



**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 5
608 2019 6

Arrêt du 3 mars 2020

II^e Cour des assurances sociales

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

Parties **A. _____, recourant**, représenté par Me Eric Bersier, avocat
contre

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

Objet Assurance-invalidité
Recours (608 2019 5) du 7 janvier 2019 contre la décision du
21 novembre 2018 et demande (608 2019 6) d'assistance judiciaire
du même jour

considérant en fait

A. A._____, né en 1968, domicilié à B._____, divorcé et père de deux enfants, sans formation reconnue en Suisse, travaillait en dernier lieu en tant que monteur auprès d'une entreprise active dans la technique d'exploitation et du bâtiment.

Il est en incapacité de travail médicalement attestée depuis le 27 mars 2015.

B. Le 3 juin 2015, il a déposé une demande de prestations devant l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), évoquant une *"hernie discale avec implant"*.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, sur proposition de son Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a diligenté une expertise bidisciplinaire auprès du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leurs rapports des 12 février et 26 avril 2018, les deux médecins concluent que l'assuré ne peut plus exercer son ancienne activité et que sa capacité de travail est durablement diminuée de 25% dans une activité adaptée.

Sur demande de l'OAI, le Dr C._____ a complété ses conclusions par deux rapports complémentaires datés du 3 mai et du 14 juin 2018.

Par décision du 21 novembre 2018, reprenant un projet du 23 mai 2018, l'OAI a reconnu à son assuré le droit à une rente entière du 1^{er} mars 2016 au 31 mai 2017 sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. Dès le 1^{er} juin 2017, cette rente a été supprimée en raison d'un degré d'invalidité de 36.63%.

C. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Eric Bersier, avocat, interjette recours (608 2019 5) devant le Tribunal cantonal le 7 janvier 2019 concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière pour une durée non limitée.

A l'appui de ses conclusions, il affirme souffrir de lombosciatalgies qui s'accroissent progressivement et dont les effets atteignent ses membres inférieurs et influencent son état psychique. Ces atteintes sont, selon lui, confirmées par ses médecins et conduisent à retenir qu'il n'est plus en mesure de travailler. Dans ce contexte, il s'étonne de l'amélioration retenue par l'OAI, alors même que son état de santé ne fait que se détériorer depuis plus de deux ans. A tout le moins, si une amélioration de l'état de santé en février 2017 devait être constatée, il allègue que sa situation s'est à nouveau dégradée à partir du 2 mars 2017 de sorte que l'amélioration ne remplirait pas le critère de durabilité. Il se plaint enfin de ce que les postes retenus comme compatibles avec son état de santé ne le soient, dans les faits, pas.

Parallèlement à son recours, l'assuré demande (608 2019 6) à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et à ce que Me Eric Bersier lui soit désigné défenseur d'office.

Dans ses observations du 20 février 2019, l'OAI propose le rejet du recours, joignant un rapport complémentaire du Dr C._____ daté du 14 février 2019.

Le 21 octobre 2019, l'assuré est spontanément intervenu dans la cause, transmettant de nouveaux rapports médicaux.

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

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, le recourant, 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.

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).

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).

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).

5.

Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mai 2017, ce qui implique d'examiner d'abord la

problématique de sa capacité de travail. Il n'est, en revanche, pas contesté, ni contestable, qu'il était totalement incapable de travailler du 27 mars 2015 au 16 février 2017.

5.1. Dans un premier temps, il n'est pas sans intérêt de rappeler la situation d'un point de vue somatique, étant rappelé que le recourant fait surtout état de lombo-sciatalgies et de douleurs au niveau des membres inférieurs.

Dans son expertise du 12 février 2018, le Dr C._____ retient les diagnostics invalidants de *"lombalgies chroniques, status après spondylodèse L5-S1 ALIF (25.02.2011), status après laminectomie L4 droite et cure chirurgicale de hernie discale L4-L5 paramédiane droite (16.11.2016) et récurrence de hernie discale médiane et paramédiane droite L4-L5"* ainsi que de *"status après fracture de l'astragale à droite (1984), status après probable arthrodèse sous-astragaliennne à droite"*. Selon lui, en raison de ces troubles, l'assuré ne peut plus exercer son métier d'installateur sanitaire mais uniquement une activité sédentaire ou semi-sédentaire permettant l'alternance des positions, sans travail en porte-à-faux ou penché en avant, sans port et soulèvement de charges de plus de 5 kg. Dans une telle activité, il estime que la capacité de travail est de 100%, compte tenu d'une diminution de rendement de 25% en raison des douleurs et des pauses nécessaires (dossier OAI, p. 275). Dans un complément du 14 juin 2018, l'expert précise que l'assuré est apte à exercer ce type d'activité professionnelle trois mois après la dernière intervention de la colonne lombaire du 16 novembre 2016 (dossier OAI, p. 339).

Le rapport de l'orthopédiste se fonde sur le dossier de l'OAI ainsi qu'un entretien du 6 février 2018. A cette occasion, l'assuré a pu décrire ses lombalgies basses qui le réveillent pratiquement chaque nuit. Selon lui, ces douleurs augmentent en cas de station prolongée assise ou debout, en cas de montée d'escaliers et lorsqu'il va aux toilettes. L'assuré a également pu mentionner ses autres atteintes, notamment au niveau des membres inférieurs (paresthésies et hypoesthésie) et à la nuque (douleurs), ainsi que des sensations de vertige. Pour sa part, l'expert a pu procéder à un examen complet du patient, en particulier sur le plan cardio-vasculaire, neurologique et ostéo-musculaire, complété par une radiographie des cervicales. Il motive en détail ses conclusions, par exemple les motifs qui le conduisent à retenir l'existence d'une importante capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Il constate ainsi l'existence de trois signes de non organicité sur cinq, fait état de *"facteurs non pris en considération par l'assurance"* et mentionne une *"attitude très démonstrative"*. Dans son complément du 14 juin 2018, il précise même que *"ce sont surtout les conditions psycho-sociales et le handicap ressenti par le patient, ainsi que la durée de l'incapacité de travail, qui sont déterminants dans l'évolution et la reprise d'une activité professionnelle, davantage que les données anatomo-structurelle[s] objectivables à proprement parler"* (dossier OAI, p. 369).

Au vu de ce qui précède, bien argumentée, l'expertise et ses compléments du Dr C._____ apparaît être pleinement convaincante de sorte qu'elle doit se voir reconnaître entière valeur probante.

5.2. Le recourant se prévaut, pour sa part, des rapports du Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui attesterait, à ses dires, de son incapacité de travail totale depuis plus de deux ans, à tout le moins d'une péjoration de son état depuis le 22 mars 2018.

Dans ses premiers rapports et jusqu'en mars 2017, ce médecin attestait de l'existence de lombalgies chroniques ainsi que de cervicalgies, présentes depuis plus de dix ans. Il attestait alors

d'une capacité de travail réduite à 50% dans l'ancienne activité, en raison du port de charges lourdes, sans examiner la capacité de travail dans une activité adaptée (dossier OAI, p. 162, 185, 189, 469, 471, 477 et 479). En août 2017, le médecin fait état d'une explication à ces douleurs sous la forme d'une *"discrète protrusion discale L4-L5 foraminale droite, qui pourrait expliquer une radiculopathie L5 droite"* (rapports du 3 et du 24 août 2017, dossier OAI, p. 477 et 479; cf. ég. p. 481, 483 et 485), atteinte neuropathique qu'il fait confirmer par un neurologue en janvier suivant (dossier OAI, p. 504). Dans son anamnèse du 22 mars 2018, l'orthopédiste rapporte l'existence de *"lombosciatalgies type L5 D qui s'accroissent progressivement et qui sont devenues invalidantes au cours des derniers mois"* (dossier OAI, p. 294; cf. ég. p. 487). Depuis lors, il estime que, *"d'un point de vue professionnel et au vu du diagnostic [du] patient, une rente AI à 100% semble justifiée"* (rapport du 7 août 2018, dossier OAI, p. 492; cf. ég. p. 493, 497 et rapports produits dans le cadre de l'échange d'écritures).

Cependant, dans ses rapports de mars 2017, l'orthopédiste relevait ne pas avoir *"d'explication [...] aux lombalgies chroniques du patient"* et évoquait des *"problèmes psychologiques"* (dossier OAI, p. 189 et 479). Puis, dans un rapport du 3 août 2017, il a certes relevé qu'*"une IRM a été réalisée, mettant en évidence une discrète protrusion discale L4-L5 foraminale droite, qui pourrait expliquer une radiculopathie L5 droite [...]. Néanmoins, le patient présente de nombreuses comorbidités non somatiques"* (dossier OAI, p. 477). Par la suite, il a constaté que le patient souffrait de *"multiples comorbidités [...], non somatiques"* (rapport du 12 octobre 2018, dossier OAI, p. 481), que *"la colonne ne sembl[ait] pas être responsable d'un arrêt de travail prolongé"* (rapport du 11 janvier 2018, dossier OAI, p. 483) et que *"l'état psychologique [...] nécessit[ait] une prise en charge au préalable en psychiatrie"* (rapport du 22 mars 2018, dossier OAI, p. 294). Enfin, bien que cela soit postérieur à la décision contestée et à ce titre hors litige, dans son rapport du 14 octobre 2019, il souligne que si le patient se plaint de multiples douleurs, le *"tableau est encore amplifié par l'impact socio-professionnel avec une perte d'emploi, une incapacité de travail et une rupture amoureuse récente"*. Il conclut que son *"patient souffre d'un handicap majeur dans sa vie quotidienne, tant d'un point de vue physique, psychique et financier"*, ce qui *"engendre un tableau de douleurs chroniques difficilement résolubles"* (annexé à l'intervention du 21 octobre 2019).

Il apparaît ainsi que l'incapacité de travail partielle, puis totale, attestée par l'orthopédiste traitant, est, de manière non négligeable, liée à l'incidence de troubles psychiatriques et de facteurs extra-médicaux. Or, en cela, le médecin tend à rejoindre les remarques de l'expert-rhumatologue qui, on le rappelle, précise que *"ce sont surtout les conditions psycho-sociales et le handicap ressenti par le patient, ainsi que la durée de l'incapacité de travail, qui sont déterminants dans l'évolution et la reprise d'une activité professionnelle, davantage que les données anatomo-structurelle[s] objectivables à proprement parler"* (complément du 14 juin 2018, dossier OAI, p. 369).

Dans un tel contexte, la différence d'appréciation entre l'expert et le médecin traitant peut s'appréhender à l'aune de la jurisprudence qui attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient, laquelle pourrait rendre ce dernier enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (cf. consid. 4.3 ci-avant). Au demeurant, l'on relève que les autres médecins somaticiens interrogés n'attestent d'aucune incapacité de travail postérieure à février 2017 (cf. dossier OAI, p. 27, 43, 44, 49, 78, 97, 119, 123, 166 et 238). Au contraire, la généraliste traitante soutient que si son patient ne peut absolument pas travailler et que le pronostic est pauvre, c'est *"surtout à cause des facteurs psychosociaux"* (entretien du 9 février 2017, dossier OAI, p. 166). En cela, elle rejoint l'appréciation de l'expert-rhumatologue.

Dans ces circonstances, la Cour de céans se rattache aux conclusions figurant dans l'expertise du Dr C. _____ qui ne sont pas remises en cause par les pièces figurant au dossier ou produites dans le cadre du présent litige.

5.3. Reste à examiner la situation d'un point de vue psychique. Sur ce plan, l'OAI se réfère aux conclusions du Dr D. _____, lequel a rendu un rapport d'expertise daté du 26 avril 2018.

Dans son rapport, l'expert-psychiatre diagnostique un *"trouble dépressif récurrent, actuellement de gravité subclinique à léger"* et une *"personnalité avec des traits état limite du registre impulsif"*. Ces troubles ne sont, cependant, pas invalidants selon lui, de sorte qu'il retient une capacité de travail entière, sans diminution de rendement (dossier OAI, p. 297).

Les conclusions de l'expert-psychiatre se fondent d'abord sur l'étude du dossier asséurologique ainsi que des rapports complémentaires des médecins ayant suivi l'assuré. Ces différents documents lui ont permis d'avoir une pleine connaissance du contexte médical, social, économique et familial. L'expert s'est également entretenu avec le recourant le 20 février 2018. Lors de cet entretien, l'assuré a été en mesure de compléter l'anamnèse et de décrire ses troubles et leur impact sur son quotidien, l'expert indiquant notamment que l'assuré *"se sent[ait] essentiellement limité par des lombalgies basses"* et regrettait sa deuxième opération. Pour sa part, à cette occasion, l'expert a procédé à un examen complet du recourant, lui faisant notamment passer des tests psychométriques, avec une très mauvaise concordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation, ces derniers étant non concordants avec l'examen clinique et le dossier.

Les conclusions de l'expert sont dûment motivées et se basent tant sur les éléments du dossier, l'anamnèse que sur ses propres constats. S'agissant des diagnostics, il discute ceux évoqués par ses confrères, confirmant ou infirmant leur validité. Il confirme ainsi l'existence d'un trouble dépressif, qu'il estime alors de gravité subclinique à léger, alors que l'assuré est considéré comme *"revendicateur mais plutôt assez adéquat et souriant"*, sans anhédonie, aboulie ou apragmatisme et sans tendance suicidaire. Il confirme également l'existence d'une certaine impulsivité qu'il refuse pourtant de considérer comme un trouble de la personnalité mais qu'il voit uniquement comme un trait vu que le fonctionnement global semble avoir été préservé, y compris au niveau professionnel.

S'agissant de la capacité de travail, l'expert se réfère d'abord à la *"Mini CIF-TAPP"*, constatant que l'assuré n'a de restriction qu'en termes de *"flexibilité et capacité d'adaptation"*, d'*"endurance"* et d'*"affirmation de soi"*. L'expert examine ensuite cette problématique selon les critères fixés par la jurisprudence, constatant par exemple qu'il existe une relativement bonne cohérence avec le dossier médical mais que l'assuré a une certaine tendance à dramatisation qui pourrait expliquer en partie la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, dramatisation au demeurant confirmée par les résultats des tests psychométriques. Il évoque également l'incidence possible de facteurs socio-économiques tels que la situation économique, l'absence de compétences professionnelles autres que celles réalisées, l'âge et des facteurs socioculturels.

Bien argumentée, l'expertise du Dr D. _____ apparaît être conforme aux critères pour lui reconnaître pleine valeur probante.

Les conclusions de l'expert-psychiatre vont, au demeurant, dans le sens des rapports du médecin qui suit le recourant sur le plan psychiatrique, le Dr F. _____, généraliste, travaillant au sein du cabinet du Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-là retient en effet le

diagnostic d'épisode dépressif léger et suspecte l'existence de probables éléments de personnalité émotionnellement labile. Cependant, il ne considère pas ces troubles comme invalidants, relevant également que des facteurs socio-économiques – en particulier le stress lié à la précarisation progressive dans le contexte d'une longue procédure AI et du refus par le Service social durant plusieurs mois d'entrer en matière sur la situation – ont une incidence non négligeable sur son état (rapports du 13 octobre 2016 et du 25 mars 2018, dossier OAI, p. 153 et 336; cf. ég. p. 182, 192, 242 et 244).

Seul le Dr H. _____, médecin-chef adjoint au sein de I. _____, atteste d'une incapacité de travail en lien avec les troubles dépressifs et de la personnalité qu'il diagnostique. Cette incapacité de travail est cependant limitée à "*la durée de l'hospitalisation*", à savoir entre le 14 et le 22 juin 2017 (dossier OAI, p. 233 et 334; cf. ég. p. 221).

5.4. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, l'on peut donc confirmer l'OAI lorsqu'il retient que l'assuré n'est plus en mesure de travailler dans son ancienne activité mais peut, depuis le mois de février 2017, exercer une activité adaptée avec un rendement de 75%.

Cette dernière doit être une activité sédentaire ou semi-sédentaire avec possibilité d'alterner la position debout avec la position assise, sans travail en porte-à-faux ou penché en avant et sans port et soulèvement de charges de plus de 5kg.

6.

Dans ces circonstances, il convient de procéder à la comparaison des revenus de valide et d'invalidé pour la période à compter du mois de juin 2017, soit trois mois après l'amélioration. Pour la période antérieure à compter du mois de mars 2016, en revanche, l'assuré étant incapable de travailler dans toute activité, le taux d'invalidité est de 100% et donne droit à une rente entière.

6.1. La *méthode ordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

6.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts TF 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées).

6.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid.

2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références).

7.

7.1. Dans sa décision du 21 novembre 2018, l'OAI a considéré que, compte tenu de son état de santé et de ses limitations fonctionnelles, l'assuré pourrait exercer une activité adaptée à 75% sans diminution de rendement. Il s'est référé au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, à savoir CHF 5'312.-.

Les critiques portées par le recourant quant à l'activité retenue ne sont pas convaincantes, s'écartant des conclusions des experts pour se fonder sur celles du Dr E. _____.

Au demeurant, dès lors que le TA1, niveau de compétences 1, de l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes du recourant dans un marché du travail équilibré (cf. arrêts TF 9C_830/2017 du 16 mars consid. 5; 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2; 9C_833/2017 du 20 avril 2018 consid. 5.1). La référence au niveau de compétences 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).

Cependant, il convient de se référer au montant de CHF 5'340.- figurant dans l'ESS 2016, plus récente (ESS 2016, TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes), ce qui correspond à CHF 64'080.- annuellement. Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 64'366.20, indices de 2239 pour 2016 et 2249 pour 2017, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux), des prix à la consommation et des salaires réels, hommes) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2017 (CHF 67'101.75, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs). Il n'apparaît pas devoir prendre en compte de facteurs de diminution supplémentaire au titre de désavantage salarial, le recourant ne s'en prévalant par ailleurs pas.

Au vu de la capacité de travail de 75% qui a été retenue, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 50'326.30.

7.2. Le montant retenu au titre de revenu de valide est fondé sur le salaire réalisé en dernier lieu par le recourant selon l'attestation de son ancien employeur, soit CHF 78'650.- en 2014 (CHF 6'050.- x 13 salaires).

Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 79'002.20, indices de 102.7717 pour 2014 et 103.2319 pour 2017, cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux par branches 2011-2017, 41-43 Construction).

Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 79'002.20.

7.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 79'002.20) et d'invalidé (CHF 50'326.30) que la perte de gain se monte à CHF 28'675.90.

Cela correspond à un degré d'invalidité de 36.30%, soit 36% (cf. ATF 130 V 121).

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

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'on a octroyé une rente entière du 1^{er} mars 2016 au 31 mai 2017. Partant le recours doit être rejeté et la décision confirmée.

8.

Le recourant sollicite (608 2019 6) le bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre du recours contre la décision du 21 novembre 2018.

8.1. Selon l'art. 61 let. f 2^{ème} phr. LPGA, 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), lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant.

Aux termes de l'art. 142 CPJA, 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). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3).

D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). L'octroi de l'assistance judiciaire peut être subordonné au paiement d'une contribution mensuelle aux prestations de la collectivité publique (al. 3). L'assistance judiciaire ne dispense pas du versement de l'indemnité de partie visée aux articles 137 et suivants (al. 4).

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. En l'espèce, le recourant n'a aucun revenu. Même si l'on devait prendre en considération les revenus de l'ancienne compagne et de son fils, l'on devrait retenir que le recourant 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.

Par ailleurs, il y a lieu d'admettre que le recours, bien qu'au final manifestement infondé, ne paraissait pas d'emblée voué à l'échec.

L'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans apparaissait dès lors 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 2019 5) et de lui désigner comme défenseur d'office Me Eric Bersier, avocat.

8.3. Le 19 décembre 2019, ce dernier a produit sa liste de frais correspondant à un montant total de CHF 4'936.18, à savoir CHF 4'365.- au titre d'honoraires (24.25 heures à CHF 180.-), CHF 218.25 au titre de frais (5% de CHF 4'365.-) et CHF 352.93 au titre de la TVA (7.7%).

Toutefois, les frais sont calculés de manière forfaitaire alors que cette méthode n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017; cf. ég. art. 11 al. 2 du Tarif Cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif JA, RSF 150.12; art. 68 du Règlement sur la Justice; RJ; RSF 130.11).

En outre, l'ampleur du travail allégué par le mandataire ne saurait se justifier par la nature, l'importance et la difficulté de la présente cause.

Dans ces circonstances, la Cour s'écarte des opérations qui y figurent et fixe l'indemnité d'office, selon sa libre appréciation (cf. art. 11 Tarif JA). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif JA), l'indemnité du défenseur désigné est fixée ex aequo et bono à un montant total de CHF 2'767.90, à savoir à CHF 2'520.- au titre d'honoraires (14 heures à CHF 180.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 197.90 au titre de la TVA (7.7%).

Ce montant est mis à la charge de l'Etat de Fribourg.

la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2019 5) est rejeté.
- II. La requête (608 2019 6) d'assistance judiciaire gratuite totale est admise et Me Eric Bersier, avocat, désigné en qualité de défenseur d'office.
- III. Il est alloué à Me Eric Bersier une indemnité de CHF 2'767.90, dont CHF 197.90 au titre de la TVA (7.7%), intégralement mis 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 3 mars 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :