



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01
www.fr.ch/tc

605 2012 204

Arrêt du 19 septembre 2014

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président:

Johannes Frölicher

Juges:

Gabrielle Multone, Marc Sugnaux

Greffier-rapporteur:

David Jodry

Parties

A. _____, **recourant**, représenté par Me Bruno Kaufmann,
avocat

contre

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

Objet

Assurance-invalidité

Recours du 21 mai 2012 contre la décision du 25 avril 2012

considérant en fait

A. L'assuré, ressortissant kosovar né en 1952, veuf puis remarié, père de sept enfants tous majeurs, sans formation professionnelle, a travaillé depuis son arrivée en Suisse en 1983 en qualité d'ouvrier agricole puis, à partir de 1985, de monteur/poseur de glissières (d'autoroute) et de clôtures, à 100%, auprès de la même entreprise. Il s'est vu octroyé deux appareils acoustiques au titre de moyens auxiliaires de l'assurance-invalidité par décision du 21 mars 2003, puis du 9 juin 2008. Le 31 janvier 2007, il subit un accident professionnel et fut en incapacité de travail totale de ce jour au 18 mars 2007. Il reprit ensuite sans interruption son activité (hormis pendant 3 jours, du 18 au 21 décembre 2007), avant un nouvel accident de travail survenu le 14 février 2008, pour lequel il consulta le lendemain son médecin traitant, lequel lui attesta une incapacité totale de travailler depuis lors. L'assureur-accidents versa des indemnités journalières jusqu'au 31 mai 2008, le médecin d'arrondissement estimant qu'à partir de cette date, l'intéressé pouvait reprendre le travail; dite reprise, tentée plusieurs fois, avorta cependant, l'assuré interrompant son activité après quelques heures en invoquant un mauvais état de santé. Le contrat de travail fut résilié à fin novembre 2008. Le 20 du même mois, l'assuré déposa une demande de prestations AI (placement; rente) auprès de l' Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : OAI), à Givisiez, faisant valoir être atteint, depuis février 2008, ensuite d'un accident (traumatismes sur le lieu de travail avec des chocs au niveau de la région temporo-pariétale à droite), de vertiges, de dorsalgies, et de céphalées.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, un rapport d'expertise pluridisciplinaire (neurochirurgie, oto-rhino-laryngologie [ORL], psychiatrie; ci-après: l'expertise; dos. OAI 474) demandée par l'OAI fut rendu le 12 juillet 2011.

Le 24 août 2011, l'OAI annonça à l'assuré projeter le rejet de la demande de rente; le 25 du même mois, il lui communiqua lui accorder une aide au placement. Le 13 septembre 2011, l'assuré objecta souffrir encore des suites de ses accidents de 2007 et 2008 (migraines, douleurs dorsales); il se plaignait d'avoir continuellement mal à la tête, de ne pouvoir rester longtemps dans la même position, de devoir rester allongé durant les crises de migraine les plus fortes; s'il devait trouver un travail, il devrait sans arrêt l'interrompre du fait de ses douleurs; il produisit en outre un certificat du 16 septembre 2011 de son médecin traitant, attestant d'une incapacité de travail totale pour cause de maladie depuis le 15 février 2008.

Par décision du 25 avril 2012, l'OAI refusa l'octroi d'une rente AI à l'assuré, au vu d'un degré d'invalidité de 15%. Pour l'administration, l'intéressé était en mesure d'exercer une activité à temps plein telle que celle de l'ancien emploi, avec uniquement une baisse de rendement de 15%. Les objections formulées le 13 septembre 2011 par l'assuré étaient écartées: les souffrances invoquées n'avaient pas été objectivées médicalement et ne pouvaient être prises en considération; l'avis contraire du médecin traitant n'était pas un motif pertinent pour retenir autre chose. L'AI ne couvrait pas des facteurs psychosociaux ou socioculturels. L'assuré pouvait demander une aide au placement.

B. Contre cette décision, l'assuré interjette recours le 21 mai 2012 auprès du Tribunal cantonal, faisant valoir avoir été actif en Suisse pendant plus de 25 ans, s'être toujours comporté correctement par rapport au travail, malgré plusieurs accidents (2007 et 2008) qui ont failli lui coûter la vie et qui lui laissent des douleurs insupportables; exerçant plusieurs années auprès de la même entreprise, il n'a pas été au chômage; l'aide qu'il reçoit du service social est insuffisante

pour couvrir ses besoins, mais il n'a pas le choix, étant incapable de reprendre le travail du fait de ses migraines et de son mal de dos, qui le paralysent jusqu'à devoir rester coucher.

Une régularisation de ce recours fut demandée le 24 mai 2012. Après plusieurs prolongations de délai, l'assuré, désormais représenté par Me Bruno Kaufmann, avocat, dépose un mémoire complémentaire le 24 septembre 2012, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière AI, et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI dans le sens des considérants, pour des investigations complémentaires sur le plan médical et professionnel. Il dénie toute valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire; une nouvelle doit être établie; il conteste formellement pouvoir reprendre un travail d'installateur de glissières accompli auprès de son ancien employeur; il souffre de céphalées invalidantes; blessé à la tête lors de deux accidents, il doit faire l'objet d'un examen bien plus approfondi que celui réalisé dans l'expertise; en outre, il relève qu'aucune investigation concernant ses possibilités de réinsertion professionnelle n'a été faite.

Par décision du 7 novembre 2012, le recourant est mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et dispensé de l'avance des frais de justice; l'avocat précité lui est désigné en qualité de défenseur d'office.

Dans ses observations du 11 janvier 2013, l'OAI propose le rejet du recours. En résumé, il n'y a pas lieu à nouvelle expertise, faute de motifs sérieux mettant en doute la valeur probante de celle réalisée; dès lors que l'exigibilité de l'ancienne profession a été arrêtée notamment à dires d'experts, le droit à une aide au placement dans une activité similaire a été reconnu; la situation de l'assuré ne nécessite pas d'autres mesures d'ordre professionnel telles qu'une formation ou une éventuelle remise à niveau.

Des contre-observations ne sont pas déposées dans le délai plusieurs fois prolongé et aucun nouvel échange d'écriture n'intervient.

Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants de droit du présent arrêt.

en droit

1. Interjeté en temps utile et, après plusieurs délais pour une régularisation, dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée, désormais dûment représenté, le recours est recevable.

2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 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, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, l'incapacité de gain peut résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 2^e ph. LPGA).

Suivant l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, qui doit être de 40% au moins.

Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative; 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.

En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365).

b) 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). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est

qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Enfin, s'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf.).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATFA I 946/05 du 11.05.2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres réf.).

Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGa; 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 (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

3. a) Est litigieuse la prétention à une rente AI de l'assuré. Le recourant conteste pouvoir reprendre son travail auprès de son ancien employeur, dénie toute force probante à l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par l'OAI, indique souffrir de céphalées invalidantes et considère que ses blessures à la tête occasionnées lors de ses deux accidents nécessitent un examen médical bien plus approfondi que celui réalisé par l'institution chargée de son expertise; enfin, il relève qu'aucune investigation quant à ses possibilités de réinsertion professionnelles ne fut faite. Pour l'OAI, le refus de rente est justifié; la valeur probante de l'expertise ne saurait être remise en cause; au vu de l'exigibilité de l'ancienne activité retenue notamment sur la base de ce document médical, une autre mesure professionnelle que l'aide au placement octroyée n'est pas nécessitée.

b) Le recourant semble dénier à l'expertise pluridisciplinaire mandatée par l'OAI toute force probante d'abord du fait que les experts qui l'ont signée paraissent ne pas figurer sur la liste FMH et que celui chargé du volet psychiatrique "semble" continuer de "travailler de la même manière, déjà sanctionnée par les autorités administratives genevoises en 2008". Ce grief, autant qu'il peut être compris ainsi, est pour le moins peu nourri – en particulier s'agissant de l'expert psychiatre, dont le passage précité n'est pas davantage explicité. En tout état de cause, la Cour observe que les trois experts signataires de l'expertise pluridisciplinaire sont bien chacun au bénéfice d'un titre postgrade reconnu par la Confédération dans leur domaine de spécialité, ainsi que d'autorisation(s) cantonale(s) de pratiquer, et qu'il n'est pas nécessaire qu'ils disposent d'un titre FMH et/ou appartiennent à dite organisation – ce qui est au demeurant le cas pour l'expert en ORL et pour celui en psychiatrie. Il n'y a dès lors aucunement lieu d'invalider pour ce seul motif, pas davantage développé, l'expertise litigieuse, alors que rien ne permet de retenir qu'elle ne fut pas menée par des experts remplissant les conditions pour ce faire, disposant des qualifications requises et en mesure de rendre cet avis médical détaillé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_63/2011 du 27 mai 2011 consid. 4.3; le registre des professions médicales figure sous www.medregom.admin.ch).

Le recourant fait ensuite grief à l'OAI de n'avoir pas été "correctement informé au sujet du sens de cette expertise", que cela ne ressort en tout cas pas du rapport d'expertise. On ignore ce qu'il entend précisément par là. En tout état de cause, la Cour considère que l'OAI a dûment informé son assuré et les médecins-traitant de ce dernier, par courrier du 28 décembre 2010 (auquel était joint un memento; dos. OAI 371; cf. également le rapport d'entretien AI du 20 juillet 2010, p. 5, "Informations données à la personne assurée", dos. OAI 297) qu'il entendait le soumettre à un examen pluridisciplinaire approfondi, ce en parfaite conformité avec les obligations d'instruction de l'administration, auxquelles répond le devoir d'un assuré de prendre part à un examen raisonnablement exigible, comme en l'espèce.

Enfin, le recourant estime que 50 des 87 pages de l'expertise sont superflues, car ne contenant que des citations du dossier médical de l'OAI. La Cour ne partage pas cette lecture de l'expertise et peine à comprendre en quoi cet élément serait de toute manière susceptible d'induire un défaut de valeur probante de l'expertise. Il apparaît plutôt que le rappel de considérations médicales figurant au dossier et le fait que les experts se soient prononcés à leur égard témoignent de la qualité de l'expertise; on peut d'ailleurs raisonnablement supposer que le recourant aurait mis en avant une absence de ces éléments, cas échéant.

c) S'agissant toujours de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire menée, ceci encore: elle se fonde sur une anamnèse détaillée, avec mention des aspects personnels et professionnels de l'assuré, de l'historique de ses atteintes, mais aussi de ses plaintes, ainsi que des examens cliniques complets, avec notamment une observation attentive des multiples éléments médicaux à disposition; les experts ont en particulier expliqué pourquoi ils écartaient d'autres diagnostics différentiels reconnus les plus proches que ceux retenus; structurée et contenant les informations nécessaires à l'appréciation du cas d'espèce, ses conclusions, claires, motivées et convaincantes au regard de l'ensemble du dossier médical également, peuvent être reçues avec pleine valeur probante en ce qui concerne en particulier la nature et la portée des atteintes que présente l'intéressé.

d) Les experts ont retenu les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de céphalées (post-traumatiques), de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire (dorso-lombalgies chroniques), de status post-vertige paroxystique bénin, de surdité mixte bilatérale appareillée, et de troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) en cours de rémission. Ils concluent à l'absence de "limitations ayant une interaction significative avec le dernier emploi" et considèrent que dans l'activité habituelle, l'assuré dispose d'une capacité de travail totale avec une baisse de rendement de 10-15%, laquelle est motivée par "l'interaction" des diagnostics retenus et par une légère fatigue physique et psychique qui peut en résulter; il en irait de même dans une activité adaptée.

Pour contester pouvoir reprendre une activité similaire à celle habituelle et réclamer une nouvelle expertise, le recourant invoque dans son mémoire complémentaire souffrir de céphalées invalidantes et avoir été blessé à la tête lors de ses deux accidents (31 janvier 2007 et 14 février 2008), ce qui nécessite selon lui "un examen médical bien plus approfondi que celui réalisé " par l'institution chargée de l'expertise. Aucune indication supplémentaire n'est fournie et on ne sait de quelle lacune ou insuffisance l'expertise souffre selon lui. Pour la Cour, c'est bien au terme d'une analyse rigoureuse, détaillée et suffisamment fondée notamment par les éléments médicaux cliniques et paramédicaux à disposition que les experts ont pu retenir une capacité de travail totale dans l'activité habituelle, avec uniquement une baisse de rendement de 10-15% – l'OAI retint ce dernier taux.

La Cour relève d'abord que diverses plaintes de l'assuré n'ont pas été corroborées par un diagnostic avec effet sur la capacité de travail, voire sont en contradiction avec d'autres éléments du dossier. Ainsi, par exemple, l'impossibilité de marcher plus de 100 m. – alors que pour les experts, la marche est sans particularité significative – ou de faire une occupation comme du jardinage est-elle contraire à ce qui figure dans le rapport d'entretien AI. A noter aussi une absence de compliance au traitement antidépresseur prescrit (expertise, p. 62) et que c'est dans ses objections au projet de décision de l'OAI et dans son recours que l'intéressé soutient pour la première fois que ses "migraines" et ses maux de dos le paralysent et l'obligent à rester couché.

S'agissant plus spécifiquement de la problématique crânienne et des céphalées, lesquelles seraient, selon l'assuré, apparues après un premier traumatisme en 2007 et accompagnées de douleurs dorso-lombaires ensuite d'un second traumatisme crânien et d'un dorsal en 2008, les experts disent les symptômes persistants, mais relèvent une discordance dans les plaintes ainsi qu'entre les plaintes et l'examen clinique (cf. expertise, p. 26 et 31; également p. 37, 39 et 73). En outre, lesdits symptômes n'ont pas été objectivés sur le plan clinique et paraclinique (cf. expertise, p. 31 et 72s.). "Les comptes-rendus radiologiques et les scanners cérébraux réalisés suite à ce traumatisme ont permis d'éliminer toute pathologie intracrânienne" (expertise, p. 72). L'expert concerné, à l'instar d'autres médecins s'étant prononcés auparavant – mais aussi de l'assureur-accidents – ne retient pas un lien causal entre les accidents subis et les plaintes de céphalées (cf. expertise p. 26). Cette absence de toute objectivation des douleurs est plusieurs fois soulignée (l'assuré décrit des "céphalées généralisées, mal systématisées, persistantes, sans aucune lésion cérébrale ou intracrânienne mise en évidence par le bilan paraclinique post-traumatique", p. 26; "... sans qu'on puisse mettre en évidence une étiologie précise, même à travers le bilan radiologique initial", p. 27; ... en l'absence d'éléments tangibles, il n'y a pas d'arguments pour justifier de l'incapacité de travail.", p. 32; "L'expertisé décrit un tableau de douleurs à type de céphalées et de dorso-lombalgies sans aucune spécificité. Celles-ci sont chroniques, permanentes, sans aucun substrat radiologique mis en évidence à l'examen clinique pouvant permettre de retenir une corrélation précise.", p. 73; "En raison de l'absence d'évidences paracliniques et de lésions inhérentes,...", *ibidem*). S'agissant de limitations fonctionnelles en lien avec les céphalées invoquées par l'assuré, il est uniquement retenu que les activités nécessitant de garder l'attention de façon prolongée sont susceptibles de les déclencher, voire les aggraver (p. 31) – or, l'ancienne activité de monteur de glissières de sécurité ne requérait pas une telle concentration (cf. questionnaire pour l'employeur du 9 mars 2009, dos. OAI 242: les exigences/charges journalières sont faibles s'agissant de la concentration/attention).

Certes, l'expertise indique-t-elle que l'obtention d'un bilan paramédical de type IRM cérébrale serait souhaitable; mais cela l'est précisément en relation avec cette absence constatée de tout élément objectif médical ou paramédical susceptible de fonder la symptomatologie présentée par l'assuré. L'hypothèse qu'un tel examen puisse montrer l'existence d'une séquelle post-traumatique et changer le fond de la discussion est au reste qualifiée de peu probable, faute de quoi les praticiens en charge du suivi de l'intéressé l'aurait déjà pratiqué (cf. p. 31s.; également p. 73); le diagnostic différentiel de lésions intracrâniennes post-traumatiques ou de leurs éventuelles séquelles est même expressément écarté, "car vraisemblablement, il reste discutable dans la mesure où le scanner réalisé en mars 2008 n'objective aucune lésion à ce niveau" (p. 29). De fait, les discordances observées "suggèrent que la cause puisse être aussi de nature non médicale" (p. 73); et en définitive, une telle IRM ne devrait-elle être menée que "si jamais une lésion de type dégénérescence devrait vraiment être suspectée" (*ibidem*). Une éventuelle séquelle post-traumatique ou une lésion dégénérative en lien avec l'âge qualifiée de "tardive" – ainsi qu'écrit, les examens post-traumatiques effectués ensuite des deux accidents ont exclu la présence de toute

pathologie semblable – devrait en outre être "grave" (cf. 75) pour expliquer la symptomatologie présentée par l'assuré; et encore, notent les experts, ne le ferait-elle qu'"en partie" (p. 72). On le voit, la recommandation de réaliser cas échéant une IRM ne répond qu'à la constatation d'une absence de tout substrat organique fondant notamment les plaintes de céphalées invalidantes de l'assuré et ne tendrait en définitive qu'à faire ainsi "la part des choses" (cf. expertise, p. 73); elle ne remet pas en cause la conclusion des experts selon laquelle il n'y a aucun handicap, aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail qui puisse être retenu, ni leur observation de l'existence de nombre de discordances dans les plaintes formulées par l'intéressé. Dit autrement, les experts ne font nullement dépendre d'une réalisation future de cet examen leur constat médical d'une capacité de travail de l'assuré pleine et entière lorsqu'est réalisée l'expertise. Il sied d'ailleurs de préciser que le souhait de procéder ultérieurement à une IRM cérébrale est fait en relation avec celui opéré par le Dr B. _____, FMH neurologie, le 2 septembre 2008 (cf. dos. OAI 164). Or, ce dernier ne le formulait que parce qu'il ne disposait pas des imageries médicales qui "auraient été effectuées" et seraient "sans anomalie"; il convenait dès lors, pour ce médecin, tout d'abord de s'assurer qu'il y avait bien eu une imagerie cérébrale et que celle-ci était normale; ce n'est que si tel n'était pas le cas qu'il "faudrait en demander une, de préférence une IRM". Or, la Cour rappelle que des imageries médicales furent bien effectuées en 2007 et 2008 et qu'aucune ne montra une quelconque problématique. Il est manifeste que c'est de ce fait qu'aucun médecin, pas même celui traitant, le Dr C. _____, FMH rhumatologie et médecine interne générale, ne jugea utile et nécessaire par la suite un tel examen (cf. rapport du 15 septembre 2008, *in fine*, du Dr D. _____, FMH oto-rhino-laryngologie).

L'on ajoutera encore que pour les experts, une imagerie cérébrale supplémentaire, sous forme d'IRM, pourrait aussi éclaircir la question d'un certain ralentissement dont a fait montre le patient lors de l'examen clinique, notamment lors du déshabillage – mais sans qu'il ne présente aucun déficit neurologique déterminé –, ainsi que quant à la lenteur de son langage et qu'à la bradypsychie (cf. p. 27; un ralentissement idéatoire et psychomoteur en relation avec un état déprimé avait déjà été mentionné par le Dr B. _____, FMH neurologie, qui proposa au vu de son examen, une évaluation psychiatrique) caractérisée par des discours appauvris dans l'utilisation des mots – mais en l'absence d'une mise en évidence de troubles clairs de la mémoire ou un déficit neurologique. Cependant, ces éléments n'ont en tout état de cause pas un caractère de gravité tel qu'ils influeraient sur la capacité de travail de l'intéressé; la diminution de rendement retenue par les experts les prend en compte, de sorte que l'appréciation qui précède ne s'en trouve pas modifiée.

Au vu de tous ces éléments, le grief d'insuffisance de l'expertise ne résiste pas à l'examen.

Enfin, pour terminer ce point relatif à la question des céphalées et de la problématique du traumatisme crânien, la Cour relève encore, par surabondance, qu'il n'est pas évident, au vu de l'ensemble du dossier, que le second accident, en 2008, ait occasionné à nouveau un tel traumatisme, précisément sur la zone pariétale droite. En effet:

Selon la déclaration LAA du 1^{er} février 2007 (dos. OAI 175), suite à une "[m]auvaise manipulation avec un tire-fort, en effectuant un démontage", l'assuré a reçu un tire-fort contre l'oreille droite; celle-ci et la tête ont été atteintes; le travailleur ressent des douleurs à ces deux endroits; l'incapacité de travail a débuté le jour même. Le rapport de scanner établi le 1^{er} février 2007 (dos. OAI 185) relate que l'intéressé reçut un choc latéral direct (une masse de 500 kg est alléguée) contre l'oreille droite et l'absence d'hématome, ainsi que de sang dans l'oreille moyenne. Le rapport médical du 14 février 2007 (dos. OAI 180) provenant de l'hôpital où se rendit le jour même de l'accident l'assuré indique qu'il a reçu une charge importante contre l'oreille et retient une

contusion de l'oreille droite, sans déchirure du tympan, ni déformation, et ni troubles d'équilibre et de la marche (cf. également rapport du 16 mars 2007, dos. OAI 188: diagnostic de contusions pariéto-temporales droites notamment posé par un spécialiste FMH ORL et chirurgie cervico-faciale).

La déclaration LAA du 18 février 2008 relative au second accident (dos. OAI 94) relate que "(p)our préparer un trou, M. A. _____ utilisait une barre à mine. En tirant sur celle-ci il fit une chute et tomba d'environ 2.5 m. sur le dos"; seul le dos est mentionné comme partie du corps atteinte. L'assuré consulte son médecin traitant (dos 64) le lendemain, et c'est depuis lors que débute son incapacité de travail. On le voit, il n'est fait nulle mention d'une chute d'une hauteur plus importante (quelque 3, puis 4 m. furent évoqués par la suite), occasionnant une interruption du travail et d'une hospitalisation immédiates; surtout, il n'est aucunement dit que le travailleur aurait été atteint à la tête, et plus précisément à la zone pariétale droite déjà touchée lors de l'accident précédent. L'on observa d'ailleurs que le Dr C. _____ ne rapporte le 14 avril 2008 (dos. OAI 109) qu'une chute sur le seul dos et n'avoir effectué lors de la première consultation, conséquemment, que des radiographies de la colonne lombaire et dorsale (cf. aussi le traitement proposé; le 17 mars 2008, dos. OAI 123, il prescrit de la physiothérapie pour "dorsolombalgies posttraumatiques" ensuite de la chute de février 2008); il n'y a aucune mention d'une contusion provoquée par la chute sur la tête et/ou la réception d'un objet lourd sur le côté droit de la tête, comme allégué plus tard par l'assuré. A noter encore que le scanner cérébral du 17 avril 2008 (dos. 104) concluait à l'absence d'argument en faveur non seulement d'une fracture crânienne, mais aussi de tout hématome sous- ou épidural; ce alors que l'assuré indiqua ultérieurement n'avoir pas porté de casque, contrairement au premier accident (cf. dos. OAI, rapport d'expertise LAA du 22 juin 2009, dos. OAI 306; également le rapport du 14 mai 2008 du médecin d'arrondissement de la CNA, dos. OAI 121: la partie pariétale droite de la tête n'est pas évoquée, et le médecin ne retient qu'un status trois mois après une contusion probablement dorsolombaire.) Dans son rapport du 10 juin 2008 (dos. OAI 128), le médecin traitant ne met en exergue que l'accident du 31 janvier 2007 par rapport à la symptomatologie de son patient: celui-ci se plaint de vertiges suite à son accident du 31 janvier 2007 ("Il a reçu une masse de 500 kg sur tête au niveau de la région auriculaire et pariétale droite."); il ne fait aucune mention ni d'une chute sur la tête en 2008, ni de celle d'un objet sur la zone précédemment touchée, élément(s) que n'aurait pas manqué de souligner le médecin traitant suivant son patient depuis plusieurs années. Ce n'est en définitive que dans son rapport du 2 juillet 2008 (dos. 139) que ce médecin mentionne qu'un choc au niveau de la zone précitée a été subi aussi lors de l'accident de 2008. Cette indication sera par la suite reprise comme telle par les différents médecins s'étant prononcé.

A noter encore que dans sa feuille annexe à la demande de prestations AI remplie le 3 mars 2009 (dos. OAI 233), l'assuré donne pour la première fois les indications suivantes sur ses accidents: lors du premier, en manipulant un moteur, une barre de fer lui est arrivée sur la tête (choc, pression [cf. écrit du 29 mai 2009, dos. OAI 311: seul le premier accident est mentionné quant à la survenance des problèmes auditifs] d'une charge de 500 kg sur l'oreille droite); lors du second, il explique être tombé en arrière d'un pont, d'une hauteur 4 m, après avoir tiré sur une tôle, laquelle lui est tombée sur la tête. Selon le rapport d'expertise de la clinique ORL, neurootologie, de E. _____, du 22 juin 2009 (dos. OAI 306I), l'assuré indique être tombé, lors du second accident, d'une échelle ("Leiter), dans un tunnel, pendant un montage, d'une hauteur de 3m., avec une charge lui tombant sur la moitié droite du crâne et une perte de connaissance consécutive, dont il se réveilla de lui-même; il se rendit à l'hôpital (recte: chez son médecin traitant) le jour suivant, du fait de douleurs à la tête et au dos. Selon le complément au rapport du 1^{er} entretien reçu par l'OAI le 20 juillet 2010 (dos. OAI 291), il est allégué, à l'instar de ce qui fut dit dans l'expertise AI (cf. p.

20), que c'est lors du premier accident qu'il connu une perte de connaissance durant quelques minutes; s'agissant du second, il est simplement dit qu'il est tombé sur le dos et la tête; pas qu'un objet lui serait tombé sur le côté droit de cette dernière.

e) Enfin, la Cour souligne que des arguments socioculturels, socioéconomiques et psychosociaux, que l'expertise, notamment, met en exergue et qui ne sauraient entraîner une couverture de l'AI, imprègnent cette situation. On est, en particulier, en présence (cf. notamment expertise, p. 25, 60, 64, 66, 68 et 73s; rapport d'entretien AI) d'un assuré sans scolarité significative, sans formation professionnelle et pour lequel la langue d'ici et sa surdité constituent une certaine barrière – sans que cela l'ait empêché notamment d'exercer une activité –, qui estime avoir beaucoup et suffisamment travaillé pendant de nombreuses années, à satisfaction de son employeur, sans recourir à l'assurance-chômage ou à une autre "aide", avoir subi deux accidents qui, selon lui, ont failli lui coûter la vie et lui occasionnent toujours des douleurs invalidantes, et devoir pour ces motifs percevoir une rente AI; il n'entend clairement pas reprendre une activité professionnelle, déplore la résiliation de son contrat de travail et la précarité de sa situation économique, l'aide du service social lui étant insuffisante. Or, pour la Cour, ces éléments, comme un certain déconditionnement physique et social/intellectuel du fait de la longue interruption d'activité, un sentiment de perte d'utilité, l'âge ou une certaine distance familiale ayant suivi son remariage un an après le décès de sa première épouse, ne sauraient constituer une atteinte à la santé, un diagnostic médical avec effet sur la capacité de travail et de gain.

f) Au vu de tout ce qui précède, pour la Cour, aucune atteinte à la santé dont les conséquences induirait une incapacité non objectivement surmontable et déterminante pour l'AI ne peut être retenue. Le degré d'invalidité obtenu, au terme d'un calcul ne prêtant pas le flanc à la critique, s'élevant à 15%, c'est à raison que tout droit à une rente fut nié.

g) Le recourant reproche encore à l'OAI de ne pas avoir mené d'investigation quant à ses possibilités de réinsertion professionnelle. Pour la Cour, dès lors que l'intéressé ne peut se prévaloir d'aucune incapacité de gain pertinente au sens de l'AI et que la reprise d'une activité similaire à celle habituelle est bien médicalement exigible de sa part, la situation ne requiert aucune mesure de réinsertion indispensable à la réadaptation professionnelle, ni aucune mesure d'ordre professionnel autre que l'aide au placement offerte par l'OAI.

L'on rappellera que l'âge n'est pas un élément ouvrant en soi la porte de telles mesures; et que la réadaptation par soi-même – par exemple pour éviter un déconditionnement physique – prévaut non seulement à l'octroi d'une rente, mais aussi à toute mesure de réadaptation ou d'ordre professionnel octroyée par l'AI.

4. Le recours, infondé, doit être rejeté.

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, ici fixés à 800 francs, doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Ils ne seront cependant pas prélevés, ce dernier ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite.

Au vu de la complexité de l'affaire et des opérations nécessaires, du fait que le mandataire choisi, intervenu en cours d'instance, a déposé un mémoire complémentaire de 5 pages, et eu égard à la liste de frais produite le 16 septembre 2014, l'indemnité allouée à Bruno Kaufmann, en sa qualité de défenseur d'office, sera fixée, *ex aequo et bono*, au montant forfaitaire de 1'800 francs, débours et TVA compris. Elle sera mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.

la Cour arrête:

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de justice, de 800 francs, sont mis à la charge du recourant. Ils ne seront cependant pas prélevés, celui-ci ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale par décision du 7 novembre 2012.
- III. L'indemnité allouée à Me Bruno Kaufmann, avocat, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à 1'800 francs, débours et TVA compris, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.
- III. Communication.

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 19 septembre 2014/djo

Président

Greffier-rapporteur