



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

605 2025 82

Arrêt du 1^{er} avril 2026

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente suppléante : Daniela Kiener
Juges : Marc Sugnaux, Johannes Frölicher
Greffière : Tania Chenaux

Parties

A. _____, recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat
contre

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

Objet

Assurance-invalidité – capacité de travail – méthode générale de
comparaison des revenus – valeur probante d'une expertise –
aggravation

Recours du 21 mai 2025 contre la décision du 14 avril 2025

considérant en fait

A. A. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1972, marié, père de trois enfants, nés en 2011, 2012 et 2019, domicilié à B. _____, sans formation, a travaillé comme agent d'intendance à 100% du 1^{er} janvier 2003 au 26 octobre 2023, date à laquelle a pris fin son contrat à la suite de son licenciement.

Une incapacité de travail oscillant entre 50 et 100% a été régulièrement attestée depuis septembre 2020 par son médecin traitant.

B. Le 13 octobre 2020, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison de rachialgie chronique survenue en 2002, étendue de la région lombaire vers la région cervicale en lien avec une maladie ankylosante non inflammatoire et une épicondylite.

Durant les mois de janvier à septembre 2021, l'assuré a bénéficié de mesures d'adaptation du poste de travail ainsi que de cours de formation et d'orientation professionnelle dans le cadre de l'intervention précoce, cette phase ayant été clôturée le 4 octobre 2021.

Le 17 mai 2022, l'OAI a rendu un premier projet de décision informant l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser une rente d'invalidité, le degré d'invalidité retenu étant de 4.19%, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à la rente. Il a considéré que l'assuré était en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à plein temps sans diminution de rendement depuis septembre 2020.

A la suite des objections formulées le 17 juin 2022 par l'assuré, représenté par le syndicat des services publics, l'OAI a mandaté, le 6 octobre 2022, une expertise pluridisciplinaire en médecine interne générale, rhumatologie, neurologie et psychiatrie auprès du centre d'expertise C. _____ SA. Dans leur rapport du 26 avril 2023, les experts ont retenu une capacité de travail de 100%, dans l'activité habituelle, sous réserve du respect de limitations fonctionnelles, à l'exception d'une incapacité totale de travail du 26 septembre 2020 au 10 octobre 2020, puis d'une incapacité partielle de 50% du 12 octobre 2020 au 16 septembre 2021. S'agissant de l'activité adaptée, la capacité de travail a été fixée à 100% depuis toujours, également à la condition de respecter les mêmes limitations fonctionnelles. Celles-ci consistent en un port de charges limité à 10 kg, un port de charges répété inférieur à 5 kg, l'absence de port de charges en porte-à-faux du buste, l'alternance des positions assise et debout, un port de charges bilatéral à favoriser, ainsi que l'absence de travail au-dessus du plan horizontal avec les membres supérieurs. Sur le plan neurologique, les experts déconseillent en outre les mouvements répétitifs des membres supérieurs.

A la demande de l'assuré, désormais représenté par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg, l'OAI lui a transmis le rapport d'expertise pour prise de position. Par courrier du 31 août 2023, l'assuré a indiqué qu'un spécialiste en médecine physique et réadaptation consulté postérieurement à l'expertise estimait que son activité habituelle n'était plus exigible au regard des limitations fonctionnelles constatées et que des investigations médicales complémentaires étaient en cours. Il a dès lors sollicité que l'Office attende leur issue avant de rendre un projet de décision, ce que l'OAI a accepté. Dans l'intervalle, l'assuré a participé à un programme de restauration fonctionnelle du rachis du 15 au 26 avril 2024 ainsi qu'à un séjour visant le traitement multimodal de la douleur du 17 au 29 septembre 2024 à D. _____. Entre août 2024 et mars 2025, il a transmis à l'OAI divers certificats et rapports relatifs à l'évolution de sa situation médicale.

Après avoir soumis ces pièces au Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a rendu, le 14 avril 2025, une décision formelle confirmant le refus d'octroi d'une rente AI. Il s'est fondé sur le rapport d'expertise du 26 avril 2023 et l'avis du SMR du 17 décembre 2024, considérant que les éléments médicaux versés ultérieurement au dossier ne faisaient état d'aucun fait nouveau susceptible de remettre en cause les conclusions des experts. L'OAI a retenu que l'activité habituelle d'agent d'intendance n'était plus entièrement compatible avec les limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte à la santé. En revanche, l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps, sans diminution de rendement, demeurait raisonnablement exigible depuis septembre 2020. Après comparaison entre les revenus avec et sans invalidité, il a fixé le taux d'invalidité à 4.19% puis à 13.77% dès le 1^{er} janvier 2024 compte tenu de la nouvelle réglementation en vigueur dès cette date, taux insuffisants pour prétendre à une rente d'invalidité.

C. Par acte du 21 mai 2025, A. _____, toujours représenté par Me Charles Guerry, interjette recours contre la décision du 14 avril 2025 devant la 1^e Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), puis nouvelle décision.

Le recourant soutient en substance que les rapports médicaux établis postérieurement à la réalisation de l'expertise pluridisciplinaire attesteraient d'une péjoration significative de son état de santé, tant sur le plan psychique que somatique, survenue au cours des deux années séparant les examens effectués par les experts en février et mars 2023 de la décision attaquée. Dans ces circonstances, il appartenait, selon lui, à l'OAI, en application du principe inquisitorial, de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale.

Le 6 juin 2025, le recourant s'acquitte de l'avance de frais de CHF 800.-.

Dans ses observations du 12 juin 2025, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision.

Par courrier spontané du 25 juin 2025, le recourant modifie ses conclusions et conclut désormais, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et, principalement, à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2020, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), puis nouvelle décision. A l'appui de son écriture, il produit deux rapports médicaux complémentaires établis les 8 mai et 3 juin 2025 et soutient qu'il présente un degré d'invalidité de 90.41% jusqu'au 31 décembre 2023 et de 92.33% à partir du 1^{er} janvier 2024.

Le 1^{er} juillet 2025, l'OAI maintient ses conclusions formulées dans ses observations.

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

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

en droit

1.

Le recours, interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a 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) – et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, est recevable.

2.

2.1. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363).

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 148 V 21 consid. 5.3; 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système linéaire des rentes, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b) énoncent que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. La quotité de la rente reste également inchangée après une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA si l'application de l'art. 28b LAI se traduit par une baisse de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité ou par une augmentation de la rente en cas de réduction. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire, valable dès le 1^{er} janvier 2022, état au 1^{er} janvier 2025 (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après: OFAS) précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1^{er} janvier 2022. Il en résulte que, si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1^{er} janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1^{er} janvier 2022).

Au vu de ce qui précède, les modifications législatives légales issues du développement continu de l'AI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En effet, la décision litigieuse du 14 avril 2025 fait suite à une demande de prestations déposée le 13 octobre 2020. L'incapacité de travail alléguée est antérieure au 31 décembre 2021 et l'éventuel droit à une rente pourrait, le cas échéant, prendre naissance avant le 1^{er} janvier 2022 (cf. art. 29 al. 1 LAI).

2.2. L'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, prévoit en outre que si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1^{bis}, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique (al. 3). Depuis le 1^{er} janvier 2024, cette disposition a la teneur suivante (modification du 18 octobre 2023 du RAI [RO 2023 635]): une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

A cet égard toutefois, dans un arrêt récent (ATF 150 V 410 consid. 10.6; voir ég. arrêt TF 9C_111/2025 du 29 avril 2025 consid. 4.1), le Tribunal fédéral a considéré que la déduction du salaire statistique, telle que prévue de manière exhaustive par l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, introduite début 2022 et en vigueur jusqu'à fin 2023, est contraire au droit fédéral. Il a jugé que dans la mesure où, après la prise en compte des instruments de correction réglementaires, les circonstances du cas d'espèce justifient une correction plus élevée, il convient de recourir en complément aux principes jurisprudentiels appliqués jusqu'à présent concernant la déduction sur le salaire statistique (taux d'abattement jusqu'à 25% au maximum).

Dans sa lettre circulaire AI n° 432 du 9 novembre 2023, l'OFAS précise que tous les droits à la rente prenant naissance avant le 1^{er} janvier 2024 sont régis par les dispositions du RAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023. Si le droit à la rente subsiste au-delà du 31 décembre 2023, les dispositions du RAI dans sa version en vigueur au 1^{er} janvier 2024 sont applicables à partir de cette date. L'augmentation de la rente prend alors effet au 1^{er} janvier 2024.

3.

3.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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).

3.2. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

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 (art. 28 al. 2 LAI).

3.3. 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées).

3.3.1. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également 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). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 215 consid. 5; 143 V 418 consid. 6 et 7; 141 V 281 et les références citées). 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).

3.3.2. Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation implique, d'une part, l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, en tenant compte notamment des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec des traitements entrepris, d'une éventuelle participation ou résistance à des mesures de réadaptation ainsi que de l'impact de comorbidités physiques ou psychiques sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Elle comprend également une analyse de la personnalité de l'assuré, qui requiert une motivation renforcée, ainsi qu'une évaluation du contexte social. Sur ce point, seules les contraintes sociales ayant un effet direct sur les capacités fonctionnelles peuvent être prises en compte, alors que les ressources mobilisables issues de l'environnement – notamment le soutien du réseau social – doivent être intégrées dans l'analyse (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

3.3.3. En outre, la grille d'évaluation exige un examen de la cohérence entre, d'une part, le degré de gravité fonctionnel et, d'autre part, les répercussions de l'atteinte sur les différents domaines de la vie ainsi que sur le traitement suivi. Il convient en particulier de vérifier si l'atteinte se manifeste

de manière similaire dans l'activité professionnelle (ou, pour les personnes sans activité lucrative, dans l'accomplissement des tâches habituelles) et dans la vie quotidienne, ainsi que de prendre en considération le niveau d'activité sociale avant et après la survenance de l'atteinte. L'examen porte aussi sur la manière dont l'assuré met à profit ou néglige les traitements recommandés, étant précisé que l'absence d'adhésion thérapeutique ne peut être retenue contre lui lorsqu'elle résulte d'une incapacité inhérente à la maladie. Il en va de même pour le comportement adopté dans le cadre de démarches de réadaptation. Dans ce contexte également, un comportement incohérent constitue un indice que les limitations alléguées pourraient s'expliquer par des facteurs étrangers à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

3.4. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la *méthode générale* de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références).

Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, 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).

3.5. Le juge des assurances sociales 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, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2; arrêt TF 9C_346/2023 du 16 août 2023 consid. 2.2). 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; arrêt TF 8C_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 3.3).

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).

3.6. 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).

3.7. 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 citées). 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 distincte de celle exprimée par les experts. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (arrêt TF 8C_170/2025 au 30 janvier 2026 consid. 3.2.2 et les références citées).

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).

Par ailleurs, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). La Haute Cour rappelle en effet qu'en cas de litige, les constatations des médecins traitants doivent être appréciées avec retenue, leur mission étant avant tout thérapeutique et non expertale, de sorte que leurs évaluations ne visent pas prioritairement à statuer de manière définitive sur le droit à des prestations d'assurance. En outre, en raison du lien de confiance qui les unit à leur patient, ils sont susceptibles, dans le doute, de favoriser celui-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références citées).

4.

En l'espèce, le litige concerne le droit à la rente, plus particulièrement la détermination du degré d'invalidité.

Dans la décision litigieuse, l'OAI, se fondant sur le rapport d'expertise du 26 avril 2023 et l'avis du SMR du 17 décembre 2024, a considéré que l'activité habituelle n'était plus entièrement adaptée, mais qu'une activité adaptée à plein temps restait exigible dès septembre 2020. En application de la méthode de comparaison des revenus, il a fixé le taux d'invalidité à 4.19% puis à 13.77% dès le 1^{er} janvier 2024 compte tenu de la nouvelle réglementation en vigueur dès cette date (cf. art. 26^{bis}

al. 3 RAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2024), taux insuffisants pour prétendre à une rente d'invalidité.

Le recourant ne remet pas en cause l'application de cette méthode. Il conteste en revanche le taux d'invalidité retenu par l'autorité intimée, estimant pouvoir bénéficier d'une rente entière, en faisant valoir une aggravation significative de son état de santé entre l'expertise et la décision litigieuse, au regard des rapports médicaux postérieurs.

4.1. A la suite des objections formulées le 17 juin 2022 par le recourant à l'encontre du premier projet de décision, l'OAI a mandaté une expertise auprès du centre d'expertise C. _____ SA, qui a été confiée aux Drs E. _____, spécialiste en médecine interne générale, F. _____, spécialiste en rhumatologie, G. _____, spécialiste en neurologie, et H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leurs conclusions interdisciplinaires mentionnées dans leur rapport du 26 avril 2023 (dossier AI, p. 513), les experts diagnostiquent des cervicalgies sur discopathie simple dans le cadre d'une maladie de Forestier (M54.2, M48.1), des lombalgies sur discopathie simple (M54.5), une aponévrosite plantaire gauche (M72.2), une douleur diffuse sans support anatomique, une neuropathie cubitale sous forme d'irritabilité (8C10.1) sans signe objectif de neuropathie franche, une neuropathie du nerf péronier latéral (8C11.3) sans parésie nette de la mobilité des orteils mais associée à une douleur locale, une obésité exogène (E66) et un status après lithiase rénale.

En raison de ces troubles, les experts considèrent qu'il existe des limitations fonctionnelles rhumatologiques, à savoir un port de charges limité à 10 kg, un port de charges répété inférieur à 5 kg, l'absence de port de charges en porte-à-faux du buste, l'alternance des positions assise et debout, un port de charges bilatéral à favoriser, ainsi que l'absence de travail au-dessus du plan horizontal avec les membres supérieurs. Sur le plan neurologique, les experts déconseillent en outre les mouvements répétitifs des membres supérieurs. Ils retiennent une capacité de travail de 100%, dans l'activité habituelle, sous réserve du respect des limitations fonctionnelles, à l'exception d'une incapacité totale de travail du 26 septembre 2020 au 10 octobre 2020, puis d'une incapacité partielle de 50% du 12 octobre 2020 au 16 septembre 2021. S'agissant de l'activité adaptée, la capacité de travail est également fixée à 100% depuis toujours, à la condition de respecter les limitations fonctionnelles précitées.

4.2. En préambule, il convient de relever que l'expertise pluridisciplinaire en cause satisfait, sur le plan formel, aux exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle a été établie par des spécialistes reconnus, intervenant chacun dans leur domaine de compétence et indépendants des parties. Les experts ont retracé le contexte médical du recourant en procédant à une synthèse des pièces médicales versées au dossier depuis 2020 (dossier AI, p. 544 ss). Ils ont également consigné les plaintes de l'expertisé et recueilli une anamnèse détaillée, couvrant notamment les aspects systématique, familial, professionnel et social (dossier AI, p. 517). Enfin, leur appréciation ne repose pas uniquement sur leurs constatations cliniques et la documentation médicale disponible, ils ont également requis des investigations complémentaires, à savoir des analyses de laboratoire, dont les résultats ont été intégrés à leur évaluation (dossier AI, p. 550 s.). C'est donc en pleine connaissance de la situation médicale mais également personnelle, familiale, professionnelle, économique et sociale de l'assuré, telle qu'elle se présentait à cette époque, que les spécialistes ont rendu leur rapport d'expertise.

4.3. Sous l'angle matériel et d'un point de vue rhumatologique, le Dr F. _____, spécialiste dans ce domaine, a tout d'abord retranscrit les indications fournies spontanément par l'assuré lors de

l'entretien, ainsi que ses réponses aux questions portant notamment sur les douleurs actuelles. Il a ensuite procédé à un examen clinique détaillé, dont il a consigné les résultats dans son rapport. A cette occasion, il relève que l'expertisé a manifesté une douleur à chaque zone examinée et qu'il présente des douleurs extrêmement diffuses touchant l'ensemble des articulations des membres inférieurs. L'expert mentionne par ailleurs que l'examen neurologique ne met pas en évidence de signes évocateurs d'une fibromyalgie.

Dans le cadre de l'examen de la cohérence et de la plausibilité, l'expert rhumatologue relève que les nombreuses investigations réalisées n'ont mis en évidence aucun signe de spondylarthropathie ni d'atteinte inflammatoire lombaire ou des articulations sacro-iliaques, de sorte qu'un tel diagnostic apparaît peu probable et que la symptomatologie ne répond pas aux critères internationaux. Les traitements proposés jusqu'à présent se sont révélés inefficaces malgré une bonne compliance de l'assuré. Il considère que l'intensité des douleurs rapportées paraît élevée au regard du traitement antalgique consommé. L'examen clinique aurait mis en évidence certaines discordances, des signes de Waddell ainsi qu'une tendance à l'exagération. Il n'existerait par ailleurs pas de comorbidité significative et le contexte psychosocial serait plutôt favorable. Enfin, l'expert rhumatologue estime que les limitations fonctionnelles apparaissent faibles, l'assuré exerçant une activité dans le domaine du nettoyage correspondant aux restrictions retenues par son médecin.

S'agissant de l'évaluation médico-assurantielle, il mentionne que le recourant "présente essentiellement des atteintes dégénératives pour lesquelles les traitements par biothérapie n'ont jamais amélioré la situation". Il ajoute que "ses ressources internes semblent présentes dans la mesure où il continue à travailler", tout en considérant que ses ressources externes le sont également (dossier AI, p. 521).

4.3.1. En ce qui concerne ce volet rhumatologique de l'expertise, la Cour relève tout d'abord que l'exclusion de la spondylarthrite ankylosante ainsi que d'une atteinte inflammatoire lombaire ou des articulations sacro-iliaques apparaît fondée. De telles atteintes avait certes initialement été suspectées, avant d'être écartées à la suite de diverses investigations (cf. not. rapports des 14 septembre 2020 et 20 septembre 2021 rédigés par le Dr I._____, médecin adjoint à J._____ et spécialiste en médecine physique et réadaptation, dossier AI, p. 2 s. et 249). L'IRM du 23 février 2022 n'a notamment mis en évidence aucun signe compatible avec une spondylarthrite (dossier AI, p. 344 s.), tandis que les analyses biologiques ont révélé l'absence du gène HLA-B27. Par ailleurs, les traitements par biothérapie (Benepali, Cosentyx, Rinvoq) se sont révélés inefficaces (cf. rapport du 7 août 2023 établi par le Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation). Dans ces conditions, l'hypothèse d'une spondylarthrite est progressivement devenue incertaine, la Dre L._____, cheffe de clinique au D._____ et spécialiste en rhumatologie, évoquant tout au plus la possibilité d'une "spondyloarthrite axiale, périphérique et enthésistique fruste", soit une forme légère et encore hypothétique de la maladie (cf. rapport du 22 mars 2022, dossier AI, p. 354). Dans son rapport du 16 octobre 2024, le Dr M._____, chef du service de rhumatologie au D._____ et spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, confirme qu'il n'existait aucun argument en faveur d'une spondylarthrite (cf. dossier AI p. 671).

4.3.2. En revanche, la Cour constate que l'exclusion de la fibromyalgie est rapportée de manière succincte, l'expert ne développant pas les éléments cliniques ayant conduit à écarter un tel diagnostic. En particulier, il n'expose pas en quoi les critères diagnostiques habituellement retenus pour cette affection n'étaient pas remplis.

Or, il ressort du dossier que, dans un premier temps, le Dr I. _____ a effectivement exclu une fibromyalgie, mentionnant dans son rapport du 14 septembre 2020 que "les points de fibromyalgie [étaient] négatifs" (dossier AI, p. 2). Cela étant, dans ses rapports des 15 janvier et 28 mai 2024, postérieurs à la mise en œuvre de l'expertise, le Dr K. _____ retient comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail un syndrome douloureux chronique (dossier AI, pp. 636 et 656). De même, dans son rapport du 16 octobre 2024 rédigé à l'issue d'un séjour multimodal pour la douleur au sein du D. _____, le Dr M. _____ diagnostique un syndrome douloureux chronique ainsi qu'une hypersensibilité centrale et souligne que l'assuré remplissait les critères ACR 2010 pour la fibromyalgie avec un score WPI de 14 et un score SSS de 6, ainsi qu'un score FiRST de 5/6. Même si ce spécialiste ne mentionne pas explicitement la fibromyalgie dans les diagnostics figurant en première page de son rapport, il précise plus loin que le recourant remplit les critères de cette affection "avec des scores très élevés" et que celui-ci "est partiellement limité par les troubles dégénératifs du rachis, mais est sévèrement limité par la fibromyalgie et surtout pas la kinésiophobie et [l']hypervigilance" (dossier AI, pp. 671 s.).

Ces constatations tendent à indiquer que le tableau clinique présenté par le recourant est, à tout le moins depuis septembre 2024, compatible avec une fibromyalgie ou, à défaut, avec une composante nociplastique marquée, de nature à expliquer les douleurs diffuses qui n'ont pas pu être objectivées par les investigations somatiques menées au cours de la procédure. Il convient en outre de relever que l'expert rhumatologue lui-même a finalement retenu comme diagnostic une "douleur diffuse sans support anatomique", soit une description qui correspond précisément à l'une des manifestations typiques des tableaux fibromyalgiques ou des syndromes douloureux chroniques. Précisons encore ici que la fibromyalgie est généralement décrite comme une affection chronique dont l'évolution est fluctuante, la douleur étant diffuse et variable, exacerbée par l'effort mais présente aussi au repos (https://www.D._____.ch/fr/rhumatologie/rhu-home/patients-et-famille/maladies-traitees/fibromyalgie-et-syndromes-douloureux-chroniques [consulté le 26 mars 2026]). L'intensité des symptômes ainsi que leurs répercussions fonctionnelles peuvent dès lors varier dans le temps. Par conséquent, l'absence de signes cliniques caractéristiques lors d'un examen donné n'exclut pas nécessairement l'apparition ultérieure d'un tableau compatible avec une telle affection.

4.3.3. Par ailleurs, il sied de relever que le Dr K. _____ a considéré dans un rapport du 7 août 2023, soit environ trois mois après l'expertise, que l'ancienne profession n'était plus exigible et a retenu des limitations fonctionnelles plus sévères que celles fixées par les experts (dossier AI, p. 562). Il convient également de rappeler que l'OAI est parvenu à une conclusion similaire dans la décision litigieuse rendue deux ans après le rapport d'expertise, relevant que son "activité en tant qu'employé de maison n'[était] plus tout à fait adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de [son] atteinte à la santé". Les appréciations du Dr I. _____ ont également évolué au fil du temps, celui-ci ayant progressivement revu à la baisse la capacité de travail du recourant. Ainsi, en septembre 2021, il admettait encore une capacité de travail à 100%, dans une activité adaptée respectant des limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 5 et 10% selon les douleurs (cf. rapport du 20 septembre 2021, dossier AI, p. 249), avant de considérer en août 2024 que seule une activité adaptée de deux heures par jour avec diminution de rendement demeurerait exigible (cf. rapport du 28 août 2024, dossier AI, p. 663), puis de conclure à une inaptitude de durée indéterminée, compte tenu de l'échec des thérapies entreprises (cf. rapport du 27 novembre 2024, dossier AI, p. 691). Cette évolution progressive des avis médicaux laisse apparaître l'hypothèse d'une aggravation de l'état de santé du recourant intervenue postérieurement à l'expertise.

4.3.4. Par conséquent, ces éléments sont de nature à relativiser la valeur actuelle de l'appréciation de l'expert rhumatologue. Si son évaluation apparaît fondée au regard des éléments disponibles au moment de l'établissement de l'expertise, les appréciations médicales ultérieures font ressortir des éléments nouveaux ou insuffisamment explorés jusque-là, de nature à remettre en question les prémisses initiales, en particulier s'agissant de la possible présence d'un syndrome douloureux chronique ou d'une fibromyalgie. Or, cette problématique n'a pas été examinée de manière approfondie dans le rapport d'expertise initial et a été totalement éludée par le médecin-conseil du SMR dans son avis du 17 décembre 2024 qui se limite à extraire certaines phrases des rapports sans les apprécier dans leur ensemble (dossier AI, p. 704). Dans ces conditions, le dossier ne permet pas de statuer en connaissance de cause sur l'évolution déterminante de l'état de santé du recourant.

Partant, il incombait à l'OAI de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'investigations médicales appropriées, dès lors que les éléments médicaux nouvellement apparus et l'évaluation de l'incapacité de travail médicalement attestée faisaient naître un doute quant à l'état de santé déterminant.

4.4. Sous l'angle de la médecine interne générale, le Dr E. _____ a retranscrit, à l'instar de l'expert rhumatologue, les indications fournies par l'assuré lors de l'entretien, avant de procéder à un examen clinique détaillé dont il a consigné les résultats dans son rapport. Il diagnostique une obésité exogène (E66) et un status après lithiase rénale, affections qui n'ont toutefois aucune incidence sur la capacité de travail. Il relève par ailleurs que l'intéressé se montrait légèrement démonstratif, sans toutefois mettre en évidence d'exagération des symptômes.

Sous l'angle neurologique, le Dr G. _____ diagnostique une neuropathie cubitale sous forme d'une irritabilité, 8C10.1, sans signe objectif pour une neuropathie franche et une neuropathie du nerf péronier latéral, 8C11.3, sans parésie nette de la mobilité des orteils, mais associée à une douleur locale. Il estime en outre que "les douleurs sur la face externe des coudes sont compatibles avec une épicondylite". Il considère que l'assuré disposait de "bonnes ressources" dans la mesure où il continuait à travailler à plein temps malgré l'affection rhumatismale dont il souffre, précisant toutefois que son activité avait été adaptée par l'employeur afin d'éviter le port de charges et le travail en hauteur. Partant, les irritations nerveuses précitées ne constituent selon lui pas un facteur limitant. D'un point de vue neurologique, il retient ainsi l'absence de limitation fonctionnelle, tout en déconseillant les mouvements répétitifs des membres supérieurs.

Ces diagnostics sont concordants avec les constatations des médecins consultés (cf. rapport du 1^{er} septembre 2022 rédigé par le Dr N. _____, spécialiste en neurologie, dossier AI, p. 460 et rapport du 26 septembre 2022 rédigé par le Dr O. _____, spécialiste en neurologie, dossier AI, p. 450) ainsi qu'avec les résultats de l'examen électrophysiologique du 14 novembre 2023, lequel n'a mis en évidence aucune atteinte significative des nerfs périphériques (cf. rapport du 14 novembre 2023 établi par la Dre P. _____, spécialiste en neurologie, dossier AI, p. 610).

Dans ces conditions, les volets de l'expertise consacrés à la médecine interne et à la neurologie apparaissent ainsi probants, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté en l'espèce. Certes, l'expert neurologue relève que l'assuré continuait à travailler à plein temps, ce qui l'amène à considérer qu'il disposait de bonnes ressources. Cet élément ne revêt toutefois pas une portée déterminante dans son analyse, laquelle repose avant tout sur l'absence de déficit neurologique objectivable, les neuropathies décrites se limitant à une irritabilité nerveuse sans parésie ni troubles sensitifs.

4.5. Toujours sous l'angle matériel, mais cette fois-ci, sur le plan psychique, le Dr H. _____, expert psychiatre, admet que l'assuré a présenté par le passé un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, dont l'évolution est favorable, l'état clinique s'étant depuis amélioré. Il ne subsisterait que des symptômes résiduels discrets, à savoir une baisse d'intérêt et des ruminations anxieuses, parfois accompagnées de manifestations somatiques telles que des oppressions thoraciques. Ce trouble n'étant plus d'actualité, l'expert ne retient aucun diagnostic psychiatrique actuel et exclut l'existence d'un trouble significatif, notamment dépressif, anxieux, somatoforme, bipolaire ou de la personnalité. Il relève en outre l'absence de fatigabilité, de troubles cognitifs, d'incohérence clinique ou d'exagération des symptômes, les manifestations anxieuses décrites n'étant pas d'intensité suffisante pour caractériser un trouble psychiatrique. Il écarte également l'hypothèse d'un trouble somatoforme, faute d'indices en ce sens (aucune exagération des plaintes, aucun refus de reconnaître les conclusions médicales rassurantes, aucune recherche de bénéfices secondaires ou de sollicitation accrue de l'entourage). L'expert observe encore que l'assuré ne suit plus le traitement antidépresseur prescrit, lequel pourrait néanmoins être bénéfique, et estime qu'un soutien psychothérapeutique serait indiqué à titre préventif. Dans ces conditions, il reconnaît une capacité entière depuis toujours, tant dans l'activité exercée jusqu'ici que dans une activité adaptée.

4.5.1. La Cour s'étonne du fait que l'expert psychiatre motive l'absence d'un trouble somatoforme notamment par l'absence d'exagération des douleurs (dossier AI, p. 540), alors que l'expert rhumatologue relève, quant à lui, des signes de Waddell ainsi qu'une tendance à l'exagération (dossier AI, p. 520), ce qui est également retenu dans l'évaluation consensuelle (dossier AI, p. 512). De même, l'absence de fatigue et de fatigabilité mentionné par l'expert psychiatre n'est corroborée ni par les déclarations de l'assuré lors de l'entretien, celui-ci ayant indiqué rentrer chez lui épuisé après le travail (dossier AI, p. 538), ni par les constatations des médecins consultés (cf. rapport du 20 septembre 2021 du Dr I. _____, dossier AI, p. 251) ou de l'organisme chargé d'effectuer une analyse ergonomique du poste de travail (cf. rapport d'intervention de Q. _____ Sàrl du 14 décembre 2020, dossier AI, p. 122).

4.5.2. A l'exception de ces incohérences, l'appréciation de l'expert psychiatre peut être suivie. Au moment de la mise en œuvre de l'expertise, aucun suivi psychiatrique n'avait été signalé à l'OAI, ni aucune incapacité de travail n'avait été attestée pour des motifs psychiatriques. Ce n'est qu'à partir du 31 octobre 2023, soit quelques jours après la fin de son contrat de travail, que le recourant s'est rendu à trois séances auprès d'un psychologue, sans qu'un suivi régulier n'ait été ultérieurement mis en place (cf. rapport du 20 décembre 2023 de R. _____, psychologue-psychothérapeute, dossier AI, p. 594). Dans un rapport du 30 avril 2024 (dossier AI, p. 647), visant à valider la participation au programme de prise en charge rééducative interdisciplinaire au sein du programme de restauration fonctionnelle du rachis, le Dr K. _____, en collaboration avec deux psychologues, pose des hypothèses de diagnostic à savoir un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) versus épisode dépressif moyen (F32.1) et trouble panique (F41.0) et précise qu'une médication par antidépresseur et anxiolytique a été introduite courant octobre 2023. Dans son rapport du 11 novembre 2024 (dossier AI, p. 683), dans le cadre de l'hospitalisation en rhumatologie pour un traitement multimodal de la douleur au sein du D. _____, le Dr S. _____, chef de clinique, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, diagnostique un épisode dépressif sévère (F32.2), précisant que le recourant a rapporté que le licenciement et les difficultés financières qui en découlent sont les éléments déclencheurs de son état dépressif. En outre, il mentionne que l'intéressé a arrêté le suivi psychologique dès le mois de mai 2024 et que, "en raison de la brièveté

de [son] observation, l'évaluation psychiatrique [était] limitée". Force est de constater que ces éléments semblent insuffisants pour retenir un diagnostic d'épisode dépressif car, comme le relève le médecin-conseil du SMR dans son avis du 17 décembre 2024 (dossier AI, p. 703), le critère de gravité sévère n'est pas documenté et les troubles sont reliés à des circonstances extra-médicales, à savoir le licenciement et les difficultés financières. Il n'en demeure pas moins que la problématique devra être examinée dans le cadre d'investigations complémentaires, dans la mesure où la présence d'une fibromyalgie, respectivement d'un trouble somatoforme, mise en évidence par les rapports médicaux ultérieurs à l'expertise, nécessite une analyse tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique.

4.6. Il s'ensuit que, au regard des éléments médicaux apparus postérieurement et portés à sa connaissance, l'OAI ne pouvait statuer sans procéder à un complément d'instruction. A cet égard, les appréciations des médecins traitants ne sauraient, à elles seules, se voir reconnaître une force probante suffisante pour trancher la question du droit aux prestations, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques, notamment en raison du lien de confiance inhérent à la relation thérapeutique.

Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique, portant spécifiquement sur la problématique douloureuse du recourant et son évolution depuis l'aggravation alléguée, dont la date devra être déterminée avec précision. Les mesures d'instruction à entreprendre devront en particulier permettre de déterminer si les éléments médicaux apparus ultérieurement attestent, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation postérieure, ou s'ils sont susceptibles de remettre en cause, de manière rétrospective, la valeur probante de l'expertise pour tout ou partie de la période examinée.

Dans ce cadre, il appartiendra également à l'OAI de tenir compte des rapports des 3 et 24 juin 2025 des Drs I. _____ et T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, produits en procédure de recours, lesquels font état d'éléments postérieurs à la décision litigieuse et ne peuvent, à ce titre, être pris en considération à ce stade.

Enfin, la Cour relève que l'incidence éventuelle de cette aggravation sur le droit aux prestations ne peut être prise en compte qu'à l'issue du délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 2 RAI.

5.

5.1. Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité intimée dans le sens des considérants.

5.2. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Compte tenu de l'admission du recours, ils sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais du même montant versée par le recourant lui est restituée.

5.3. Le renvoi pour instruction complémentaire valant gain de cause total, le recourant a droit à des dépens entiers (art. 61 let. g LPG; ATF 135 V 473). Son mandataire a produit sa liste de frais le 24 juin 2025, laquelle prévoit un montant total de CHF 2'979.35, à savoir CHF 2'616.65 au titre d'honoraires (10h28 à CHF 250.-), CHF 139.40 au titre de débours et CHF 223.30 au titre de la TVA à 8.1%. Celle-ci correspond aux exigences du tarif applicable (art. 8ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative [Tarif/JA; RSF 150.12]). Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée.

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision du 14 avril 2025 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg est annulée et la cause renvoyée à celui-ci pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

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

III. L'avance de frais versée par A. _____ à hauteur de CHF 800.- lui est restituée.

IV. L'indemnité de partie allouée à A. _____ est fixée à CHF 2'979.35, TVA à 8.1% par CHF 223.30 incluse. Elle est mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et versée directement à Me Charles Guerry.

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 1^{er} avril 2026/tac

La Présidente suppléante

La Greffière