



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

608 2024 113

Arrêt du 23 juin 2026

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente :	Daniela Kiener
Juges :	Johannes Frölicher, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur :	Michel Bays

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Karin Goy Blesi,
contre

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

et

B._____, **partie appelée en cause**, représenté par Me Nicolas
Charrière,

Objet

Assurance-invalidité – Rente limitée dans le temps

Recours du 6 août 2024 contre la décision du 14 juin 2024

considérant en fait

A. B._____, né en 1971, domicilié à C._____, marié et père d'un enfant, travaillait depuis le 1^{er} septembre 2001 en tant que monteur-installateur qualifié de machine à boissons pour le compte de D._____ SA, à plein temps. A ce titre, il était assuré au titre de la prévoyance professionnelle auprès de A._____ (ci-après: la fondation de prévoyance A._____).

Dans le courant de l'année 2020, à la suite d'une réorganisation initiée par l'employeur, l'assuré a fait l'objet d'un accompagnement par un nouveau supérieur hiérarchique lors de ses tournées. Victime d'une incapacité totale de travail à partir du 6 novembre 2020, en lien avec des difficultés avec son employeur, il a tenté une reprise partielle à partir du 22 février 2021; il a toutefois de nouveau été totalement arrêté à partir du 24 mai 2021, dans le contexte de la résiliation des rapports de travail par l'employeur, confirmée par courrier du 25 mai 2021.

En date du 27 janvier 2021, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), en invoquant souffrir d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), d'épuisement, de dépression ainsi que de problèmes aux genoux et au dos (scoliose). Dans la foulée, l'OAI a récolté les avis des médecins traitants.

Parallèlement, le cas a été pris en charge par l'assurance perte de gain maladie de l'employeur (E._____), laquelle a demandé à l'assuré de se soumettre à un examen auprès du Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 5 août 2021, ce dernier a conclu à un trouble dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, induisant une incapacité totale de travail.

Sur recommandation du Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie œuvrant au sein du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), l'OAI a mandaté le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour effectuer une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 7 octobre 2022, ledit expert a retenu en substance que l'assuré avait été complètement incapable de travailler du 1^{er} mai 2021 au 30 juin 2022, puis à 50% du 1^{er} juillet au 31 août 2022 et qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} septembre 2022.

Par projet de décision du 26 octobre 2022, l'OAI a annoncé qu'il envisageait l'octroi d'une rente entière, entre le 1^{er} novembre 2021 (soit au terme d'un délai d'attente d'un an) et le 30 septembre 2022 (soit à la fin de l'incapacité de travail). L'assuré a émis des objections à cet égard, en contestant en substance le fait que son état de santé se soit amélioré à partir de juillet 2022, en invoquant notamment l'échec, après quelques jours, d'une reprise d'activité et un rapport de son psychiatre traitant.

Par la suite, des rapports ont été établis par le psychiatre traitant, lequel a en outre remis un rapport d'évaluation neuropsychologique. Ces documents ont été soumis au même psychiatre SMR, lequel a confirmé la prévalence de l'expertise du Dr H._____.

Par décision du 14 juin 2024, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière pour la période du 1^{er} novembre 2021 au 30 novembre 2022. Il a retenu, en substance, que la capacité de travail de ce dernier était nulle entre le 1^{er} mai 2021 et le 30 juin 2022, puis de 50% dans l'activité habituelle à

compter du 1^{er} juillet 2022, et enfin totale depuis le 1^{er} septembre 2022. Le droit à la rente a dès lors été nié à partir du 1^{er} décembre 2022 (soit 3 mois après l'amélioration de la capacité de travail).

B. Contre cette décision, la fondation de prévoyance A. _____, représentée par Karin Goy Blesi, interjette recours en allemand devant le Tribunal cantonal le 6 août 2024. Elle conclut, avec suite de frais et dépens, à ce qu'aucune rente ne soit accordée à l'assuré. A l'appui de son recours, elle invoque que l'OAI n'a pas tenu compte des objections formulées dans le cadre du projet de décision et qu'il a dès lors manqué à son devoir d'instruire le dossier. Elle fait notamment valoir le fait que l'incapacité de travail ne relève pas de l'assurance-invalidité, dès lors qu'elle découle des difficultés survenues sur le lieu de travail et en particulier de la résiliation des rapports de travail. Elle conteste en outre l'évaluation de la capacité de travail effectuée par l'expert H. _____, en relevant que ce dernier avait attesté une incapacité totale durant le mois de mai 2021, ce qui ne correspond pas aux attestations des médecins traitants. Elle invoque par ailleurs le fait que le début et la fin du droit à la rente ont été fixés de manière erronée par l'OAI. Finalement, elle allègue que l'assuré a visiblement été en mesure de rénover sa maison durant son incapacité de travail et estime que des investigations complémentaires se justifieraient à cet égard.

Le 13 août 2024, la recourante s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

Dans ses observations du 21 octobre 2024, l'OAI conclut au rejet du recours. Après un rappel de la procédure qui a conduit à la décision querellée, en particulier sur le plan médical, il estime s'être, à raison, fondé sur l'avis du psychiatre SMR, lequel a confirmé, à deux reprises, la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr H. _____. S'agissant de la prise en compte des objections de la recourante, l'OAI estime que, même si la décision litigieuse n'en fait pas mention, elles ont néanmoins été dûment traitées, dans le respect du droit d'être entendu. Il en veut notamment pour preuve le fait qu'elles ont "*fait l'objet d'un développement détaillé*" par le médecin SMR. Concernant enfin les éventuels travaux de rénovation, l'OAI a considéré que cet élément, fût-il avéré, ne justifiait pas de revenir sur les conclusions de l'expert psychiatre et du médecin SMR.

Appelé en cause, B. _____ (ci-après: l'assuré) a requis, le 18 août 2025 par l'intermédiaire de Me Nicolas Charrière, avocat à Fribourg, une prolongation de délai pour se déterminer ainsi que le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (ci-après: AJT). Le 29 septembre 2025, il a demandé une traduction en français du mémoire de recours, laquelle a été produite le 28 octobre suivant par la recourante. L'assuré s'est ensuite déterminé le 11 mai 2026: tout en admettant que la décompensation et les troubles dépressifs qui s'en sont suivis ont été déclenchés dans un contexte professionnel, il ajoute que ces atteintes ont entraîné des conséquences néfastes sur l'ensemble de son cadre de vie. Il renvoie à cet égard aux constats de l'expert H. _____, lequel confirme également que son incapacité de travail a duré jusqu'à la fin août 2022. Dans ce contexte, l'assuré relève que la brève tentative de reprise du travail, en mai 2021, ne saurait remettre en question l'évaluation précitée de la capacité de travail. De même, le fait qu'il aurait été vu sans masque de protection en mars 2021 n'a selon lui aucun rapport avec le présent litige. S'agissant encore des travaux de rénovation dans sa maison, l'assuré précise qu'ils ont été confiés à un bureau d'architectes et aux différents corps de métiers compétents, de sorte qu'il n'est lui-même intervenu que ponctuellement pour de petites tâches. Il se rallie pour le surplus à la position de l'OAI, en particulier s'agissant du respect par ce dernier du droit d'être entendu de la recourante. En définitive, il conclut au rejet du recours et à l'octroi d'une indemnité de partie.

Par courrier du 28 mai 2026, il a en outre complété sa requête d'AJT et établi sa situation financière, pièces à l'appui.

Aucun autre échange d'écritures n'est intervenu entre les parties.

Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par ces dernières à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

en droit

1.

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante est en outre directement atteinte par la décision querellée, qui lui a été notifiée en tant que caisse de prévoyance professionnelle de l'assuré et qui, partant, la lie. Elle a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable

2.

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) 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 des rentes linéaire, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) 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. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales 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).

Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 ne sont ici pas applicables, dans la mesure où le droit à la rente – tel qu'il a été reconnu par la décision attaquée – a débuté avant cette date, soit le 1^{er} novembre 2021.

3.

3.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, 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).

3.2. Les atteintes à la santé psychique 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).

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 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

3.3. 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à 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. Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

3.4. Lorsqu'un litige s'inscrit dans le cadre de l'octroi d'une rente limitée dans le temps, l'art. 17 LPGA s'applique par analogie (arrêt TF 9C_647/2017 du 12 janvier 2018 consid. 3). Selon le premier alinéa de cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 soit à craindre.

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 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). 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 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 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.

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant justifie l'octroi d'une rente entière pour une durée limitée, entre le 1^{er} novembre 2021 et le 30 novembre 2022, comme l'OAI l'a retenu.

5.1. Par un premier argument, la recourante critique le fait que l'autorité intimée n'ait pas tenu compte des objections qu'elle a déposées à l'encontre du projet de décision et datées du 27 février 2023.

Dans ses observations au recours, l'OAI concède que sa décision ne fait pas mention des objections de la recourante, mais ajoute que celles-ci n'en ont pas moins été dûment prises en compte et que le droit d'être entendu de la recourante a été respecté.

5.2. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, Cst.; RS 101), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond.

La jurisprudence a notamment déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3; 142 III 48 consid. 4.1.1; 141 V 557 consid. 3; 135 I 279 consid. 2.3; arrêt TAF A-8271/2015 du 29 août 2016 consid. 3.1.2). Le droit d'être entendu impose en outre à l'autorité de motiver clairement sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; 133 III 439 consid. 3.3; arrêts TF 4A_408/2010 du 7 octobre 2010 consid. 2.1; TAF A-5228/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.1).

Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

5.3. Amenée à statuer, la Cour de céans constate que la décision litigieuse ne fait effectivement pas allusion aux objections formulées par la recourante, mais qu'elle se prononce en revanche sur celles de l'assuré. Par ailleurs, la Cour constate, avec étonnement, que le courrier d'objections de la recourante daté du 27 février 2023 ne figure pas au dossier constitué par l'OAI. Il y est toutefois fait allusion dans une demande d'avis médical au SMR (dossier AI p. 523): *"La Caisse de pension se questionne quant à la valeur probante de l'expertise dans son objection. Nous sollicitons le SMR afin qu'il se penche sur la question"*.

Vu ce qui précède, il existe un doute légitime sur le fait de savoir si l'autorité intimée avait à sa disposition les objections de la recourante au projet de décision, respectivement si ces dernières lui étaient bien parvenues.

En tout état de cause, il convient d'admettre que la violation du droit d'être entendu a pu être guérie dans le cadre de la présente procédure. Cette solution s'impose également pour des motifs d'économie de procédure, dès lors qu'un renvoi à l'autorité intimée pour réparer ce vice aboutirait manifestement à une décision identique, si l'on se fie au contenu des déterminations des parties.

6.

Sur le fond, la recourante conteste l'évaluation de la capacité de travail effectuée par l'OAI, ce qui justifie de se référer en premier lieu au dossier médical.

6.1. Dans un rapport du 27 avril 2021 (dossier AI p. 337), le Dr I._____, psychiatre traitant, rappelle qu'il s'agit d'un *"patient suivi régulièrement depuis décembre 2020 dans un contexte d'épuisement professionnel et de surmenage accompagné d'un épisode dépressif d'intensité grave, sans idéation suicidaire mais nécessitant un arrêt de travail et la mise en place d'un suivi psychiatrique rapproché ainsi que d'un traitement psychotrope adapté"*. Il note qu'une amélioration progressive a été possible moyennant un traitement antidépresseur et prise en soins adaptée, avec reprise d'activité professionnelle à temps partiel (60%) au 22 février 2021. Il relève plus loin: *"Il persiste une fatigabilité et une réactivité au stress qui nécessite une réintroduction en milieu professionnel progressive. Cette reprise progressive permet une remise en confiance, une gestion différente de son temps de travail et de son organisation, notamment la gestion de ses tâches administratives"*. Une incapacité à 40% est attestée jusqu'au 2 mai 2021 et une reprise à plein temps est envisagée par la suite.

Dans un rapport du 27 juillet 2021 (dossier AI p. 328), ce même Dr I._____ précise qu'une reprise à plein temps a bien eu lieu dès le 3 mai 2021, mais que c'est à ce moment-là *"qu'il a appris son licenciement sans autre élément d'information ni de cadre précisé écrit ni signé. Ce contexte est à l'origine d'une aggravation de son état de santé psychique, d'une incompréhension et de ruminations anxieuses conséquentes et polluantes qui ont nécessité une augmentation importante de son traitement antidépresseur et un accompagnement par un cabinet d'avocats"*.

Le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport d'expertise daté du 8 août 2021, à la demande de l'assurance perte de gain maladie (dossier AI p. 323). En préambule, ce dernier fait référence au rapport du psychiatre traitant du 27 avril précédent. Il note que *"dans ce rapport, le psychiatre pose le diagnostic F32.2 - épisode dépressif sévère chez un assuré suivi depuis décembre 2020 dans un contexte d'épuisement professionnel et de surmenage. Le psychiatre mentionne une amélioration progressive sous traitement psychotrope ciblé par Mirtazapine (Remeron®) 30mg/j. Une proposition de réintroduction progressive dans un milieu"*

professionnel est faite, avec un pronostic plutôt bon avec probablement une reprise d'activité professionnelle à 100% à terme. Une reprise de travail à 60% a été effectuée avec une IT à 40% jusqu'au 02.02.2021 pour une reprise de travail à 100% à compter du 03.05.2021. Le psychiatre ne recommande pas une réorientation professionnelle ([l'assuré] aime beaucoup son travail...) mais décrit un assuré parfois vite et rapidement submergé par le développement et la nécessité de ses obligations administratives, qui lui ont très clairement fait perdre pied". Après un rappel de l'anamnèse et une description des plaintes de l'expertisé, l'expert procède à l'examen clinique pour aboutir à la conclusion que " *les troubles rapportés par l'assuré corroborent l'examen clinique et les descriptions du psychiatre traitant. Le discours de l'assuré est cohérent, informatif, argumentatif, ne laissant pas l'impression d'une exagération ou simulation*". L'expert confirme ainsi le diagnostic de trouble dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2).

Dans un rapport du 25 février 2022 (dossier AI p. 643), en réponse à une demande d'informations du Dr G._____, psychiatre au sein du SMR, le Dr I._____ relève que l'assuré "a appris qu'il était licencié par son entreprise dans les suites d'un arrêt de travail de sa part et d'une reprise progressive à temps partiel, avec une annonce établie de reprise à temps complet. Le licenciement, après contestation de sa part avec l'aide d'un avocat, a été effectif officiellement au 31 octobre 2021. Cette situation a été très difficile à vivre pour [l'assuré] qui de fait a souffert d'un épisode dépressif réactionnel et d'un épuisement personnel, empêchant ce jour une reprise d'activité professionnelle et une inscription au chômage, trop précoce".

C'est dans ce contexte que l'avis d'un expert a été requis par l'OAI. Dans son rapport du 7 octobre 2022 (dossier AI p. 431), le Dr H._____ rappelle le contexte de l'expertise, procède à une synthèse du dossier, puis relate le contenu de son entretien avec l'expertisé et expose ses constats cliniques, avant de poser ces diagnostics: personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31), compensée au moment de l'entretien, mais qui a pu être décompensée en 2021 quand il a eu des problèmes dans son travail, ce qui a certainement provoqué un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Il retient également la présence de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique (F10.26) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation épisodique (F12.26).

A l'évaluation, l'expert rappelle tout d'abord le contexte particulier durant l'enfance, notamment la perte successive des deux parents, puis le placement en famille d'accueil. "Bien que cet expertisé présente des tendances abandonniques liées à son trouble de la personnalité borderline, il a pu fonctionner sans aucune difficulté, ce qui montre ses ressources psychologiques, ainsi que ses mécanismes adaptatifs. Cette personnalité a été certainement décompensée après la séparation d'avec sa femme avec un premier épisode dépressif, soigné par un psychiatre, vraisemblablement sans médicaments psychotropes, puis de nouveau une décompensation en 2021 à la faveur d'un conflit au travail, avec le développement d'un épisode dépressif qui a été sévère, selon son psychiatre traitant, qui a été reconnu en tant que tel par les deux experts psychiatres mandatés par E._____, dont les symptômes sont en rémission actuellement". L'expert fait également mention d'une autre expertise, réalisée en avril 2022 par la Dre J._____, spécialiste en médecine interne, droits acquis en psychiatrie, à la demande de l'assurance perte de gain maladie (dossier AI p. 457). Cette expertise ne figure pas au dossier de l'OAI. Selon le compte-rendu qu'en fait le Dr H._____, cette experte aboutit à des conclusions similaires aux siennes, avec notamment un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle (F33.4) et de difficultés en rapport avec le travail (Z56). "La capacité de travail de

l'expertisé est nulle dans tous les postes de travail, même adaptés, du 01.05.2021 au 30.06.2022. Du 01.07.2022 au 31.08.2022, l'état de santé de l'expertisé lui permettra de reprendre une activité à 50% dans n'importe quel poste de travail adapté à ses compétences. Dès le 01.09.2022, sa capacité de travail sera totale, tant horaire et rendement dans n'importe quel poste de travail adapté à ses compétences. Toutefois, en fonction de sa vulnérabilité «d'enfant placé », il est indispensable d'accorder à l'expertisé une certaine tolérance si la progression de reprise de travail n'arrive pas à se faire à ce rythme. Il se peut qu'il ait besoin de 1 ou 2 mois de plus pour parvenir à une reprise de travail à 100%". Indiquant rejoindre l'avis de l'experte J. _____, le Dr H. _____ conclut à une incapacité totale de travail du 1^{er} mai 2021 au 30 juin 2022, puis à une capacité de 50% du 1^{er} juillet 2022 au 31 août 2022 et enfin à une capacité totale dès le 1^{er} septembre 2022.

6.2. A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans constate que la situation médicale de l'assuré a été dûment examinée par l'autorité intimée. Celle-ci a notamment fait procéder à une expertise psychiatrique, dont les conclusions sont cohérentes et convaincantes. Le rapport établi par le Dr H. _____ remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. L'expertise a été réalisée par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies (entretien d'une durée de 1h12) et d'investigations complètes ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et en tenant compte de l'anamnèse et des plaintes exprimées par l'assuré. En outre, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont dûment motivées.

Cette expertise emporte largement la conviction de la Cour. Celle-ci relève tout d'abord que les avis des autres médecins consultés concordent avec celui de l'expert H. _____: comme lui, le psychiatre traitant, le psychiatre SMR et les experts mandatés par l'assurance perte de gain maladie confirment la présence de troubles psychiques influençant la capacité de travail de l'assuré, à tout le moins durant la période litigieuse (2021-2022). Il sied ensuite de remarquer, avec étonnement, que la recourante ne fournit aucun document médical susceptible de remettre en question ces avis concordants.

6.3. La recourante reproche principalement au Dr H. _____ d'avoir attesté une incapacité totale à partir du 1^{er} mai 2021 alors que, selon le psychiatre traitant, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail entre le 3 mai et le 23 mai 2021, période durant laquelle celui-ci a effectivement travaillé; elle relève également que, durant les mois qui ont précédé dite reprise, l'incapacité de travail n'a été que partielle. Elle remet par conséquent en question la fixation du début et de la fin de l'invalidité.

Sur la base des rapports et certificats établis par le Dr I. _____ (dossier AI p. 354 ss et p. 377 ss), il s'avère que la capacité de travail de l'assuré a évolué comme suit: incapacité totale entre le 6 novembre 2020 et le 21 février 2021, incapacité à 60% du 22 février au 14 mars 2021, incapacité à 50% du 15 mars au 18 avril 2021, incapacité à 40% du 19 avril au 2 mai 2021, puis à nouveau incapacité totale dès le 24 mai 2021, dans le contexte de son licenciement par l'employeur.

A l'aune de ces éléments, le fait pour l'expert psychiatre d'attester une incapacité totale durant une période où l'assuré était considéré comme pleinement capable de travailler n'a aucune incidence sur son droit à la rente, ce que la recourante aurait dû savoir. Dans le cadre de l'examen de l'invalidité, cela n'a effectivement pas de conséquence particulière. Il convient en effet de lui rappeler que l'incapacité de travail déterminante a débuté en novembre 2020 et que, à l'exception d'une courte période entre le 3 mai et le 23 mai 2021, l'incapacité de travail présentée par l'assuré a oscillé entre 40% et 100%, entre novembre 2020 et octobre 2021.

De ce fait, la date exacte à laquelle l'incapacité totale de travail a repris en mai (1^{er} mai selon le Dr H._____ ou 24 mai selon le Dr I._____) ne modifie pas le constat selon lequel, sur la période allant de novembre 2020 à octobre 2021 - soit durant le délai d'attente déterminant - l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il était invalide à 40% au moins, conformément à l'art. 28 al. 1^{er} LAI (cf. supra consid. 3.3). Par ailleurs, l'amélioration n'était que temporaire.

On ne saurait donc reprocher à l'OAI d'avoir fixé le début du droit à la rente au 1^{er} novembre 2021.

Force est également de constater qu'au terme du temps d'attente précité, l'assuré a présenté une incapacité de travail totale jusqu'au 30 juin 2022, puis une incapacité de 50% jusqu'au 31 août 2022, avant de recouvrer une pleine capacité de travail. Dans ces conditions, et conformément au prescrit de l'art. 88a al. 1 RAI (cf. supra consid. 3.4), c'est à raison que l'OAI a fixé le terme du droit à la rente au 30 novembre 2022, trois mois après la fin de la reprise totale possible de sa capacité de travail (survenue le 1^{er} septembre 2022).

6.4. La recourante invoque par ailleurs divers arguments extra-médicaux pour justifier sa démarche.

6.4.1. Elle fait notamment valoir le fait que l'incapacité de travail ne relève pas de l'assurance-invalidité, dès lors qu'elle découle des difficultés survenues sur le lieu de travail et en particulier de la résiliation des rapports de travail.

Cet argument n'est manifestement pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de la décision de l'OAI. S'il est indéniable que l'incapacité de travail subie par l'assuré présente un lien étroit avec les rapports de travail, et en particulier un caractère réactionnel à la résiliation desdits rapports, il n'en demeure pas moins que l'atteinte a des racines anciennes; on en veut notamment pour preuve l'expertise réalisée en septembre 2001 (dossier AI p. 239) dans le cadre d'une précédente demande de prestations AI, dont il ressort que différents diagnostics avaient déjà été retenus, notamment un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25) et une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31). S'il est indéniable que l'invalidité ici litigieuse est intervenue dans le contexte des problèmes professionnels, elle s'inscrit néanmoins aussi, et surtout, dans le cadre de difficultés préexistantes, que la fin des rapports de travail est venue exacerber. Cela est notamment expliqué par le Dr H._____ dans son expertise (dossier AI p.461): *"Bien que cet expertisé présente des tendances abandonniques liées à son trouble de la personnalité borderline, il a pu fonctionner sans aucune difficulté, ce qui montre ses ressources psychologiques, ainsi que ses mécanismes adaptatifs. Cette personnalité a été certainement décompensée après la séparation d'avec sa femme avec un premier épisode dépressif, soigné par un psychiatre, vraisemblablement sans médicaments psychotropes, puis de nouveau une décompensation en 2021 à la faveur d'un conflit au travail, avec le développement d'un épisode dépressif qui a été sévère, selon son psychiatre traitant, qui a été reconnu en tant que tel par les deux experts psychiatres mandatés par E._____, dont les symptômes sont en rémission actuellement"*. Cela témoigne du fait que l'impact de l'atteinte a débordé bien au-delà du strict cadre professionnel, ce qui a d'ailleurs été corroboré par les autres spécialistes en psychiatrie consultés.

Il apparaît ainsi que l'argumentation de la recourante repose manifestement sur une incompréhension du système du droit à la rente d'invalidité, qui ne constitue pas une assurance causale; la Cour ne peut, à cet égard, que s'étonner d'un tel raisonnement.

6.4.2. Quant au fait que l'assuré aurait été en mesure de rénover sa maison durant son incapacité de travail, également allégué par la recourante, la Cour estime qu'il s'agit plus d'une hypothèse que d'un réel argument. Les documents produits par la recourante tendent certes à démontrer la réalisation de travaux d'ampleur lors de la période litigieuse. Cela étant, ces éléments ne permettent en aucun cas de prouver, ni même de rendre vraisemblable, le fait que l'assuré aurait participé de manière importante à leur exécution. Certains des documents produits tendent au contraire à accréditer la version de ce dernier, selon laquelle la majeure partie des travaux en question ont été exécutés par des entreprises, sous la supervision d'un architecte.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait reprocher à l'OAI de n'avoir pas instruit plus avant cet aspect, dans la mesure où ce dernier disposait d'un dossier suffisant, principalement sur le plan médical, pour statuer sur le cas de l'assuré, sans que des investigations complémentaires ne se justifient.

Dans ces conditions, la Cour ne peut ici également que s'étonner de l'argumentation développée par la fondation LPP dans le contexte d'une rente à durée limitée, fondée sur un dossier médical complet, cohérent et unanime, tous les médecins consultés convergeant quant à l'évaluation de l'atteinte et de ses conséquences. Il convient de rappeler à cet égard que l'octroi d'une rente d'invalidité repose sur des constatations médicales objectives, et non sur des appréciations subjectives émanant de personnes dénuées de compétences médicales, fondées sur l'observation ponctuelle de comportements isolés. Une telle démarche, consistant à substituer des impressions à l'analyse clinique rigoureuse, ne saurait manifestement être suivie.

En définitive, les arguments avancés par la recourante ne justifient pas de s'écarter des conclusions de l'OAI, fondées sur un examen attentif et approfondi du dossier.

7.

7.1. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a admis la demande de prestations et qu'elle lui a reconnu un droit à une rente pour la période allant du 1^{er} novembre 2021 au 30 novembre 2022.

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

7.2. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le 13 août 2024.

Vu l'issue du recours, la recourante n'a pas droit à des dépens.

En revanche, l'assuré, appelé en cause et représenté par une mandataire professionnelle, a droit à des dépens, dès lors qu'il a manifestement qualité de partie, au sens de l'art. 11 al. 1^{er} let. a du Code de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et qu'il a obtenu gain de cause, au sens de l'art. 137 al. 1 CPJA.

Dans la liste de frais déposée le 19 juin 2026, la mandataire de B._____ a calculé les photocopies à raison de CHF 0.50 par pièce. Or, selon l'art. 9 al. 2 du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12), elles doivent être facturées à CHF 0.40 par pièce. Par ailleurs, la facturation à forfait d'un certain nombre de correspondances (à hauteur de CHF 145.-) ne correspond pas aux exigences du tarif précité.

Aussi, l'indemnité à laquelle B._____ a droit est fixée à CHF 2'683.35 d'honoraires, correspondant à 10h44 à CHF 250.-/h, plus CHF 150.- de débours et CHF 229.50 de TVA à 8.1%, soit un total de CHF 3'062.85, versé au recourant et mis à la charge de la recourante.

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Des frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de frais versée par cette dernière.
- III. Il est alloué à B._____ une indemnité de partie fixée à CHF 2'683.35, plus CHF 150.- de débours et CHF 229.50 de TVA, soit un total de CHF 3'062.85 mis intégralement à la charge de la recourante.
- IV. Notification.

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

Fribourg, le 23 juin 2026/mba

La Présidente

Le Greffier-rapporteur