



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 2025 130

608 2025 131

Arrêt du 20 juillet 2026

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente : Daniela Kiener
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffière-rapporteure : Muriel Zingg

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Florian Girardoz, avocat
contre

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

Objet

Assurance-invalidité: rente, capacité de travail, appréciation des
rapports médicaux

Recours (608 2025 130) du 8 septembre 2025 contre la décision du
8 juillet 2025 et requête d'assistance judiciaire totale (608 2025 131)
déposée le même jour

considérant en fait

A. A._____, né en 1985, séparé et père d'un enfant, domicilié auparavant à B._____, actuellement à C._____, a travaillé en dernier lieu en qualité de responsable de vente à 100% auprès de D._____ AG. En incapacité de travail médicalement attestée depuis le 29 novembre 2022, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en date du 19 mai 2023 en raison d'une hernie discale lombaire L4-L5 ainsi que de douleurs dans le dos et la jambe.

Par décision du 8 juillet 2025, l'OAI a refusé de lui octroyer une rente d'invalidité. Il a retenu que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 29 novembre 2022 et qu'avant l'échéance du délai d'une année, soit dès le 1^{er} septembre 2023, une pleine capacité de travail dans toute activité, y compris dans son activité professionnelle habituelle, était médicalement exigible. Il a considéré que l'activité habituelle de l'assuré respectait les limitations fonctionnelles retenues par les médecins, lesquelles étaient les suivantes: pas de position statique prolongée, pas d'inclinaison répétée du buste, pas de port de charges lourdes, pas de travail en hauteur, sur une échelle, en pente ou sur un sol irrégulier.

B. Contre cette décision, A._____, représenté par Me Florian Girardoz, avocat, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 8 septembre 2025, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 19 novembre 2023 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. A l'appui de ses conclusions, il conteste tout d'abord le fait qu'il aurait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} septembre 2023. A cet égard, il relève que le rapport d'expertise du 26 février 2024, réalisée sur mandat de l'assurance perte de gain de son employeur, retient sans équivoque que sa capacité de travail est nulle tant dans son activité habituelle que dans une autre activité. Il souligne également que l'avis du Dr E._____, sur lequel se base l'autorité intimée, n'est pas aussi tranché. Il conteste en outre que son activité habituelle respecte les limitations fonctionnelles retenues, car elle implique des déplacements fréquents et prolongés en voiture, le port de charges lourdes pouvant aller jusqu'à plusieurs dizaines de kilos et une station prolongée en position assise ou debout. Enfin, il sollicite d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale (ci-après: AJT).

Dans ses observations du 16 septembre 2025, l'autorité intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée en se référant à la motivation de celle-ci et au dossier constitué. Concernant la requête d'AJT, elle s'en remet à justice.

Dans une détermination spontanée du 15 janvier 2026, le recourant relève que son suivi médical se poursuit de manière soutenue et intensive sous la forme de prescriptions de séances de physiothérapie, de balnéothérapie et d'ergothérapie et que son incapacité de travail totale perdure et est clairement attestée par ses médecins.

Dans sa détermination du 23 janvier 2026, l'autorité intimée indique qu'elle n'a pas de remarques particulières à formuler et maintient ses conclusions.

Par courrier du 27 mai 2026, le recourant informe la Cour de céans qu'il va être hospitalisé du 2 au 22 juin 2026 auprès de F._____ en raison de la persistance de ses troubles et de son atteinte continue à la santé.

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

Il sera fait état des arguments, invoqués par celles-ci 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 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. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa 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).

2.2. 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28b al. 1 LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. L'al. 2 dispose que, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Selon l'al. 3, pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, l'al. 4 prévoit les différentes quotités de la rente lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50%.

2.3. 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 (art. 7 al. 2, 2^{ème} phrase, LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), le Tribunal fédéral 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).

Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas, à eux seuls, des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.1). A cet égard, on relèvera l'importance que revêtent les évaluations médicales pour apprécier les situations dans lesquelles des facteurs externes à l'invalidité apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse: dans ces situations, il appartient aux médecins de préciser si l'atteinte à la santé diagnostiquée a toujours valeur de maladie ou si celle-ci passe au second plan par rapport auxdits facteurs externes (arrêt TF 9C_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.4.2).

3.

3.1. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. ATF 146 V 9 consid. 2; 125 V 351 consid. 3).

3.2. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2; 132 V 93 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est

ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 4.1). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans des cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 146 V 9 consid. 2; 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

3.3. En cas de divergences d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. 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'expert (arrêts TF 8C_520/2023 du 28 février 2024 consid. 3.2; 8C_691/2022 du 23 juin 2023 consid. 3.3 et l'arrêt cité).

3.4. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; 121 V 362 consid. 1b). Le juge des assurances sociales doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3 et les références citées).

3.5. Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt TF 9C_448/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 3).

4.

Est en l'espèce litigieuse la question du droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Pour y répondre, il convient de déterminer la capacité de travail résiduelle de ce dernier en procédant à une appréciation médicale de sa situation.

4.1. Souffrant d'une hernie discale L4-L5, le recourant a subi une intervention chirurgicale en date du 27 mars 2023. Dans son rapport du 12 avril 2023 (dossier OAI, p. 66), le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relève que *"l'évolution immédiate a été quasi miraculeu[se] avec une disparition de la symptomatologie*

douloureuse dès le post-opératoire immédiat. Par la suite, il a pu rentrer à son domicile et malheureusement des douleurs sont réapparues moins intenses et différentes que les douleurs qu'il présentait auparavant mais néanmoins persistantes". Il retient toutefois que l'examen clinique reste rassurant sans déficit sensitivomoteur. Dans un rapport du 3 mai 2023 (dossier OAI, p. 148), ce spécialiste constate que *"la cicatrice est propre non inflammatoire. Les douleurs radiculaires ont maintenant disparu à 80%. Il y a eu une crise douloureuse qui a duré une semaine environ puis qui a cédé par la suite. Il garde encore des thérapeutiques médicamenteuses importantes et je lui demande de baisser maintenant la posologie et d'arrêter le tramadol. Il va pouvoir commencer les séances de physiothérapie en piscine et à sec".*

Dans son rapport du 27 juillet 2023 (dossier OAI, p. 150), il fait les constatations suivantes: *"l'évolution est favorable avec une nette amélioration du tableau clinique. Il garde encore des petites douleurs lombaires qui évoluent bien sous traitement par physiothérapie. Il prend de moins en moins de traitement antalgique. L'examen neurologique est satisfaisant. Il va finir ses séances de physiothérapie courant août et il reprendra son activité professionnelle ou la recherche d'un nouvel emploi à partir de septembre".* Enfin, dans un rapport du 7 septembre 2023 (dossier OAI, p. 141) qui répond au questionnaire envoyé le 26 avril 2023 par l'assurance perte de gain du recourant (dossier OAI, p. 51), il confirme le diagnostic de cruralgie avec hernie discale L4-L5 à droite avec douleurs en correspondance de ce que l'on constate à l'IRM. Il indique qu'il n'y a plus eu de consultation depuis le 26 juillet 2023 et qu'il a prescrit de la physiothérapie jusqu'à fin août 2023. Il constate une amélioration de la douleur à type de radiculopathie après la chirurgie et la présence d'une petite douleur lombaire séquellaire en évolution favorable. S'agissant de la capacité de travail, il estime que le patient présente une bonne capacité dans son activité professionnelle actuellement avec une reprise possible à 100% de manière progressive. Il précise toutefois que la capacité de travail est de 100% mais avec des douleurs possibles et une fatigabilité plus importante que la normale. Enfin, il considère qu'aucun problème à caractère non médical n'entrave la capacité de travail.

Dans son rapport du 29 janvier 2024 (dossier OAI, p. 168), le Dr G. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, pose les diagnostics de lombalgies chroniques avec status post henni-dissectomie droite L4-L5 le 27 mars 2023, status post plusieurs infiltrations cortisonées au rachis lombaire et métatarsialgies du 5^{ème} rayon du pied gauche. Il fait les constatations suivantes: *"[le patient] présente une longue histoire de lombalgies avec apparition dans un 2^{ème} temps de sciatalgies qui ont nécessité une cure de hernie discale L4-L5 droite. Celle-ci a permis quasiment de régler le problème de radiculalgie. L'examen clinique de ce jour ainsi que les dernières imageries confirment l'absence de récurrence herniaire. Toutefois, le patient garde un syndrome lombo-vertébral assez invalidant et algique pour lequel il faut mettre en place un projet thérapeutique structuré avec physiothérapie active à sec et en piscine, ergothérapie pour hygiène posturale, école du dos et gestion de la douleur, et une nouvelle série d'infiltrations facettaires".* Il précise qu'en raison d'une situation bio-psycho-sociale extrêmement complexe (problème au sein du couple, litige avec l'ancien employeur et une thymie très à la baisse), il a demandé au patient de s'adresser en urgence à son médecin traitant pour mettre en place immédiatement un soutien psychologique. S'agissant de la capacité de travail, il estime qu'en raison de la situation extrêmement complexe tant sur le plan physique que psychologique, aucune activité n'est actuellement exigible.

Sur mandat de l'assurance perte de gain du recourant, une expertise médicale a été mise en œuvre. Dans son rapport d'expertise du 26 février 2024 (dossier OAI, p. 404), le Dr H. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, pose les diagnostics de lombalgies chroniques avec sciatalgies gauches L5 (M54.5) et status post cure chirurgicale d'hernie discale L4-L5 droite le 27 mars 2023. S'agissant de la capacité de travail, il considère qu'au moment de l'expertise, au vu

de l'impact fonctionnel majeur (pas de position confortable, syndrome lombo-vertébral actif) et d'une situation médicale qui n'est pas stabilisée, ceci dans un contexte plus large, mais avec un bon pronostic de récupération d'une capacité de travail dans l'activité habituelle (CTAH) complète à terme, la capacité de travail dans une activité adaptée (CTAA) est actuellement de 0%, mais qu'elle doit être réévaluée dans un délai de 6 mois. Il ajoute enfin qu'il paraît évident que la situation socio-familiale et le contexte apparemment judiciaire de la séparation joue un rôle négatif dans la capacité de travail global de l'assuré. Il conclut en estimant que le côté psychiatrique doit être évalué, sur le plan diagnostique, thérapeutique mais aussi de son impact sur la CTAH de l'assuré et qu'une expertise devrait être mise en place.

Dans un rapport du 27 novembre 2024 (dossier OAI, p. 747), le Dr I._____, médecin praticien, retient les diagnostics de lombalgies persistantes (M51, M54) et de syndrome dépressif (F32). Il relève qu'il n'y a pas d'évolution fonctionnelle depuis l'expertise de février 2024 et estime qu'aucune activité lucrative n'est exigible de la part de l'assuré. Il souligne néanmoins qu'il n'y a pas d'obstacle majeur à la mise en place de mesures de réinsertion de façon progressive, sous réserve d'une aggravation ultérieure.

Dans un rapport du 11 mars 2025 (dossier OAI, p. 753), le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), relève que *"l'expert mentionne des facteurs extra-médicaux (séparation conjugale difficile avec procédure judiciaire, difficultés financières) et s'interroge sur une problématique psychique sous-jacente, alors qu'il ressort de son rapport qu'il s'agit de symptômes psychiques clairement réactionnels, ne justifiant pas d'une incapacité de travail durable"*. Il estime en outre qu'il *"n'est pas cohérent de la part de l'expert de retenir, pour des raisons extra-somatiques, une diminution de la capacité de travail dans toute activité à réévaluer dans un délai de 6 mois alors que la prise en charge a été adéquate et qu'il n'y a pas d'argument dans son rapport concordant avec l'impact fonctionnel majeur qui est évoqué. Par conséquent, les conclusions de cette expertise ne sont pas pertinentes et ne peuvent pas être suivies du point de vue de la médecine des assurances"*. Il mentionne également le rapport du Dr I._____, lequel *"atteste par la suite d'un état de santé stationnaire et stabilisé malgré des lombalgies persistantes, sans modification du traitement durant les derniers mois, et retient tout au plus un possible diagnostic d'épisode dépressif léger F32, ne nécessitant aucune médication ni suivi sur le plan psychiatrique. Il estime que les traitements effectués sont adéquats et qu'il n'y a pas d'obstacles majeurs à la mise en place de mesures de réinsertion. Selon son appréciation, qui est cohérente, la capacité de travail est conservée dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de position statique prolongée, pas d'inclinaison répétée du buste, pas de port de charges lourdes, pas de travail en hauteur, sur une échelle, en pente ou sur un sol irrégulier"*. Enfin, en se référant au cahier des charges décrit par son dernier employeur, il estime que la dernière activité habituelle du recourant est une activité adaptée. Ses conclusions sont dès lors les suivantes: *"Comme attesté par le Dr E._____, orthopédiste, la capacité de travail est entière dans son activité habituelle depuis le 1.9.23. Au vu des éléments à disposition, il n'y a aucune diminution de la capacité de travail dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles"*.

