



**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 340
608 2018 341

Arrêt du 19 août 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud
Greffier-rapporteur : Michel Bays

Parties

A. _____, recourant, représenté par Me Elias Moussa, avocat
contre

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

Objet

Assurance-invalidité – Rente limitée dans le temps

Recours du 17 décembre 2018 (608 2018 340) contre la décision du
14 novembre 2018 et requête d'assistance judiciaire gratuite totale
(608 2018 341) du même jour

considérant en fait

A. A. _____, né en 1960, marié et père de deux enfants, domicilié à B. _____, a travaillé en dernier lieu en qualité d'ouvrier d'usine pour la société C. _____ AG, entre mars 2003 et juin 2015. Il a subi une incapacité totale de travail médicalement attestée depuis le 18 septembre 2014, l'empêchant de poursuivre son activité professionnelle habituelle.

Le 22 avril 2015, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en invoquant un problème à son bras droit, à la suite d'une opération du tunnel carpien. L'OAI a recueilli des rapports médicaux et a soumis le dossier à son Service médical régional (SMR), lequel a recommandé la réalisation d'une expertise orthopédique et neurologique.

En se fondant essentiellement sur les conclusions de l'expertise réalisée par les spécialistes de D. _____, dont la valeur probante a été confirmée par le SMR, l'OAI a, par décision du 14 novembre 2018, octroyé à l'assuré une rente limitée dans le temps. Tenant compte du délai d'attente d'une année, il l'a mis au bénéfice d'une rente entière entre le 1^{er} octobre 2015 (début du versement six mois après le dépôt de la demande) et le 31 juillet 2017. S'il a certes retenu que l'assuré n'était plus en mesure de reprendre son ancienne activité de maçon, il n'en a pas moins considéré qu'il était apte à exercer – depuis le mois de mai 2017 –, à plein temps et sans diminution de rendement, une activité de substitution adaptée à ses limitations fonctionnelles, à l'exemple d'une activité dans le domaine de la production industrielle légère. Il a estimé que celui-ci ne subissait dans ces conditions qu'une seule perte de gain de 10%, constatée après comparaison des revenus et en tenant compte d'un désavantage salarial de 10%.

B. Par mémoire du 17 décembre 2018, A. _____, représenté par Me Elias Moussa, avocat à Fribourg, interjette recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 14 novembre 2018. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 31 juillet 2017 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, le tout, sous suite de frais et dépens. Le recours (608 2018 340) est assorti d'une demande d'assistance judiciaire (608 2018 341). L'assuré reproche à l'OAI de ne s'être basé que sur l'expertise de D. _____ pour rendre sa décision, sans tenir compte des nombreux rapports et certificats émis par ses médecins traitants, lesquels confirment la poursuite de l'incapacité de travail après le 31 juillet 2017. Il remet en outre en cause la valeur probante de l'expertise précitée, à divers titres, et en particulier s'agissant du recouvrement d'une capacité de travail à partir du 1^{er} mai 2017. Il allègue par ailleurs que son état de santé s'est péjoré postérieurement à l'expertise, notamment sur les plans neurologique et psychiatrique. En outre, il conteste l'exigibilité de l'activité retenue par l'OAI, invoquant d'une part qu'elle correspond à celle qu'il assumait avant d'être invalide ainsi que, d'autre part, elle est désormais inadaptée, dès lors qu'elle implique notamment des mouvements répétitifs du coude et de l'épaule droits. En tout état de cause, il estime que, vu son âge (plus de 55 ans au moment de l'expertise) et ses limitations fonctionnelles, l'OAI n'a pas examiné suffisamment concrètement s'il était encore en mesure de valoriser sa capacité de travail. Il conteste enfin le calcul du degré d'invalidité, estimant être invalide à 100% et concluant, à défaut, à l'application d'un abattement de 25% sur le salaire statistique, ce qui aboutit à un degré d'invalidité de plus de 30% et justifie dès lors l'octroi de mesures de réadaptation.

Dans ses observations du 28 janvier 2019, l'OAI rappelle tout d'abord les principales étapes de l'instruction menée par ses soins et relève ensuite avoir soumis au SMR les documents médicaux remis à l'appui du recours. Dès lors que le médecin SMR a confirmé que ces documents ne remettaient pas en question les conclusions de l'expertise de D. _____, l'OAI conclut au rejet du recours.

Au cours de l'échange des écritures, le recourant a en outre déposé trois certificats établis par le Dr E. _____, spécialiste traitant en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestant de la poursuite de l'incapacité de travail totale en 2019.

Appelée en cause en sa qualité d'institution de prévoyance intéressée, la Caisse de pension F. _____ ne s'est pas déterminée dans le délai imparti.

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

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

en droit

1.

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

2.

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités), les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités).

3.

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

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

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

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI).

D'après l'art. 16 LPG, 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.

4.

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 donc 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).

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 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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).

En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, 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 juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. 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).

5.

C'est encore le lieu de préciser que la décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d).

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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque 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). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5; 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. Selon l'art. 88^{bis} al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

6.

En l'espèce, le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assuré, particulièrement sur celle de sa capacité de travail résiduelle. Il sied en particulier de vérifier si, alors que son état de santé l'empêchait de reprendre toute activité salariée dans un premier temps, ce dernier s'est ensuite amélioré à partir du mois de mai 2017, entraînant la suppression de la rente allouée jusqu'alors.

Il convient pour ce faire de se référer au dossier médical.

Dans un rapport du 29 juin 2015, le Dr E. _____, spécialiste traitant en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pose le diagnostic de status post cure d'épicondylite externe du coude droit et libération du nerf interosseux postérieur et canal carpien de la main droite opéré. Il ajoute que ce bilan avait été complété par une arthro-IRM de l'épaule droite qui avait mis en évidence une arthrose acromio-claviculaire droite, mais aussi une lésion de type SLAP, justifiant une indication opératoire (réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite). En juin 2015, le pronostic est bon, avec diminution des douleurs et rééducation; une incapacité totale de travail est attestée du 18 septembre 2014 au 5 janvier 2015, puis à nouveau dès le 8 avril 2015.

A la fin novembre 2015, le Dr E. _____ annonce qu'un nouveau diagnostic (polyneuropathie diabétique débutante) a été posé suite à une consultation auprès du neurologue G. _____. Il atteste de la poursuite de l'incapacité de travail.

Dans un rapport du 4 février 2016, le Dr G. _____, spécialiste en neurologie, annonce une épicondylite bilatérale avec atteinte du nerf interosseux postérieur à droite, tandis que le côté gauche est normal. Des douleurs proximales sont annoncées par le patient, mais ne s'accompagnent pas de lésion neurogène objectivable à la myographie.

Le 4 avril 2016, le Dr E. _____ ajoute un diagnostic de hernie discale C6-C7 à droite. De plus, l'évolution au coude droit étant mauvaise, un EMG a mis en évidence une atteinte du nerf interosseux postérieur, justifiant une nouvelle intervention et la poursuite de l'incapacité de travail. L'activité antérieure n'est plus possible, au contraire d'une activité évitant le port de charges en porte-à-faux et les mouvements répétitifs du membre supérieur droit (par ex. activité de bureau). L'intervention au coude droit est pratiquée le 13 avril suivant.

Dans un rapport du 17 octobre 2016, le Dr H. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès du SMR, rappelle que l'assuré est en arrêt de travail depuis septembre 2014 en raison de plusieurs atteintes orthopédiques survenues successivement (épicondylite du coude droit, tunnel carpien droit, coiffe des rotateurs droite), ayant nécessité plusieurs opérations. Il a en outre développé une polyneuropathie diabétique débutante, symptomatique aux membres inférieurs, sans que l'on ne connaisse toutefois l'impact précis sur ses capacités fonctionnelles. Il note également qu'un diagnostic de hernie discale C6-C7 droite a été posé par le chirurgien orthopédiste traitant, sans autre précision. Considérant la situation médicale comme stabilisée, à six mois de la dernière intervention, il considère que la poursuite de l'activité habituelle, nécessitant des ports de charges fréquents de 10 à 25 kg, n'est plus exigible. L'exigibilité médico-théorique dans une activité adaptée n'est par contre pas définie par les spécialistes traitants. Le médecin SMR recommande donc des mesures de réadaptation, à taux progressif, avec épargne du bras droit. Il demande par ailleurs la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire, orthopédique et neurologique.

Le 11 janvier 2017, le Dr E. _____ annonce un état de santé stationnaire, sans changement dans les diagnostics. Les causes de l'incapacité de travail sont alors le status post épicondylite externe du coude droit opéré, la discopathie cervicale C6-C7 avec fissuration de l'anneau fibreux et l'arthrose articulaire postérieure. Selon lui, l'activité antérieure n'est plus exigible, pas plus qu'une autre activité. *"Les raisons pour lesquelles aucune activité n'est exigibl[e] sont le fait que A. _____ a dû subir une réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ainsi qu'une cure d'épicondylite du coude droit. Par ailleurs, il souffre d'une hernie cervicale"*.

Le Dr I. _____ et le Dr J. _____, respectivement spécialiste en orthopédie et en neurologie auprès de D. _____, remettent leur rapport d'expertise pluridisciplinaire le 16 mai 2017. Après avoir rappelé le dossier médical, recueilli les plaintes de l'expertisé et établi l'anamnèse, ils ont procédé à son examen clinique, orthopédique puis neurologique. A la discussion, l'orthopédiste relève qu'actuellement, l'assuré *"souffre de douleurs à la nuque et au membre supérieur droit. Il n'a pas été soulagé suite aux interventions de l'épaule, du coude et de la main droite"*. Sur la base du résultat de l'examen clinique, il estime que l'assuré pourrait reprendre une activité adaptée, respectant certaines limitations fonctionnelles, à plein temps et sans diminution de rendement. Ainsi, une activité légère de manutention, sans préhension en force, sans port de charges, sans mouvements répétitifs du coude, du poignet et de l'épaule, sans mouvements au-dessus du plan des épaules et respectant une limitation du poids de 2 à 3 kg pour le bras droit peut encore être envisagée. *"Une période de 6 mois après sa dernière cure d'épicondylite est suffisante pour assurer une bonne récupération et rendre exigible une activité adaptée à partir du 1^{er} mai 2017"*. Le neurologue note pour sa part que, *"au terme du présent bilan, sur le plan neurologique, on observe une limitation sensible localement de la mobilité de la nuque, mais pas d'éléments clairement indicateurs d'une atteinte radiculaire au niveau des 2 membres supérieurs. Si l'épicondyle droit reste fortement sensible à la pression, il n'y a pas d'atteinte nette du nerf interosseux postérieur, d'atteinte tronculaire autre, et de signe de polyneuropathie. A l'examen des membres inférieurs, il n'y a également pas d'éléments en direction d'une atteinte polyneuropathique, mais également en direction d'une atteinte radiculaire"*. Il conclut donc à l'absence de pathologie significative susceptible de causer une incapacité de travail. Il note en particulier que la discopathie C6-C7 ne cause pas de compression radiculaire ou médullaire significative, ajoutant l'absence de plaintes et de déficit neurologique clinique clairement indicateur d'une atteinte polyneuropathique potentiellement invalidante. Il ne retient dès lors *"pas d'incapacité de travail du point de vue neurologique dans quelque activité que ce soit"*.

Suite à ce rapport, l'OAI a émis un projet de décision, en date du 29 septembre 2017, à l'encontre duquel l'assuré a élevé diverses objections. Il y contestait en particulier la valeur probante de l'expertise et y opposait l'avis de ses spécialistes traitants, en particulier du Dr E. _____.

Le 12 janvier 2018, le médecin SMR prend position à cet égard et confirme en substance la valeur probante de l'expertise de D. _____, dont il privilégie les conclusions. Il relève en particulier qu'aucun fait nouveau, ni aggravation ne sont attestées postérieurement à celle-ci.

Par la suite, le Dr E. _____ continuera à certifier l'incapacité totale de travail de l'assuré par le biais d'attestations mensuelles.

C'est sur cette base que la décision litigieuse a été rendue le 14 novembre 2018.

Dans le cadre de son recours, le recourant a encore remis différents documents médicaux:

- rapport du Dr G. _____ du 5 mars 2018, signalant que l'assuré annonce des douleurs de la partie proximale du MSD mais également du coude et de la région du poignet, avec des paresthésies aux membres inférieurs. Après neurographie et myographie, il indique ceci: *"T[on] patient[t] présente plusieurs pathologies, tout d'abord un syndrome du tunnel carpien ainsi qu'une neuropathie du radial à hauteur de l'arcade de Frohse ainsi qu'une polyneuropathie diabétique. Au MSD, une intervention chirurgicale m'apparaît indiquée"*.

- rapport du Dr E. _____ du 5 septembre 2018. A l'anamnèse, sont mentionnées des cervico-brachialgies droites, des douleurs nocturnes et météo dépendantes, ainsi que des douleurs lombaires et à la hanche gauche. Au status clinique, sont notamment évoquées une palpation sensible de la partie distale de la cicatrice du coude droit, mais une mobilité complète. La cicatrice à l'épaule est en ordre et la mobilité complète également. La palpation de la colonne cervicale est sensible, mais la mobilité complète elle aussi. L'arrêt de travail à 100% est prolongé jusqu'au 13 octobre 2018.

- attestation du Dr K. _____ du 22 novembre 2018, ce dernier certifiant que le recourant bénéficie d'une prise en charge psychiatrique depuis le mois de mars 2018 en raison d'un trouble psychique.

- rapport du Dr L. _____, généraliste traitant, du 12 décembre 2018, lequel certifie que son patient présente des séquelles douloureuses chroniques du membre supérieur droit, ainsi que des difficultés à l'utilisation dudit bras droit. Selon lui, il n'arriverait pas à exercer une activité légère à 100%, pour l'instant. Il termine en relevant la présence d'une polyneuropathie diabétique des membres inférieurs, nécessitant un traitement par Lyrica.

- rapport du Dr E. _____ du 14 décembre 2018, reprenant en substance le contenu du précédent rapport (cf. ci-dessus), auquel il ajoute ceci: "*Il est illusoire d'imaginer au vu des antécédents de ce patient une reprise du travail*". Il prolonge dès lors l'arrêt de travail.

7.

Amenée à statuer, la Cour de céans retient ce qui suit, tout en soulignant, à titre liminaire, qu'il n'est pas contesté que l'assuré a présenté une incapacité de travail totale dès septembre 2014, entraînant l'octroi d'une rente entière dès octobre 2015.

7.1. Dans une première série de griefs, le recourant s'en prend à l'expertise de D. _____, sur laquelle l'OAI s'est fondé pour rendre sa décision.

Il lui reproche principalement d'avoir privilégié l'avis des experts sans tenir compte des nombreux rapports et certificats émis par ses médecins traitants, qui confirment la poursuite de l'incapacité de travail après le 1^{er} mai 2017. Il remet en outre en cause la valeur probante de l'expertise précitée, à divers titres, en se plaignant en particulier de ce que les experts ne se basent sur aucun élément concret pour justifier le recouvrement d'une capacité de travail à partir du 1^{er} mai 2017.

De manière générale, la Cour constate que cette expertise se fonde sur des examens complets et a été établie en pleine connaissance du dossier, après que les experts ont reçu personnellement le recourant. Elle prend également en considération les plaintes exprimées et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions des experts dûment motivées. En tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, elle a en soi pleine valeur probante.

7.1.1. Le recourant estime que l'autorité n'est pas cohérente en ce qu'elle admet les conclusions de l'orthopédiste traitant en lui accordant une rente jusqu'en juillet 2017, avant de s'en écarter pour la suite, alors que la position de l'orthopédiste n'a pas changé, celui-ci ayant continué à attester d'une incapacité de travail totale. Il précise à cet égard que ledit spécialiste entendait certifier une telle incapacité dans toute activité, et pas seulement dans l'activité habituelle. Plus généralement,

il reproche aux experts de ne pas avoir discuté les rapports du Dr E. _____, lequel attestait pourtant l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle, quelle qu'elle soit.

Cet avis ne saurait être suivi.

Les experts ont pris en considération les différents rapports médicaux, dont le contenu a notamment été résumé dans le chapitre "*Analyse du dossier*" (p. 4ss de l'expertise), mais également dans celui "*Examens et données complémentaires*" (p. 18 s. de l'expertise). Cela étant, quand bien même ils ne se seraient pas déterminés explicitement sur la valeur desdits avis, leurs conclusions n'en demeurent pas moins valablement étayées, notamment sur la base de leurs examens cliniques respectifs et leur connaissance du dossier.

C'est aussi la raison pour laquelle il leur était parfaitement loisible d'exiger de sa part la reprise d'une activité adaptée à partir du 1^{er} mai 2017, sans que l'on puisse y déceler une forme d'arbitraire, n'en déplaise au recourant. Le fait que les experts fixent le moment à partir duquel une activité est (à nouveau) exigible rentre parfaitement dans le cadre de leur mandat et ne saurait leur être reproché, ce d'autant moins qu'ils ont retenu une date très proche de leur examen, ce qui renforce leur position, leur évaluation tenant compte de la situation la plus récente. Ceux-ci expliquent en effet de manière convaincante que l'incapacité de travail se résorbait au terme d'une période d'environ six mois après la dernière opération et que ne subsistaient, par la suite, que des limitations fonctionnelles liées à certains mouvements, n'entravant pas la reprise d'une activité adaptée.

De même ne saurait-on leur faire grief de ne pas l'avoir revu par la suite et de ne pas s'être inquiétés de l'évolution de son état de santé, comme l'invoque le recourant. Il importe tout d'abord de rappeler que leur mandat prend en principe fin avec le dépôt du rapport d'expertise, la suite de la procédure incombant à l'autorité. Qui plus est, on comprend mal à quel titre ils auraient été tenus de le faire. Il s'avère en effet que, postérieurement à l'expertise de D. _____, ainsi qu'à la prise de position du SMR, les seuls nouveaux rapports médicaux ont été remis par l'assuré à l'appui de son recours. Il convient dès lors de retenir qu'aucun avis discordant n'est venu remettre en question les conclusions des experts entre le moment où ceux-ci ont remis leur rapport, en mai 2017, et la décision litigieuse, en novembre 2018. Les arrêts de travail émis par le Dr E. _____ à un rythme régulier se bornant à attester la poursuite de l'incapacité de travail ne sauraient à eux seuls renverser ce constat.

De façon générale, les rapports établis par les médecins traitants qui figuraient au dossier au moment où l'expertise a été réalisée, et en particulier par le Dr E. _____, ne justifient pas de s'écarter des conclusions de D. _____. L'orthopédiste traitant ne fournit en effet aucune explication au maintien de l'incapacité de travail, si ce n'est la référence aux interventions subies et au vécu douloureux. Quant à l'argument relatif à l'attestation d'une incapacité de travail dans toute activité, il n'est pas recevable non plus. Un examen attentif des rapports du Dr E. _____ démontre en effet que, dans un premier temps, celui-ci envisageait (encore) la reprise d'une activité adaptée, notamment en avril 2016 (pièce 143 dossier AI) et en septembre 2016 (pièce 189 dossier AI). C'est dans son rapport suivant, datant du 11 janvier 2017 (pièce 204 dossier AI), qu'il considère que tel ne serait plus le cas. Or, cette appréciation de la capacité de travail ne repose pas sur une réelle analyse du dossier, mais est uniquement motivée par le fait que l'assuré a dû subir plusieurs interventions (réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et cure d'épicondylite du coude droit) et qu'il souffre d'une hernie discale cervicale. Le rapport du mois de décembre 2018 n'est pas plus disert à ce sujet, l'orthopédiste se limitant à conclure à une

incapacité de travail totale dans toute activité en se référant à des diagnostics et à des plaintes connus et en concluant, laconiquement, à l'impossibilité de la reprise de toute activité professionnelle. Ces avis ne sauraient légitimement pas ébranler les conclusions de l'expertise de D. _____,

7.1.2. Le recourant allègue une autre contradiction, en invoquant le fait que les experts ont retenu qu'il n'avait signalé aucune amélioration suite aux interventions chirurgicales en avril et novembre 2016, mais qu'ils ont néanmoins conclu qu'il serait en mesure de reprendre une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2017.

Là encore, cet argument ne saurait convaincre. Il convient en effet de retenir que les experts entendaient se référer, d'une part, aux plaintes du recourant, lequel considère que son état de santé ne s'est pas amélioré malgré les différentes opérations auxquelles il s'est soumis, ce qui ne les a pas empêchés, d'autre part, de se prononcer sur sa capacité de travail résiduelle, à la lumière des éléments ressortant de leur examen du dossier et du patient. Cette interprétation est corroborée par le libellé du passage auquel se réfère le recourant (cf. point 3.1.2 du mémoire de recours), y étant précisé que "A. _____ ne signale aucune amélioration remarquable [...]". Les experts ont donc, légitimement, fait la part des choses, en mentionnant des éléments subjectifs (plaintes de l'expertisé), mais en privilégiant néanmoins des éléments objectifs (résultat de l'examen clinique).

7.1.3. S'agissant des documents médicaux fournis à l'appui du recours, la Cour rappelle que, l'état de fait déterminant est celui qui prévaut jusqu'au moment de la décision litigieuse (cf. supra consid. 2). *A priori*, les rapports en question devraient par conséquent être écartés du présent litige. Dans la mesure où ils demeurent étroitement liés à l'objet dudit litige, notamment du fait qu'ils portent sur une période antérieure, il est néanmoins possible d'en tenir compte. Cela étant, ils ne sont pas de nature à démontrer la présence d'une aggravation significative de l'état de santé du recourant. Ils font en effet état des mêmes diagnostics que ceux retenus précédemment et, pour l'essentiel, d'observations et d'appréciations déjà formulées.

On relève en particulier que le rapport du Dr G. _____ datant de mars 2018, mais remis au moment du recours seulement, n'est pas susceptible d'attester d'une aggravation postérieurement à l'expertise. Il se réfère en effet à des diagnostics connus et la simple mention qu'une intervention chirurgicale lui semble indiquée est insuffisante à cet égard, dès lors que l'on ne connaît pas le motif exact de cette proposition. Au demeurant, on constate qu'aucune démarche en vue d'une telle intervention n'a été effectuée depuis, le dossier ne contenant tout du moins pas d'éléments en ce sens, alors même que l'indication opératoire a été formulée en mars 2018. Le Dr E. _____, chirurgien orthopédiste traitant, n'y fait d'ailleurs aucune allusion dans ses rapports de septembre et décembre 2018.

Quant au rapport établi par le psychiatre traitant, il ne permet pas de tirer une quelconque conclusion sur l'état de santé (psychique) du recourant. Il se borne en effet à attester de l'existence d'un suivi psychothérapeutique depuis mars 2018, mais ne pose aucun diagnostic ni ne se détermine sur sa capacité de travail. Il n'est donc manifestement pas apte à démontrer la présence d'une aggravation de l'état de santé du recourant.

Il résulte de tout ce qui précède que l'expertise remise par les spécialistes de D. _____ a pleine valeur probante.

7.2. Le recourant conteste également l'exigibilité de l'activité retenue par l'OAI, invoquant d'une part qu'elle correspond à celle qu'il assumait avant d'être invalide (nettoyage des pièces métalliques) ainsi que, d'autre part, qu'elle est désormais inadaptée, dès lors qu'elle implique notamment des mouvements répétitifs du coude et de l'épaule droits.

Cet argument tombe à faux.

Si l'expertise de D. _____, qui indique que "*depuis 1990, il travaille dans l'entreprise de fonderie légère M. _____, occupé au nettoyage et polissage de pièces mécaniques*" peut à la rigueur laisser planer un doute sur la nature exacte de son ancienne activité, le questionnaire complété par l'employeur (pièce 97ss dossier AI) est sans équivoque à cet égard. Il ressort en effet du point 5 dudit questionnaire que l'assuré était amené à soulever et porter de charges non seulement légères (0 à 10 kg), mais aussi moyennes (10 à 25 kg) de manière régulière. Il était principalement occupé à limer (feilen) et à nettoyer (verputzen) et, dans une moindre mesure, à polir (schleifen). Sur la base de ces informations, cet emploi présentait clairement des caractéristiques contraires aux limitations fonctionnelles désormais imposées au recourant et n'est pas comparable avec l'activité préconisée par les experts.

En tout état de cause, il est admis, de jurisprudence constante, que le salaire statistique fixé dans l'ESS, secteur privé toutes branches confondues, est représentatif du revenu que les assurés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêt TF 9C_458/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1).

Dans cette mesure, et contrairement à ce qu'affirme le recourant, il est tout à fait possible d'envisager l'existence d'activités mieux adaptées que celle exercée en dernier lieu (par ex. manutention légère, tri et/ou surveillance) et permettant de respecter les limitations fonctionnelles retenues par les experts.

7.3. Le recourant estime en outre que, vu son âge (plus de 55 ans au moment de l'expertise) et ses limitations fonctionnelles, l'OAI n'a pas examiné suffisamment concrètement s'il était encore en mesure de valoriser sa capacité de travail.

Ce faisant, il se réfère, implicitement du moins, aux principes développés par le Tribunal fédéral dans le contexte des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI, en rapport avec les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. ATF 141 V 385). Or, dite jurisprudence n'est pas relevante en l'espèce, dès lors que la problématique du recourant est purement somatique et que l'éventualité d'une composante somatoforme, notamment, n'a jamais été évoquée.

Tout au plus est-il possible de se référer à la jurisprudence fédérale relative aux assurés qui se trouvent proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse. Il faut dans ce cas procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (arrêt TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et les références).

Dans ce contexte, le Tribunal fédéral fixe le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé à près de 60 ans. Le moment déterminant pour juger de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail en cas d'âge avancé est celui de la fixation de l'exigibilité médicale de la capacité

résiduelle de gain et non pas ni le moment de la naissance du droit à la rente ni encore la date de la décision attaquée. Il en va ainsi aussitôt que les rapports médicaux à disposition permettent d'en tirer à cet égard des constatations de fait convaincantes (ATF 138 V 457 consid. 3.3).

De l'avis des juges de céans, un changement d'activité demeure exigible, dès lors qu'il était âgé de 56 ans au moment de l'évaluation de sa capacité de travail, au printemps 2017. Il s'agit d'un âge encore relativement lointain de la retraite, qui devrait en principe lui donner la possibilité de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré.

Partant, l'OAI était en droit de retenir que l'état de santé du recourant, après avoir entraîné une incapacité de travail et de gain depuis le mois de septembre 2014, s'est amélioré à partir du 1^{er} mai 2017 et à le considérer comme capable d'exercer une activité lucrative salariée adaptée à ses limitations fonctionnelles dès cette date.

7.4. Le recourant conteste enfin le calcul du degré d'invalidité, estimant en principe être invalide à 100%. A tout le moins, il requiert que son revenu d'invalide soit établi sur la base d'un temps de travail hebdomadaire de 40 heures, et non 41.7 heures, dès lors que les experts l'ont estimé capable d'exercer une activité de 8 heures par jour. Il conclut enfin à l'application d'un abattement de 25% sur le salaire statistique. De la sorte, son degré d'invalidité serait de plus de 30% et justifierait l'octroi de mesures de réadaptation.

Indépendamment du mérite de ces arguments, la Cour relève que la perspective d'obtenir des mesures de réadaptation paraît d'emblée compromise. En effet, dans la mesure où le recourant ne dispose d'aucune formation professionnelle achevée, il serait disproportionné de lui octroyer de telles mesures. Au demeurant, l'activité exigible (industrie légère) concerne par principe des emplois peu qualifiés et ne nécessitant pas de mesures particulières de mise au courant, et qui est plus proche de l'emploi exercé précédemment, de sorte que de telles mesures semblent inopportunes. A ce stade, l'existence d'un degré d'invalidité supérieur à 20%, nécessaire pour justifier l'octroi desdites mesures, peut donc demeurer indécis (cf. *infra* consid. 7.5 *in fine*).

Pour ce qui est de l'horaire hebdomadaire de travail, les juges de céans relèvent que les experts n'entendaient vraisemblablement pas limiter strictement à 8 heures par jour la durée du travail, mais qu'il s'agissait vraisemblablement d'appuyer le fait qu'il était capable de travailler plein temps. Quoi qu'il en soit, cette modification n'aurait qu'un impact marginal sur le calcul du degré d'invalidité.

Reste la question de l'abattement sur le salaire statistique.

7.4.1. Selon la jurisprudence, lorsque le revenu d'invalide est évalué sur la base des données de l'Office fédéral de la statistique, certains empêchements propres à la personne de l'invalide exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques.

De telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Cette déduction doit être opérée seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne.

Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. A cet effet, l'administration jouit d'un large pouvoir d'appréciation et le juge ne peut s'en écarter et y substituer son appréciation sans motif pertinent (cf. arrêt TF I 724/2002 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75).

D'autre part, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu d'invalidé, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4.2). Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; arrêts TF 9C_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.2 et I 724/2002 du 10 janvier 2003 consid. 4.2)

7.4.2. En l'espèce, le recourant prétend à l'application de la déduction maximale prévue par la jurisprudence fédérale (25%), au motif qu'il est N. _____, ne parle pas bien le français, est âgé de 58 ans, sans formation, qu'il ne peut travailler que 40 heures par semaine et n'a plus travaillé depuis un certain temps. Il allègue également ses différents problèmes de santé et en particulier les limitations fonctionnelles relevées par les experts.

Il sied d'emblée de rappeler que l'administration jouit d'un large pouvoir d'appréciation et que le juge ne s'écarte pas de celle-ci sans motif pertinent. Celle-ci a accordé un désavantage de 10%, en raison des limitations fonctionnelles du bras dominant, tout en précisant que le revenu d'invalidé retenu tenait déjà compte d'un certain désavantage salarial. La Cour constate qu'il a déjà été tenu compte des limitations fonctionnelles découlant des atteintes à la santé dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail par les experts, de sorte qu'il n'est pas fondé d'en tenir compte à nouveau. De ce point de vue, les 10% accordés par l'OAI en lien avec les limitations au bras droit tiennent correctement compte de son état de santé et des contraintes qui y sont liées. Quant aux difficultés liées à l'assuré lui-même (âge, nationalité, connaissances linguistiques, absence de formation, etc...), elles ne justifient pas de s'écarter de l'évaluation effectuée par l'OAI, dès lors qu'elles n'influencent pas énormément ses chances d'être engagé dans le type d'activités encore envisageable pour lui (cf. arrêt TF 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3).

7.5. En définitive, le calcul du degré d'invalidité opéré par l'autorité intimée peut être avalisé par les juges de céans. La comparaison d'un revenu sans invalidité de CHF 66'718.80 avec un revenu d'invalidé de CHF 60'046.90 (tenant compte d'un désavantage salarial de 10%; cf. supra consid. 7.4) aboutit à une perte de gain de l'ordre de 10%.

C'est dès lors à juste titre que l'OAI a accordé au recourant une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} octobre 2015 (soit six mois après le dépôt de la demande, en avril 2015) et le 31 juillet 2017 (soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé attestée au 1^{er} mai 2017 par les experts).

Ce taux d'invalidité justifie également le rejet de la demande de mesures de réadaptation (cf. supra consid. 7.4).

8.

Vu ce qui précède, les griefs du recourant sont mal fondés, de sorte que le recours est rejeté et la décision rendue par l'administration confirmée.

8.1. S'agissant de la requête d'assistance judiciaire, malgré le rejet du recours, il faut retenir que celui-ci ne pouvait être considéré comme d'emblée dénué de chance de succès. Dès lors que l'indigence du recourant – qui est soutenu par l'assistance publique – est établie, la demande est admise. Il convient, dans ces conditions, de mettre l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale dans le cadre de la présente procédure de recours et de lui désigner un défenseur d'office en la personne de Me Elias Moussa, avocat à Fribourg.

Les frais judiciaires, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant, mais ne seront provisoirement pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire.

8.2. Le recourant qui succombe n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa).

Conformément aux art. 142 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et au Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (RSF 150.12), le mandataire du recourant peut prétendre à une indemnité en sa qualité de défenseur d'office. Invité à transmettre sa liste des opérations, celui-ci a procédé le 29 juillet 2019. Le montant réclamé de CHF 7'468.25 ne peut toutefois être approuvé; le temps consacré à l'affaire (près de 28 heures) dépasse largement ce qui habituellement admis pour ce type d'affaire.

Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire ainsi que des opérations effectuées par le mandataire du recourant, consistant principalement en l'étude du dossier et le dépôt d'un mémoire de recours, il apparaît équitable de retenir que la défense des intérêts du recourant ne devait pas raisonnablement dépasser un total de 14 heures de travail. Dans ces circonstances, la Cour accorde à Me Elias Moussa un montant de CHF 2'520.- (14 heures à CHF 180.-/heure), plus CHF 51.80 au titre de débours, plus CHF 198.- au titre de la TVA (à 7.7%), soit une somme totale de CHF 2'769.80. Celle-ci est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.

la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2018 340) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 341) est admise et Me Elias Moussa, avocat, est désigné comme défenseur d'office.
- III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée.

IV. L'indemnité allouée à Me Elias Moussa en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 2'520.-, plus CHF 51.80 de débours, plus CHF 198.- au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 2'769.80, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg.

V. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 19 août 2019/mba

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :