



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

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

608 2018 159

608 2018 160

## **Arrêt du 25 février 2019**

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

#### **Composition**

Président : Johannes Frölicher  
Juges : Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud  
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, recourant**, représenté par Me Philippe Maridor, avocat  
contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité; rente temporaire

Recours (608 2018 159) du 14 juin 2018 contre la décision du  
14 mai 2018 et requête d'assistance judiciaire gratuite (608 2018  
160) du même jour

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, né en 1959, domicilié à B. \_\_\_\_\_, marié et père de deux enfants majeurs, est titulaire d'un CFC de peintre en bâtiment.

Le 30 septembre 1981, il a été victime d'un accident au genou gauche en jouant au football et a subi, peu après, d'une ménisectomie interne. Ce cas avait été pris en charge par C. \_\_\_\_\_, auprès de laquelle il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

En dernier lieu, l'assuré travaillait au sein de la société D. \_\_\_\_\_ Sàrl, société qu'il a fondée en septembre 2012. Jusqu'à la fin juin 2016, il en détenait l'ensemble des parts et en était l'associé-gérant avec signature individuelle.

B. Le 5 novembre 2013, en se relevant de la position à genoux, il a ressenti un craquement dans le genou droit, lequel a été suivi par une forte douleur. Ce cas a été annoncé à C. \_\_\_\_\_, qui l'a pris en charge,

L'assuré a subi une arthroscopie avec résection partielle du ménisque et chondroplastie abrasive du plateau tibial le 24 mars 2014. En outre, une prothèse totale du genou gauche a été mise en place le 20 avril 2015.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, C. \_\_\_\_\_ a soumis le cas à son médecin d'arrondissement, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le 16 novembre 2015, celui-ci conclut que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer l'activité de peintre mais demeure apte à travailler à temps plein dans une activité adaptée.

Par décision du 23 novembre 2016, confirmée sur opposition le 20 janvier 2017, C. \_\_\_\_\_ lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité en lien avec une incapacité de gain de 24% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 40%.

C. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, le 25 juin 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), indiquant s'être tordu le genou en se levant.

Le 21 mars 2018, l'assuré a informé de la pose d'une prothèse totale au genou gauche le 20 avril 2015.

Avis pris auprès de son service médical régional (ci-après: SMR), confirmant un projet du 31 octobre 2016, l'OAI lui a reconnu, par décision du 14 mai 2018, le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 29 février 2016. La rente a été supprimée pour la période ultérieure en raison d'un degré d'invalidité nul.

D. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Philippe Maridor, avocat, interjette recours (608 2018 159) le 14 juin 2018, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2014 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision.

A l'appui de ses conclusions, il se plaint d'une violation des règles de la bonne foi et de l'interdiction du formalisme excessif dès lors que l'OAI ne s'est prononcé sur son invalidité que sous l'angle de l'atteinte à un seul genou alors que son comportement lui laissait penser que la problématique des deux genoux serait prise en compte. Il affirme en outre que son droit d'être entendu a été violé dès lors qu'il n'a pas eu accès aux échanges entre l'OAI et le SMR et que la décision n'est motivée qu'en relation avec la situation médicale d'un seul genou.

En parallèle à son recours, il requiert l'octroi de l'assistance judiciaire totale (608 2018 160) et que son mandataire soit désigné défenseur d'office.

Dans ses observations du 3 juillet 2018, l'OAI propose le rejet du recours.

Le 11 juillet 2018, le recourant se détermine spontanément sur les observations de l'OAI, estimant que celles-ci comportent un ton accusateur à son égard et portent des accusations proches de la diffamation.

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

## **en droit**

1.

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

2.

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 fédérale 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.

3.

3.1. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi

un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

3.2. 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; 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.

4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3).

Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

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

4.3. 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).

La jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit immanquablement 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).

4.4. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1<sup>ère</sup> phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3).

Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder

(art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées).

La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C\_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

5.

Pour rappel, dans la décision litigieuse, l'OAI considère que, du 5 novembre 2013 (début du délai d'attente d'un an) au 15 novembre 2015, la capacité de gain de son assuré était nulle. Par la suite, à compter du 16 novembre 2015, il estime que son *"état de santé était compatible avec l'exercice d'une activité adaptée [...] et ce à plein temps et sans diminution de rendement"* (dossier OAI, p. 647). Cependant, l'Office n'indique pas clairement sur quels rapports médicaux il fonde son appréciation. Il convient dès lors de se référer aux pièces du dossier.

5.1. Dans son rapport du 16 novembre 2015, le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de C.\_\_\_\_\_, ne se réfère que marginalement à l'événement du 5 novembre 2013, privilégiant le traumatisme *"Knie links beim Fussballspiel am 30.09.1981"*, lequel a justifié une ménissectomie en octobre de la même année. Il constate que, en septembre 2014, une *"meniskoprive Varusgonarthrose links nach Menishektomie medial"* a justifié la mise en place d'une prothèse totale du genou en avril 2015. S'agissant de la problématique de la capacité de travail, le médecin d'arrondissement estime que l'assuré n'est définitivement plus en mesure de travailler comme peintre mais peut exercer une activité adaptée à temps plein. Il s'agit, selon lui, d'une activité légère ou de surveillance en position alternée, sans utilisation d'échelles ou d'échafaudages, sans marche dans des terrains accidentés, sans position accroupie ou à genoux et sans port de charges régulières supérieures à 5 kg (dossier OAI, p. 294).

Les conclusions du médecin d'arrondissement se fondent sur ses propres observations lors d'un examen du 16 novembre 2015. A cette occasion, l'assuré a pu décrire ses troubles, y compris les douleurs et limitations au niveau du genou. Le médecin d'arrondissement semble avoir examiné tant les problèmes au niveau du genou gauche que du genou droit et décrit le contexte non seulement médical – relevant notamment l'existence de problématiques malades telles un diabète et une importante obésité – mais également social et professionnel du cas.

Cependant, l'on constate que le médecin d'arrondissement ne résume les pièces du dossier (*"aktenmässiger Verlauf"*) qu'en se focalisant sur la problématique du genou gauche. Par exemple, en lien avec les rapports du médecin traitant des 24 juin, 15 septembre et 7 octobre 2015, il ne cite que la mobilité du côté gauche. De même, la seule imagerie médicale auquel le médecin fait référence concerne le genou gauche: *"die Aufnahmen des linken Kniegelenks vom 04.03.2015 zeigen fortgeschrittene trikompartimentale degenerative Veränderungen am linken Kniegelenk."*

*Postoperative Aufnahmen und Verlaufsaufnahmen liegen nicht vor. Alte Aufnahmen finden sich abgelegt in den physischen Dossiers*". Enfin, l'on doit constater que le terme "droite" n'apparaît absolument pas dans la partie appréciation ("*Beurteilung*").

Dans ces circonstances, quand bien même il ne l'indique pas expressément, force est de conclure que le médecin d'arrondissement limite son appréciation aux seuls troubles qu'il estime à charge de l'assurance-accidents, soit les atteintes au niveau du genou gauche. Il ne permet cependant pas d'évaluer l'éventuelle incidence des autres troubles qu'il se contente d'évoquer dans son rapport, en particulier le diabète, l'obésité et les problèmes de l'autre genou.

5.2. Il convient dès lors d'examiner les conclusions du médecin traitant, soit le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Force est d'emblée de constater que le médecin traitant ne rend cependant que des rapports très sommaires et ne complète souvent pas l'ensemble des questions qui lui sont posées.

Jusqu'au 22 septembre 2014, le médecin ne diagnostiquait des troubles qu'au niveau du membre inférieur droit, soit une "*lésion ménisque genou droit*", une "*déchirure partielle LCA genou droit*" et une "*chondropathie stade II plateau tibial genou droit*" (dossier OAI, p. 10, 26, 40, 49, 96, 134 et 164). Ces troubles du côté droit sont évoqués jusqu'à la fin février 2015 (dossier OAI, p. 177, 192 et 251) et ne sont plus mentionnés par la suite. De fait, il apparaît que, depuis septembre 2014, le médecin traitant fait surtout – voire uniquement – état de limitations en lien avec le membre inférieur gauche. Il retient ainsi les seuls diagnostics de "*status après PTG gauche*", de "*status après reconstruction du LLI genou gauche*", d'"*arthrose méniscoprive interne gauche*" et de "*status après ménissectomie interne gauche*" (dossier OAI, p. 207, 228, 260, 259, 280, 286, 302, 312, 318 et 554).

Dans ces circonstances, il apparaît que les troubles du côté droit n'ont qu'une incidence minime sur la capacité de travail de l'assuré depuis février 2015 environ, soit dès le moment où le médecin cesse de les évoquer dans ses différents rapports médicaux, adressés tant à l'assurance-accidents qu'à l'assurance-invalidité. Cela va dans le sens d'une remarque du Dr E. \_\_\_\_\_ dans sa partie "*Angaben des Versicherten*", lorsqu'il précise que, selon l'assuré, "*die Behandlung am rechten Kniegelenk sei seit Februar 2015 abgeschlossen und das rechte Kniegelenk gehe recht gut*". L'on peut donc en conclure que l'incapacité de travail totale attestée par le médecin traitant depuis 2013 est essentiellement en lien avec les troubles du genou droit, puis, depuis février 2015, uniquement en lien avec les troubles du genou gauche.

Or, l'on ne peut pas ignorer que, dans sa propre appréciation quant à l'incidence des troubles du genou gauche, le Dr E. \_\_\_\_\_ ne partage pas l'opinion du médecin traitant et conclut à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Contrairement au médecin traitant qui se contente d'affirmer que son patient ne peut plus travailler du tout, le médecin d'arrondissement de C. \_\_\_\_\_ explique son raisonnement et ses conclusions de manière détaillée.

A cet égard, si une personne atteinte dans ses membres inférieurs ne peut manifestement plus réaliser des activités contraignantes pour les genoux (montée d'échelles ou d'escaliers, longue durée de marche, position accroupie ou à genoux, port de charges lourdes), une incapacité de travail qui serait attestée dans une activité légère se doit d'être argumentée pour être convaincante. Telle n'est pas le cas de celle attestée par le médecin traitant. L'on ne peut, au demeurant, pas ignorer que la jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui

s'établit immanquablement entre le médecin traitant et son patient (cf. arrêt TF 9C\_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3), laquelle pourrait le rendre enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

5.3. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recourant n'est plus en mesure de travailler dans son ancienne activité de peintre. Jusqu'à l'examen par le Dr E. \_\_\_\_\_ en novembre 2015, en l'absence de preuve contraire, la Cour retient également que l'incapacité de travail était entière dans une activité adaptée.

Cependant, par la suite, l'on doit conclure à l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans contrainte pour les genoux.

A ce stade, la Cour prend note des remarques du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, du SMR. Celui-ci se rattachait d'abord aux conclusions du Dr E. \_\_\_\_\_ (rapport du 14 juillet 2016; dossier OAI, p. 430); il a ensuite estimé qu'elles étaient insuffisantes pour statuer, affirmant que le médecin d'arrondissement s'était concentré sur les troubles du côté droit et avait ignoré ceux du côté gauche, notamment la pose de la prothèse totale le 20 avril 2015 (cf. rapports des 26 juin et 10 novembre 2017, dossier OAI, p. 580 et 588). Cependant, ainsi qu'on l'a relevé ci-avant, le Dr E. \_\_\_\_\_, se concentre justement sur les troubles qui auraient prétendument été ignorés selon le médecin du SMR. En confondant ainsi les côtés examinés par le médecin d'arrondissement, ce dernier avis semble avoir été influencé par une lecture trop rapide du dossier et ne met nullement en doute les conclusions auxquelles parvient la Cour, fondées sur l'avis du médecin d'arrondissement.

6.

La Cour retient donc que le recourant est en mesure d'exercer à temps plein une activité adaptée depuis novembre 2016. Il s'agit d'une activité légère ou de surveillance en position alternée, n'exigeant pas l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, ni marche en terrain accidenté, ni de position accroupie ou à genoux et sans port de charges régulières supérieures à 5 kg.

Selon les extraits du compte individuel AVS, l'assuré avait cotisé sur des revenus se situant entre CHF 25'000.- et CHF 26'667.- entre 2007 et 2013, avec une moyenne de CHF 25'639.60. Dans la mesure où il s'agit du revenu provenant d'une activité exercée à 70%, l'on doit dès lors prendre en compte un montant de CHF 36'626.14. Pour être retenu en tant que revenu de valide, ce montant doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux (100 en 2010 et 102.5207 en 2015; cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux par branches 2011-2017, 41-43 Construction) pour atteindre CHF 37'550.40.

Pour sa part, le revenu d'invalide peut se fonder sur le montant mensuel de CHF 5'312.-, soit CHF 63'744.- annuellement, soit le salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ESS 2014, TA1\_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes). Dès lors que 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\_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2; 9C\_813/2015 du 31 mai 2016 consid. 3.2; I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). 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 63'916.30, indices de 2220 pour 2014 et 2226 pour 2015, 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 2015 (CHF 66'632.75, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, tous les secteurs).

Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 37'550.40) et d'invalidé (CHF 66'632.75) qu'il n'y a aucune perte de gain. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a cessé de prester.

A ce stade, la Cour relève que le degré d'invalidité demeurerait insuffisant même si l'on procédait à un parallélisme des revenus. Dans ces circonstances, l'on peut laisser la question ouverte de savoir s'il se serait contenté d'un salaire plus modeste que celui auquel il aurait pu prétendre (cf. arrêt TF 9C\_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3). De même, le degré d'invalidité demeurerait insuffisant pour une rente si l'on tenait compte d'une réduction du revenu au titre du désavantage salarial.

Au vu de ce qui précède, c'est donc à juste titre que l'OAI a reconnu au recourant le droit à une rente du 1<sup>er</sup> novembre 2014 (échéance du délai d'attente d'une année) au 29 février 2016 (3 mois après l'amélioration de la capacité de gain constatée en novembre 2015, en application de l'art. 88a al 1 RAI).

Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

7.

A ce stade, la Cour s'étonne de certains propos contenus dans les observations de l'autorité intimée. Y compris dans le cadre d'un recours contre une de ses décisions, elle lui rappelle qu'en sa qualité d'administration, elle n'a pas la qualité de partie au sens matériel du terme dans la procédure mais demeure au contraire un organe d'exécution de la loi, soumise à la loi et à la constitution, obligée à la neutralité et à l'objectivité (cf. ATF 137 V 210 consid. 2.2.2).

Cela étant, il n'apparaît pas que l'autorité intimée ait insuffisamment instruit le dossier. En effet, il ressort de l'ensemble de ce qui précède que les griefs du recourant ne sont pas fondés. L'autorité intimée s'est prononcée sur l'invalidité tant sous l'angle de l'atteinte au genou droit que sous l'angle de l'atteinte au genou gauche. Le dispositif de la décision litigieuse est d'ailleurs confirmé par la Cour de céans dans le cadre du présent arrêt.

En outre, la Cour part du principe qu'elle s'est vu transmettre le dossier complet de l'assuré. Si celui-ci contient les rapports médicaux du SMR (cf. not. dossier OAI, p. 585 et 588), il n'apparaît pas que des échanges oraux aient eu lieu entre la juriste gestionnaire du dossier et le médecin du SMR. Le recourant a donc eu accès au dossier complet et ne saurait se plaindre d'une violation de son droit d'être entendu sous cet angle.

Tout au plus la motivation succincte de l'autorité intimée pourrait-elle être considérée comme une violation du droit d'être entendu. Celle-ci ne saurait pourtant être qualifiée de grave, le recourant ayant été en mesure d'exercer effectivement son droit de recours (cf. ATF 134 I 83 consid. 4.1). Pour autant qu'elle existe, cette violation aurait dès lors quoi qu'il en soit été réparée par la Cour de céans, jouissant d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités).

8.

Le recourant a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire totale (608 2018 160) pour la procédure de recours.

8.1. En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert.

Sur le plan cantonal, selon l'art. 142 al. 1 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2).

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

8.2. Selon les pièces produites à l'appui de la requête d'assistance judiciaire, les revenus du couple consistent en une rente de l'assurance-accidents perçue par le recourant (CHF 812.70) et le salaire de son épouse (CHF 2'012.35 en janvier 2018), ce qui correspond à un revenu total de CHF 2'825.05.

Compte tenu du minimum vital élargi du couple (CHF 1'700.- + 25%) et du montant consacré aux primes d'assurance-maladie (CHF 792.80), on peut d'emblée retenir qu'il ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure introduite sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille.

En outre, quand bien même le recours est mal fondé, on ne peut admettre qu'il était pour autant d'emblée voué à l'échec. Enfin, l'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans apparaissait ici justifiée.

En conséquence, il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale dans le cadre de la procédure de recours 608 2018 159 et de lui désigner comme défenseur d'office Me Philippe Maridor, avocat.

8.3. Le 29 novembre 2018, Me Philippe Maridor a produit sa liste de frais correspondant à un montant total de CHF 2'122.-, soit CHF 1'920.- au titre d'honoraires (10.67 heures à CHF 180.-), CHF 24.40 au titre des photocopies, CHF 25.90 au titre de débours et CHF 151.70 au titre de la TVA (7.7%).

Ce montant est pris en charge par l'Etat de Fribourg.

Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire gratuite totale lui a été accordée.

## la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2018 159) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2018 160) est admise et Me Philippe Maridor, avocat, désigné en qualité de défenseur d'office.
- III. Il est alloué à Me Philippe Maridor, en sa qualité de défenseur d'office, une indemnité de CHF 2'122.-, dont CHF 151.70 au titre de la TVA (7.7%), intégralement mise à la charge de l'Etat de Fribourg.
- IV. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée.
- 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 25 février 2019/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :