



**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

605 2019 264

Arrêt du 9 septembre 2020

1^e Cour des assurances sociales

| | | |
|-------------|-----------------------|----------------------------|
| Composition | Président : | Marc Boivin |
| | Juges : | Yann Hofmann, Marc Sugnaux |
| | Greffier-rapporteur : | Philippe Tena |

Parties

A. _____, recourant,
contre
**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité
Recours du 4 octobre 2019 contre la décision du 16 septembre 2019

considérant en fait

A. A. _____, né en 1958, domicilié à B. _____, marié et père de trois enfants majeurs, travaillait en dernier lieu en tant que monteur sanitaire auprès d'une société notamment active dans l'étude, la réalisation et le montage d'installations de détection d'incendie.

Le 6 février 2014, sur son lieu de travail, il a perdu l'équilibre et a chuté d'une échelle sur l'épaule droite et la tête. Cet événement a motivé une incapacité de travail complète d'une quarantaine de jours.

Suite à l'échec de la reprise de l'activité professionnelle, une incapacité de travail totale est médicalement attestée depuis le 14 juillet 2014.

B. Ce cas, comme sa rechute, a été pris en charge par la SUVA auprès de laquelle il était assuré, par le biais de son employeur, contre les accidents professionnels et non-professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

L'assurance a fait bénéficier son assuré d'un séjour auprès de C. _____ du 31 août au 28 septembre 2016. Les médecins estimaient alors que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles et évoquaient des facteurs médicaux sans lien avec l'accident et des facteurs non-médicaux. L'assuré a également été examiné par la Dre D. _____, spécialiste en neurochirurgie, médecin d'arrondissement. Dans son rapport du 10 avril 2017, cette dernière a considéré que l'assuré est en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée.

Par décision du 14 juillet 2017, la SUVA a reconnu à son assuré le droit à une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 15% ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 15%.

C. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, le 16 avril 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations devant l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison des douleurs à l'épaule droite des suites de l'accident du 6 février 2014 et de la rechute du 14 juillet 2014.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 23 juin 2018, celui-ci estime que l'assuré n'est plus en mesure de travailler en raison de ses troubles psychiques, indiquant que seul un travail dans un atelier protégé est exigible. Dans un rapport du 4 juillet 2017, le Dr F. _____, spécialiste en anesthésiologie, du Service médical régional (ci-après: SMR), a considéré que le rapport d'expertise n'était pas convaincant et a affirmé que l'état de santé était améliorable par une optimisation du traitement. L'OAI a alors mandaté le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour une nouvelle expertise. Dans son rapport du 6 juin 2019, ce dernier conclut que l'assuré n'est pas limité par des troubles psychiques dans l'exercice d'une activité lucrative, ne faisant état que de facteurs extra-médicaux.

Par décision du 16 septembre 2019, reprenant un projet du 18 juillet 2019, l'OAI a reconnu à son assuré le droit à une rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 30 avril 2017.

D. Contre cette décision, l'assuré interjette recours devant le Tribunal cantonal concluant, en substance, à ce que sa rente soit maintenue après le 30 avril 2017.

A l'appui de son recours, il fait état de son désaccord avec les conclusions de la Dre D. _____, affirmant que son état de santé ne lui permet pas de travailler. Il se prévaut également de l'avis de son psychiatre-traitant, lequel confirmerait son incapacité de travail totale.

Le 5 octobre 2019, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

Dans ses observations du 11 novembre 2019, l'OAI propose le rejet du recours, renvoyant aux pièces de son dossier ainsi qu'à la motivation de sa décision.

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

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, le recourant est en outre directement atteint par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2.

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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

2.1. 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un

environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

2.2. Selon l'ATF 141 V 281, 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. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

3.

Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3).

Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3).

4.

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

4.1. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les

références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. 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). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

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).

4.4. 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 353 consid. 3b/ee).

Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

4.5. 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).

La jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, mais n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance (arrêt TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3).

5.

Est en l'espèce litigieux le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité après le 30 avril 2017, étant cependant rappelé que le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité à cette période mais s'étend également aux périodes qui ne sont pas remises en cause.

Il convient d'examiner la problématique de la capacité de travail de l'assuré, d'abord sur le plan physique.

5.1. A cet égard, l'OAI s'est référée aux conclusions de la Dre D._____, médecin d'arrondissement de la SUVA.

Dans son rapport du 10 avril 2017, celle-ci retient notamment les diagnostics de *"status post chute avec réception sur l'épaule D et la tête en février 2014"*, de *"status post arthroscopie avec réparation du tendon sous-scapulaire et d'une lésion labrale en septembre 2014"*, de *"probable lésion du plexus brachial supérieur D à prédominance du nerf supra-scapulaire, d'origine post-traumatique"* et de *"syndrome du tunnel cubital à D. 13.06.2016"*. Evoquant également une *"cervicarthrose mixte significative"* et des *"épisodes dépressifs"* non à charge de l'assurance-accidents, elle estime que l'assuré est en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée, à savoir une activité sans travail répétitif et port de charges au-dessus de 15 kg avec le membre supérieure droit. Il n'y a, selon elle, pas de restrictions pour les charges en-dessous de 7,5 kg et dans les travaux fins (dossier OAI, p. 579).

La médecin d'arrondissement ne motive que très succinctement ses conclusions.

Ce manque de motivation est compensé par le fait que la docteure se réfère en grande partie aux conclusions des médecins de C. _____ qui avaient pris en charge l'assuré entre le 31 août et le 28 septembre 2016. A l'époque, retenant des diagnostics proches de la médecin d'arrondissement, ceux-ci n'estimaient pas encore l'assuré en mesure de reprendre une activité, prévoyant que son état pouvait être stabilisé et préconisant un traitement de physiothérapie. Ils évoquaient cependant les limitations fonctionnelles suivantes : *"travail répétitif avec le MSD, port de charge au-dessus de 90° de flexion avec le MSD, port de charge en-dessous limité à 15 kg rarement. Pas de restriction en-dessous de 7.5 kg, pas de limitation dans les travaux fins"* (dossier OAI, p. 418).

Complétées par les rapports bien plus détaillés des médecins de C. _____, les conclusions de la Dre D. _____ apparaissent convaincantes. Il apparaît ainsi que si l'assuré était fortement invalidé suite à l'accident de février 2014, lors de l'examen de cette dernière au mois d'avril 2017 son état s'était stabilisé de sorte qu'on devait lui reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

5.2. Cependant, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relève la *"persistance des cervico-brachialgies droites"* et une *"probable lésion du plexus brachial"*. Même s'il a annoncé cesser le traitement de l'épaule, dont l'évolution est à son avis favorable, le 20 février 2017, il estime toujours que son patient n'est pas en mesure de reprendre le travail (rapport du 21 février 2017, dossier OAI, p. 626; cf. ég. p. 26, 147, 193, 275, 291 et 388).

De même, le Dr I. _____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive, diagnostique que les *"cervicobrachialgies chroniques [droites] sur cervicodisco-uncarthrose entraînent des sténoses sévères comprimant les racines C4G, C5D et G, C6D, C7 D et G"*. Il émet un *"pronostic désormais réservé compte tenu de la chronification"* et atteste d'une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée (rapport du 9 février 2017, dossier OAI, p. 634; cf. p. 600).

Ces différents médecins ont donc une appréciation différente par rapport à la Dre D. _____ et aux médecins de C. _____.

5.3. L'on doit, néanmoins, rappeler que les médecins de C. _____ soulignaient que *"les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics). Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, tels qu'une catastrophisation élevée, une kinésiophobie modérée, un comportement douloureux et autolimitant, chez un patient qui sous-estime de façon importante de ses propres capacités fonctionnelles. De plus, la situation socio-professionnelle n'est pas favorable, chez un patient de 58 ans, sans bonne maîtrise du français, sans formation reconnue en Suisse, sans contrat de travail et éloigné du monde professionnel depuis 2.5 ans"* (dossier OAI, p. 418).

Ce constat est partagé par le Dr G. _____, qui note: *"un manque de motivation, une situation psychosociale défavorable, l'âge, le manque de formation professionnelle. Les avantages des prestations de l'AI offrent donc des solutions face à des problèmes de réalité comme les faibles perspectives sur le marché du travail. L'incompréhension de l'employeur tombe car il a été licencié vu la durée de l'incapacité de travail. Dans les faits, les aptitudes physiques sont diminuées. D'un point de vue mental, elles ne le sont pas véritablement. Il n'y a jamais eu de problèmes d'adaptation"* (dossier OAI, p. 733).

Dans ce contexte, l'on ne peut ainsi pas exclure que ces médecins soient influencés par les dires de leur patient, dont la situation paraît, par ailleurs, également dépendre de facteurs extra-médicaux.

En outre, le Dr F._____, du SMR, confirme la valeur probante du rapport de la médecin d'arrondissement. Il indique ainsi que, *"sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médico-théorique ont été fixés de manière claire cohérente par le médecin d'arrondissement sur la base d'un examen clinique complet"* (rapport du 28 juillet 2017, dossier OAI, p. 647). Pour sa part, dans son dernier rapport du 1^{er} avril 2017, le Dr J._____, généraliste ayant repris le suivi de l'épaule du recourant, admet que le *"cas [est] complexe"* et que *"l'affection de l'épaule droite s'est améliorée"* même s'il demeure des *"douleurs [dans la] région postérieure de l'épaule et du bras avec irradiation jusqu'à la main droite"*. Il ne semble pas exclure la reprise d'une activité adaptée, indiquant qu'il en discuterait avec son patient *"lors de la prochaine visite"* en avril 2017 (rapport du 1^{er} avril 2017, dossier OAI, p. 596).

5.4. Au vu de ce qui précède, il apparaît que les conclusions de Dre D._____ et des médecins de C._____ ne sont pas mises en cause par les avis divergents de ces deux spécialistes.

Partant, la Cour retient que le recourant n'était pas en mesure de travailler dans une quelconque activité avant le mois d'avril 2017, date de l'examen par la médecin d'arrondissement. En revanche, par la suite, l'état de santé somatique du recourant ne le limite pas dans l'exercice d'une activité adaptée, à savoir sans travail répétitif et port de charges au-dessus de 15 kg avec le membre supérieure droit.

6.

Il convient ensuite d'examiner la problématique de la capacité de travail de l'assuré sur le plan psychique.

6.1. Dans sa décision, l'OAI s'est référé aux conclusions du Dr G._____, l'expert qu'il a mandaté dans un second temps.

Dans son rapport du 6 juin 2019, celui-ci diagnostique un *"trouble dépressif léger à moyen"* qu'il n'estime pas invalidant (dossier OAI, p. 596).

L'expert-psychiatre a fondé ses conclusions sur les pièces du dossier assécurologique, un rapport complémentaire du psychiatre traitant ainsi que sur un entretien avec le recourant le 30 janvier 2019, réalisé avec le soutien d'un interprète indépendant. A cette occasion, l'assuré a pu décrire sa situation médicale, mais également sociale, familiale et économique. Pour sa part, l'expert-psychiatre a pu procéder à un examen complet de l'assuré, lui faisant notamment passer des examens psychométriques. Il motive ses conclusions en comparant ses constats cliniques et les informations du dossier aux critères diagnostics, excluant la présence de troubles dépressifs graves, ne pouvant tout au plus conclure à un trouble dépressif de gravité légère à moyenne. De même, il examine la question de la capacité de travail en détaillant l'incidence de ce trouble selon les critères figurant dans le manuel Mini-CIF-TAPP, recouvrant en cela la plupart des critères imposés par la jurisprudence fédérale. L'expert renvoie par exemple aux motifs d'exclusion affirmant que, si l'incapacité de travail est jugée comme totale, *"cela relève surtout actuellement de l'existence de facteurs qui sortent largement du champ médical"*.

L'expert-psychiatre va dans le sens de la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de C._____, laquelle diagnostiquait un *"épisode dépressif moyen avec*

un syndrome somatique". Si la psychiatre estimait alors que ce trouble *"influence négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient"*, elle n'attestait pour autant pas d'incapacité de travail en lien direct avec ce trouble (dossier OAI, p. 418 et 432).

Le rapport du Dr G._____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante de sorte que c'est à juste titre que l'OAI s'y est référé.

6.2. Dans son rapport du 23 juin 2018, le premier expert mandaté par l'OAI, le Dr E._____, n'avait pas la même appréciation de la situation.

Ce médecin posait alors le diagnostic différentiel de *"Trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique (F-32.2) vs trouble dépressif sévère organique sans symptôme psychotique (F-06.32)"*. Selon lui, l'assuré n'était plus en mesure de travailler sur le marché du travail, proposant que celui-ci soit orienté vers un atelier protégé. Dans le cas d'une éventuelle récupération future de la capacité de travail, il estime que seules certaines activités adaptées, en particulier sans provocation de fatigue et avec des pauses régulières, ne seront exigibles (dossier OAI, p. 670).

La valeur probante de ce rapport est cependant fermement remise en question par le Dr F._____, du SMR. Ce médecin critique le fait qu'un fils de l'assuré ait vraisemblablement été présent lors de l'entretien avec l'expert et que celui-ci ait été réalisé en l'absence d'un interprète indépendant alors même que *"l'inconfort et la non maîtrise par l'assuré du français verbal dans cet examen"* a été relevé. Il fait également reproche à l'expert une anamnèse incomplète (absence de posologie prescrite des médicaments psychotropes, absence de dosage plasmatique, absence d'indication de la fréquence des consultations). Il constate par ailleurs que l'expert ne motive qu'insuffisamment son évaluation de la capacité de travail, se *"contentant de chiffrer l'exigibilité sans répondre à la question posée"*. Il conteste encore la motivation de l'expert sur le plan médical dès lors que le diagnostic retenu d'épisode dépressif sévère ne remplit pas les huit critères diagnostiques, dont trois majeurs, exigés par la CIM-10 et met en cause l'origine organique de la dépression évoquée par l'expert, se référant aux autres pièces du dossier. Enfin, il doute des considérations de l'expert s'agissant des limitations et ressources de l'assuré, constatant que son fonctionnement quotidien n'est pas gravement perturbé, l'absence de comorbidité psychiatrique et la présence de nombreux facteurs contextuels, au demeurant non discutés par l'expert (rapport du 4 juillet 2018, dossier OAI, p. 693).

Ce raisonnement est également partagé par le Dr G._____, lequel affirme que cette expertise lui *"paraît n'avoir aucune valeur probante tant sur le fond que sur la forme"*. Il ajoute que la systématique retenue par le premier expert-psychiatre ne permet pas de *"comprendre l'évolution clinique et les investigations réalisées chez cet assuré"* et qu'il y a une *"certaine confusion entre l'essentiel et l'accessoire"* (dossier OAI, p. 733).

A lire l'expertise du Dr E._____, force est de constater que les reproches du Dr F._____ et du Dr G._____ sont fondés de sorte que c'est à juste titre que l'OAI s'est écarté de ses conclusions.

6.3. Le psychiatre traitant de l'assuré, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, présente également une appréciation divergente de la situation de son patient, retenant également le diagnostic d'épisode dépressif sévère (F32.2). Soulignant l'aggravation progressive puis la chronicisation des troubles psychiques, il atteste en dernier lieu d'une capacité de travail ne dépassant pas 20% dans une activité adaptée (rapport du 2 septembre 2019, dossier OAI, p. 787; cf. ég. p. 541, 558, 650 et 805).

Cependant, les rapports du psychiatre traitant n'apparaissent que peu argumentés au regard des conclusions de l'expert-psychiatre. En particulier, le médecin se fonde de manière non négligeable sur les dires de son patient, ce dont attestent en particulier les différents status médicaux que le psychiatre décrit au fil de ses rapports médicaux, utilisant les verbes tels que "exprimer" ou "se plaindre". Or, l'on rappelle que tant les médecins de C. _____ que le Dr G. _____ confirment l'incidence importante de la situation socio-économique sur les plaintes de l'assuré.

Au demeurant, les rapports du Dr L. _____ n'avaient déjà pas convaincu le Dr F. _____, lequel soulignait que *"le trouble de l'humeur, tel que décrit par le psychiatre traitant, ne correspond pas à un épisode dépressif sévère selon les critères de la CIM-10"*. Ce médecin constatait en outre que *"le psychiatre attest[ait] ce diagnostic depuis fin 2015 alors qu'en septembre 2016, la psychiatre de C. _____ n'a[vait] constaté qu'un épisode dépressif moyen"*. Il relevait finalement que le psychiatre n'avaient pas suivi les recommandations de la psychiatre de C. _____, n'essayant pas d'instaurer le traitement recommandé (rapport du 28 juillet 2017, dossier OAI, p. 647; cf. ég. p. 790).

Au vu de ce qui précède, il apparaît que les conclusions du Dr L. _____ ne permettent pas de mettre en cause celles, mieux argumentées, du Dr G. _____.

6.4. Partant, se référant aux conclusions de l'expert mandaté par l'OAI, la Cour retient que le recourant n'est pas limité sur le plan psychique.

7.

La *méthode ordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, 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). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

7.1. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées).

7.2. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de

salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

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 LPG), 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'oeuvre (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 LPG, 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).

7.3. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent 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 (RFJ 2009 p. 320).

Cependant, si le revenu ne peut pas être déterminé précisément en termes de chiffres, il doit être estimé sur la base des circonstances connues dans le cas individuel et les valeurs approximatives ainsi obtenues doivent être comparées. Tel est également le cas si une détermination exacte des revenus est possible en soi mais nécessite un effort disproportionné et si l'on peut également supposer que la simple estimation des revenus donne un résultat suffisamment fiable. Si une

estimation est faite, elle ne doit pas nécessairement consister en une détermination numérique de valeurs approximatives. Une comparaison de simples pourcentages peut suffire. Le revenu hypothétique qui peut être gagné sans handicap est alors évalué à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage proportionnellement plus faible, de sorte que le degré d'invalidité est dérivé de la différence de pourcentage (ATF 104 V 135 consid. 2b).

La jurisprudence admet par ailleurs qu'il soit procédé à une comparaison des revenus par pourcentages lorsque les deux revenus comparatifs, et donc aussi le revenu tenant lieu de revenu de valide, doivent être déterminés sur la base du même salaire moyen statistique (arrêt TF 9C_882/2010 du 25 janvier 2011 consid. 7).

8.

Dans sa décision du 16 septembre 2019, l'OAI a reconnu le droit à une rente au recourant depuis le 1^{er} octobre 2015 (six mois après le dépôt de la demande de rente) au 30 avril 2017. Il constatait que, à la date de l'examen du médecin d'arrondissement du 10 avril 2017, le recourant s'était vu reconnaître une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée.

8.1. Force est de constater que l'OAI n'a pas tenu compte du délai de trois mois figurant à l'art. 88a al. 1 RAI. Si l'on doit admettre que ce délai ne trouve pas application lorsqu'une expertise constate une amélioration sans que l'on arrive à déterminer à quel moment celle-ci est survenue (arrêt TF 9C_687/2018 du 16 mai 2019 consid. 2), tel n'est pas le cas en l'espèce. L'on peut en effet déterminer que le recourant ne pouvait pas travailler jusqu'à fin avril 2017 et que c'est à ce moment qu'est survenue l'amélioration de son état.

Le droit à la rente doit être prolongé de cette durée, à savoir jusqu'au 31 juillet 2017.

8.2. Pour la période ultérieure, l'OAI a considéré que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait poursuivi l'exercice de son activité habituelle de monteur-sanitaire à plein temps et réaliserait un revenu annuel brut de CHF 81'184.75 (revenu de CHF 79'671.- pour l'année 2013 selon l'extrait du compte individuel AVS, indexé au taux de CHF 1.9%).

Cela étant, il apparaît que, selon un courrier de son ancien employeur, celui-ci a cessé son activité dans le domaine d'installations de détection d'incendie. L'arrêt de l'activité dans le domaine où travaillait l'assuré est par ailleurs le motif de résiliation du contrat de travail donné par l'employeur (dossier OAI, p. 30 et 138). Ainsi, même en santé, il est peu vraisemblable que l'assuré aurait pu poursuivre une activité auprès de celui-ci et aurait continué à percevoir ce salaire.

Partant, le salaire de valide doit être évalué sur la base de chiffres de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2016 (TA1_skill_level, 41-43 Construction, niveau de compétences 1). Pour rappel, le niveau de compétence fait référence à la classification internationale du type des professions (CITP), laquelle classe les professions en fonction du type de travail qui est ou devrait être effectué, soit CHF 66'096.-.

Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 66'286.50, indices de 102.9352 pour 2016 et 103.2319 pour 2017, cf. OFS, T1.10 Indices des salaires nominaux par branches 2011-2017, 41-43 Construction). Il convient également de prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.3 heures par semaine en 2017 (CHF 68'440.80, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Construction).

Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 68'440.80.

8.3. Quant au revenu d'invalidé, en l'absence de revenu effectivement réalisé, il convient de se référer au montant mensuel de CHF 5'340.-, soit CHF 64'080.- annuellement, correspondant au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'ESS.

Dès lors que le TA1, niveau de compétence 1, de l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes du recourant dans un marché du travail équilibré (cf. arrêts TF 9C_830/2017 du 16 mars consid. 5; 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2; 9C_833/2017 du 20 avril 2018 consid. 5.1). La référence au niveau de compétence 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que le recourant ne possède aucune autre formation ou expérience dans ce domaine, absence influençant manifestement le revenu auquel il pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires).

Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 64'366.20, indices de 2239 pour 2016 et 2249 pour 2017, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, hommes et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2017 (CHF 67'101.75, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs).

Au vu de la capacité de travail de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 67'101.75.

8.4. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 68'440.80) et d'invalidé (CHF 67'101.75) que la perte de gain se monte à CHF 1'339.05. Cela correspond à un degré d'invalidité de 1.96%, soit 2% (cf. ATF 130 V 121).

Une perte de gain inférieure à 40% ne donne pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Cela étant, même s'il était procédé à une comparaison des revenus basée sur une hypothèse plus favorable au recourant, soit un revenu de valide fondé sur le montant qu'il percevait auprès de son ancien employeur, à savoir CHF 81'953.05 (CHF 81'184.75 en 2013, indexé en 2017), le degré d'invalidité demeurerait bien inférieur à 40%.

9.

Le recours est très partiellement admis et la décision du 16 septembre 2019 modifiée, dans le sens où le recourant se voit reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} octobre 2015 (six mois après le dépôt de la demande de rente) au 31 juillet 2017.

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont mis à la charge du recourant. Compte tenu de l'admission très partielle du recours, ceux-ci sont fixés à CHF 700.-. Ce montant est compensé avec l'avance de CHF 800.- effectuée, le solde de CHF 100.- étant restitué au recourant.

L'assuré n'étant pas représenté, il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours est partiellement admis.

Partant, la décision du 16 septembre 2019 modifiée, dans le sens où le recourant se voit reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} octobre 2015 au 31 juillet 2017. Le recours est rejeté pour le surplus.

II. Les frais de justice, fixés à CHF 700.-, sont mis à la charge du recourant.

III. Les frais de justice sont compensés avec l'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant, le solde de CHF 100.- lui étant restitué.

IV. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie

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 9 septembre 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :