



**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 2019 205

Arrêt du 8 juillet 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition	Président :	Johannes Frölicher
	Juges :	Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
	Greffier-rapporteur :	Philippe Tena

Parties

A. _____, recourant

contre

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

Objet

Assurance-invalidité; droit à la rente

Recours du 25 juillet 2019 contre la décision du 10 juillet 2019

considérant en fait

A. A. _____, né en 1985, domicilié à B. _____, originaire de C. _____, marié et père de deux enfants mineurs, sans formation, travaillait en tant que ferrailleur auprès d'une société active dans le domaine du bâtiment.

Le 10 août 2012, il a été victime d'un accident de la circulation dans son pays d'origine. Ayant perdu la maîtrise de la voiture qu'il conduisait, il a percuté le véhicule venant en sens inverse. Il a ainsi subi une rupture pancréatique, des lacérations intestinales multiples, une dissection de l'isthme aortique et une tachycardie supraventriculaire.

B. D. _____, 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, a pris le cas en charge.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'assureur-accidents a proposé que son assuré réalise un séjour auprès de E. _____ du 3 au 9 juillet 2013. Ce séjour a cependant été interrompu après une semaine, l'assuré faisant des crises d'angoisse. D. _____ a, par la suite, demandé l'avis de ses médecins d'arrondissement et de son centre de compétences en médecine des assurances sur les plans de la médecine générale, de la chirurgie et de la psychiatrie.

Par décision du 10 octobre 2016, D. _____ a refusé de prêter pour les suites d'un diabète déclaré par son assuré, en l'absence de lien de causalité avec l'accident. Aucune autre décision de l'assurance-accidents ne figure au dossier de la cause.

C. Parallèlement à la procédure devant cette dernière, le 6 décembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI).

Dans le cadre de l'intervention précoce, l'OAI a fait bénéficier son assuré de cours de français du 9 septembre au 29 novembre 2013 et du 6 janvier au 14 mars 2014. Puis, du 19 mai au 14 septembre 2014, l'OAI a mis sur pieds un stage d'évaluation auprès de F. _____, lequel sera interrompu le 20 mai 2014 d'un commun accord entre les différents intervenants.

Puis, l'OAI a soumis le cas de son assuré à l'appréciation du Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 14 janvier 2019, celui-ci estime que l'assuré possède une pleine capacité de travail sur le plan psychique depuis 2017, soit cinq ans après l'accident.

Par projet du 19 mars 2019, l'OAI a considéré que son assuré pouvait prétendre à une rente entière pour une durée limitée, allant du 1^{er} octobre 2013 au 31 août 2017. Le 17 avril 2019, l'assuré a déposé ses objections contre ce projet, indiquant qu'une opération avait eu lieu le 12 avril 2018 et produisant différents rapports médicaux.

Par décision du 10 juillet 2019, l'OAI a reconnu à son assuré le droit à une rente entière du 1^{er} octobre 2013 au 31 août 2017 et du 1^{er} avril 2018 au 31 août 2018, estimant que son assuré était en mesure de reprendre l'exercice d'une activité adaptée à temps plein ce qui l'empêchait de subir une quelconque perte de gain.

D. Contre cette décision, l'assuré interjette recours devant le Tribunal cantonal le 29 juillet 2019 concluant, en substance, à l'octroi d'une rente pour une durée non limitée.

Dans ce sens, il affirme que l'OAI n'a pas pris l'importance des atteintes à sa santé et les limitations qu'elles causent à leur juste mesure, soulignant que D. _____ n'a, pour sa part, pas encore terminé l'instruction de son dossier.

Le 23 août 2019, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

Dans ses observations du 1^{er} octobre 2019, l'OAI propose le rejet du recours, renvoyant aux considérations émises dans sa décision et aux pièces du dossier.

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, dûment représenté, 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.

2.1. 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.

2.2. 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).

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.

3.1. 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.

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).

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).

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).

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).

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).

4.5. Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

5.

Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente de l'assurance-invalidité pour une période plus longue que celle retenue dans la décision litigieuse, ce qui implique d'examiner d'abord la problématique de sa capacité de travail.

5.1. Sur le plan psychiatrique d'abord, l'OAI a estimé que son assuré n'était pas en mesure d'exercer une activité lucrative entre le mois d'octobre 2012 et le mois de mai 2017. En revanche, il a considéré que, pour la période ultérieure, la capacité de travail était entière.

Bien qu'il n'y soit pas fait référence dans les considérants de la décision contestée, cette appréciation se fonde sur les conclusions du Dr G._____. Dans son rapport d'expertise du 14 janvier 2019, celui-ci retient les diagnostics de "*syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), sans comorbidité psychiatrique*" et de "*status après état de stress post-traumatique (F43.1), sans aucun symptôme résiduel actuellement*". Sur cette base, il affirme que "*du point de*

vue psychiatrique, cet expertisé était capable de travailler à 100% depuis 2017, soit cinq ans après l'accident, selon les critères du psychiatre de D._____".

Ces conclusions ont été validées par le Dr H._____, spécialiste en anesthésiologie, du Service médical régional (SMR), qui estime que *"le rapport d'expertise psychiatrique du 14.01.2019 remplit les critères de qualité attendus d'une expertise médicale, tant sur le plan formel que sur le fond médical"* (dossier OAI, p. 2'555).

5.2. Toutefois, à la lecture du travail du Dr G._____, force est de constater que tel n'est pas le cas.

Aux dires de l'expert-psychiatre, ses conclusions sont fondées sur l'étude du dossier dont il indique faire la synthèse en début de son expertise. Or, plusieurs de ses affirmations apparaissent découler d'une interprétation erronée des pièces du dossier.

Par exemple, si l'expert-psychiatre affirme que l'assuré est capable de travailler à 100% depuis 2017 *"selon les critères du psychiatre de D._____"*, dit psychiatre affirme pourtant sans équivoque ce qui suit: *"Avec un trouble psychotique chronicisé depuis bientôt 5 ans, avec un comportement d'évitement en réaction à un vécu douloureux chronique, l'assuré n'est du seul point de vue psychiatrique inapte à travailler et il le restera très probablement pour longtemps"*. Ce même médecin conclut par l'affirmation suivante: *"En somme, la capacité de travail apparaît comme durablement inexistante pour toute activité professionnelle, du seul point de vue psychiatrique. On ne voit pas comment l'assuré pourrait s'engager dans des mesures de réadaptation professionnelle vu la gravité et la chronicité de l'atteinte"* (dossier OAI, p. 2'318 et 2'420).

De même, l'expert-psychiatre s'écarte, entre autre, du diagnostic d'état de stress post-traumatique *"car [...] selon la CIM-10, ce diagnostic repose sur la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les six mois suivant un événement traumatique et hors du commun et lorsque la survenue diffère de plus de six mois"*. Or, on constate que la Dresse I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin praticien, évoquait déjà un *"syndrome post-traumatique"* et des *"cauchemars récurrents"* dans son rapport du 28 janvier 2013, soit 4 mois après l'accident (dossier OAI, p. 87). L'assuré consultait aussi, déjà à cette époque, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin qui évoque toujours aujourd'hui le diagnostic d'*"état de stress-posttraumatique"* (dossier OAI, p. 391, 443, 473, 711, 730, 2289 et 2425). Ainsi, lorsque l'expert-psychiatre affirme qu'aucun symptôme typique d'un état de stress post-traumatique n'étaient évoqués en 2013, il passe sous silence les rapports de ses confrères psychiatres qui constataient, quatre mois après l'accident, l'existence de ce syndrome. L'on peut partir de l'idée que ces médecins n'auraient pas donné ce diagnostic en l'absence des symptômes typiques, étant relevée l'évocation de cauchemars récurrents.

Il apparaît ainsi que l'expertise n'est pas fondée sur une pleine connaissance du contexte et de la situation médicale.

En outre, l'on constate que les conclusions de l'expert ne sont motivées que de manière lapidaire. Par exemple, sur le plan diagnostique, lorsqu'il retient un *"trouble somatoforme"*, il se contente de rappeler le texte de la CIM-10. De même, si l'expert affirme qu'il n'y a pas de trouble de la personnalité chez l'expertisé mais *"tout au plus une accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1) dans le sens d'une personnalité frustrée"*, il ne le motive pas, se contentant de baser cette affirmation sur *"nous constatons"*. Il n'est qu'un peu plus disert lorsqu'il examine la problématique

de la capacité de travail, relevant uniquement deux indicateurs, à savoir une mauvaise compliance et le fait qu'il n'y a *"pas de cohérence ni de plausibilité concernant les plaintes de l'expertisé"*.

Par conséquent, l'on constate que l'expert a insuffisamment motivé ses conclusions et n'a pas procédé à une analyse circonstanciée des points litigieux.

Dans ce contexte, le rapport du Dr G._____ ne remplit pas les critères de qualité attendus d'une expertise médicale de sorte qu'on ne peut lui reconnaître une pleine valeur probante.

5.3. Au demeurant, l'ensemble des autres spécialistes en psychiatrie interrogés s'écarte de l'appréciation de l'expert-psychiatre, tant sur le plan des diagnostics que sur l'évaluation de la capacité de travail.

Tel est en particulier le cas du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin d'arrondissement de D._____. Dans des rapports des 29 juin 2017, 18 janvier 2019 et 8 avril 2019, il estime ainsi que *"l'assuré n'est du seul point de vue psychiatrique inapte à travailler et il le restera très probablement pour longtemps"* en raison d'un *"syndrome douloureux persistant avec facteurs somatiques et psychiques (F45.41)"* et d'un *"autre trouble psychotique non organique (F28)"*. Ce médecin met expressément en cause les conclusions de l'expert-psychiatre et propose qu'un *"autre psychiatre de D._____ analyse le dossier"* (dossier OAI, p. 2'318, 2'420 et 2'493).

Le Dr H._____ fait reproche au médecin d'arrondissement d'écarter l'avis de l'expert-psychiatre *"sans la moindre argumentation et sans prendre position, ni sur les griefs émis à leur rencontre dans [s]on rapport SMR du 12.10.2017, ni sur l'expertise"* (dossier OAI, p. 2'555). Outre le fait qu'un reproche identique peut être fait à l'encontre du rapport de l'expert-psychiatre, on constate que le médecin d'arrondissement argumente sa position en renvoyant à sa précédente appréciation et en lui adjoignant quelques compléments (dossier OAI, p. 2'420). L'expert-psychiatre n'ayant nullement détaillé son raisonnement, le médecin d'arrondissement ne pouvait manifestement étayer son argumentation d'une manière plus ciblée.

Au demeurant, on constate que cette différence d'appréciation a conduit D._____ à ne pas rendre une décision suite à l'expertise. Plutôt que de se rattacher aux conclusions, peu convaincantes, de l'expert-psychiatre, elle a sursis à statuer et continué à verser des indemnités journalières à son assuré tout en réalisant de nouvelles mesures d'instruction.

Dans un tel contexte, il apparaît justifié de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour qu'elle diligente les mesures d'instructions nécessaires, cas échéant se fonde sur les nouvelles mesures d'instruction entreprises par D._____.

Compte tenu de ce renvoi, il n'apparaît pas nécessaire d'examiner l'impact des troubles somatiques sur la capacité de travail du recourant. Il appartiendra, cas échéant, à l'autorité intimée d'en tenir compte dans le cadre des mesures d'instruction qu'elle diligentera.

6.

Dans ces circonstances, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

Compte tenu de l'issue du litige, il convient de mettre les frais de procédure à la charge de l'autorité intimée qui succombe, par CHF 800.-. L'avance de frais effectuée par le recourant, à raison de CHF 800.-, lui est restituée.

Il n'est pas octroyé d'indemnité de partie, l'assuré n'étant pas représenté.

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

III. L'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui est restituée.

IV. 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 8 juillet 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :