F. \_\_\_\_\_ pose clairement les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger). Il est ensuite d'avis qu'une incapacité de travail est attestée du fait qu'il doit dormir plusieurs heures entre deux périodes de travail quotidiennes d'une heure trente, ce qui démontre des limitations fonctionnelles très importantes. Enfin, le rapport médical est détaillé sur les raisons pour lesquelles l'expertise psychiatrique ne peut être suivie, en particulier quant au fait qu'un certain évitement des soins ne saurait être reproché à l'assuré puisque cela fait partie de sa maladie.

Il a déjà été vu que F. \_\_\_\_\_ estime que sa propre évaluation n'est pas suffisante pour affirmer avec précision l'importance des troubles actuels et qu'il ne peut établir le taux d'activité, le rendement et les limitations fonctionnelles de l'assuré. De plus, les troubles qu'il mentionne ressortent également de son rapport de juillet 2023, même si le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'était pas encore posé, rapport dont les experts ont eu connaissance (cf. expertise, dossier OAI p. 468). F. \_\_\_\_\_ ne conteste par ailleurs pas le fait que l'expert-psychiatre ne retient pas de trouble dépressif. Par ailleurs, celui-ci a expliqué de manière très détaillée pourquoi il ne retient pas de diagnostics psychiatriques, dont ceux de trouble dépressif et d'état de stress post-traumatique. Il a par ailleurs relevé une dizaine d'incohérences parmi les plaintes spontanées, dans le récit des événements après sa blessure ainsi qu'entre les plaintes spontanées et les constatations faites lors de l'examen (cf. expertise, dossier OAI p. 338s), raison pour laquelle il s'est fondé de façon prépondérante sur ses constatations objectives. F. \_\_\_\_\_ n'a cependant remis en cause qu'une seule de ces incohérences, à savoir celle de l'absence de réaction observable en entretien qui serait une caractéristique de l'état de stress post-traumatique.

Partant, la Cour retient, à l'instar des experts, que le recourant peut exercer à plein temps sans diminution de rendement son activité actuelle de chauffeur, qui est adaptée s'il conduit un véhicule automatique, ainsi que toute autre activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

6.

Le recourant ne conteste par ailleurs ni le revenu de valide, ni celui d'invalidé, ni le degré d'invalidité qui résulte de la comparaison des deux revenus. Il n'y a en outre pas de motif de douter que ces éléments ont été correctement établis par l'autorité intimée.

C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a rejeté sa demande de prestations.

Partant, le recours (608 2024 104), mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision litigieuse confirmée.

7.

L'assuré a requis l'octroi de l'assistance judiciaire totale (608 2024 105) pour la procédure de recours.

7.1. Selon l'art. 61 let. f 2<sup>ème</sup> phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant.

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 ou 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).

7.2. Il convient d'examiner les deux conditions permettant l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite, à savoir celle de la situation financière difficile et celle des chances de succès.

S'agissant de la situation financière, il appert que l'assuré, soutenu par le service social, ne dispose manifestement pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. Il peut en outre être admis que le recours n'était pas d'emblée dénué de chances de succès.

Dans ces conditions, l'assistance judiciaire totale est octroyée au recourant et le mandataire choisi désigné en tant que défenseur d'office.

7.3. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés en raison de l'assistance judiciaire octroyée ce jour.

Le mandataire de l'assuré a produit sa liste de frais le 12 août 2024. Celle-ci correspond aux exigences du tarif applicable (art. 8ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif/JA; RSF 150.12). Partant, il se justifie de fixer l'équitable indemnité de partie à laquelle il a droit à raison de 16h32 à CHF 180.-, soit CHF 2'976.-, plus CHF 99.70 de débours, plus CHF 249.15 au titre de la TVA à 8.1%, soit à un total de CHF 3'324.85. Ce montant est à la charge de l'Etat de Fribourg.

Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA).

(dispositif en page suivante)

## la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2024 104) est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.
- II. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2024 105) est admise et Me Benoît Sansonnens désigné en qualité de défenseur d'office.
- III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_. Ils ne lui sont toutefois pas réclamés en raison de l'assistance judiciaire accordée.
- IV. L'indemnité allouée à Me Benoît Sansonnens en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 3'075.70, débours compris, plus CHF 249.15 au titre de la TVA à 8.1%, soit à un total de CHF 3'324.85, 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 24 février 2025/cso

La Présidente

La Greffière-rapporteure