4.2. Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate que, dans la décision querellée, l'autorité intimée s'est essentiellement basée sur les conclusions du rapport du SMR du 11 mars 2025, lequel a écarté les conclusions du rapport d'expertise du 26 février 2024 et a suivi l'avis exprimé par le Dr E._____ dans son rapport du 27 juillet 2023. Le médecin SMR estime également que ce dernier avis est corroboré par le Dr I._____.

Or, en procédant à un examen minutieux des différents rapports médicaux présents au dossier, la situation n'apparaît pas aussi clairement.

En effet, il est vrai que, dans son rapport d'expertise du 26 février 2024, le Dr H. _____ a tenu compte d'éléments extra-médicaux pour conclure à une incapacité de totale. Comme le souligne le Dr J. _____ du SMR, l'examen clinique est dans la norme, avec notamment un assuré capable de rester assis 45 minutes malgré un inconfort, un examen ostéo-articulaire rassurant (distance doigts-sol 5cm, Schober lombaire 10-14cm) et une absence de déficit neurologique moteur aux membres inférieurs. Il est donc effectivement difficile de comprendre comment l'expert arrive à une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée. Il justifie celle-ci en indiquant un impact fonctionnel majeur, mais ne donne aucune précision au sujet des limitations fonctionnelles. En revanche, il mentionne expressément qu'il paraît évident que la situation socio-familiale et le contexte apparemment judiciaire de la séparation joue un rôle négatif dans la capacité de travail globale de l'assuré. Il relève en outre que l'on se trouve aux limites de la prise en charge pour des raisons également extrasomatiques (état thymique, difficultés financières, situation sociale et familiale compliquée). Dans ces conditions, on ne peut pas reconnaître une pleine valeur probante à son rapport d'expertise et à ses conclusions. A noter, enfin, qu'il relève une problématique psychiatrique et estime que ce volet devrait être examiné.

La problématique psychique est également mise en avant par le Dr I. _____ et, contrairement à l'avis du Dr J. _____ du SMR, ce dernier ne retient pas uniquement un épisode dépressif léger. Il pose le diagnostic de syndrome dépressif (F32), mais ne détermine pas s'il s'agit d'un épisode dépressif léger (F32.0), moyen (F32.1) ou sévère (F32.2 ou 32.3). De plus, le Dr G. _____ évoque aussi une problématique psychiatrique dans son rapport du 29 janvier 2024 et a fortement encouragé son patient à mettre en place un soutien psychologique. Ainsi, trois médecins suggèrent que l'assuré présente une atteinte psychique. Or, aucun d'entre eux n'est spécialiste en psychiatrie et ne peut dès lors se prononcer de façon probante sur la présence et sur les incidences d'une éventuelle atteinte psychique. On ne peut ainsi pas suivre le Dr J. _____ lorsqu'il estime qu'il s'agit de symptômes psychiques clairement réactionnels, ne justifiant pas une incapacité de travail durable. Il est vrai que, malgré l'avis de ses médecins, le recourant n'a pas entamé de suivi psychiatrique ou psychologique et ne prend aucun traitement, ce qui peut laisser penser que cette problématique psychique n'est pas invalidante. Il n'en demeure pas moins qu'en l'absence d'un avis médical spécialisé sur cette question, la Cour de céans ne peut pas se prononcer en toute connaissance de cause.

Sur le plan somatique, on doit également constater que le dossier ne permet pas de trancher la question litigieuse. En effet, non seulement le rapport d'expertise n'est pas probant, mais les rapports du Dr I. _____ et du Dr G. _____ sont en contradiction avec ceux du Dr E. _____ et aucun d'entre eux ne donne une réponse claire et pertinente. En effet, le rapport du Dr I. _____ du 27 novembre 2024 est trop succinct et pas suffisamment clair. D'un côté, il retient qu'aucune activité n'est exigible de la part de son patient, mais, de l'autre, il considère qu'il n'y a aucun obstacle majeur pour la mise en place de mesures de réinsertion. A cet égard, il n'étaye absolument pas sa position et ne donne aucune explication. Pour sa part, dans son rapport du 29 janvier 2024, le Dr G. _____ considère que la situation est extrêmement complexe et qu'aucune activité n'est exigible, mais ne donne pas non plus de précisions. Il ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles et évoque des éléments extra-médicaux, tels qu'une situation conjugale très complexe et un litige avec l'ancien employeur, comme obstacles à une réadaptation. Enfin, le Dr E. _____ retient certes, dans son rapport du 26 juillet 2023, que son patient reprendrait son activité professionnelle ou la recherche d'un nouvel emploi à partir de septembre. Toutefois, dans son rapport du 7 septembre 2023, il

relativise cette position en retenant une reprise possible à 100% de manière progressive, étant précisé qu'il n'a plus revu son patient depuis le 26 juillet 2023. De plus, en tant que chirurgien orthopédique, il faut tenir compte du fait que ce spécialiste se prononce essentiellement sur les suites de l'intervention chirurgicale et pas sur l'ensemble de la situation médicale présentée par le recourant.

Enfin, même s'il ressort de la jurisprudence fédérale qu'en principe la présence d'une hernie discale n'empêche pas en soi l'exercice d'une activité légère adaptée sans ports de charges, sans flexions répétées du tronc, avec possibilité d'alterner les positions (cf. par exemple ATF 139 V 496, arrêts TF 9C_430/2020 du 17 mars 2021; 9C_449/2007 du 28 juillet 2007), on ne peut pas suivre le médecin SMR lorsqu'il estime que l'activité précédemment exercée, laquelle implique notamment de fréquents trajets en voiture ainsi que le port de charges jusqu'à 10 kg, voire parfois plus, est une activité adaptée. De plus, les différents rapports médicaux produits par le recourant dans le cadre de la présente procédure, certes rendus postérieurement à la décision litigieuse, attestent néanmoins toujours d'une incapacité de travail totale et de la mise en place de divers traitements, notamment d'un séjour auprès de F._____, ce qui laisse penser que le recourant présente d'éventuelles autres atteintes somatiques ayant potentiellement une incidence sur sa capacité de travail, ce qui doit être investigué.

Compte tenu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la Cour de céans constate que la cause n'est pas suffisamment instruite pour lui permettre de trancher et qu'elle doit donc être renvoyée à l'autorité intimée, afin que cette dernière mette en œuvre une expertise médicale bi-disciplinaire somatique et psychiatrique. Il est précisé que le renvoi est justifié par le fait que la présence d'une éventuelle atteinte psychiatrique ayant ou non une incidence sur la capacité de travail du recourant est une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie (cf. consid. 3.5 ci-dessus).

5.

Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision querellée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

Vu l'issue du litige, il est renoncé à appeler en cause AXA Fondation Prévoyance professionnelle, à qui la décision querellée avait également été notifiée en tant que fonds LPP intéressé.

5.1. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

5.2. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens. Malgré la requête adressée le 22 septembre 2025 à son mandataire, ce dernier n'a pas déposé de liste de frais. L'indemnité de partie sera donc fixée d'office conformément à l'art. 11 al. 1, 2^{ème} phrase, du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12). Compte tenu du temps et du travail requis et de l'importance relative de l'affaire, cette indemnité est fixée à CHF 3'000.-, honoraires et débours compris, plus CHF 243.- au titre de la TVA à 8,1%, soit à un total de CHF 3'243.-, à payer en main du mandataire du recourant, et est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

5.3. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2025 131), devenue sans objet en raison de l'admission du recours, est rayée du rôle.

la Cour arrête :

I. Le recours (608 2025 130) est admis.

Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 8 juillet 2025 est annulée et la cause renvoyée à ce dernier pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

II. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2025 131), devenue sans objet, est rayée du rôle.

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

IV. L'indemnité de partie allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 3'000.- , honoraires et débours compris, plus CHF 243.- au titre de la TVA à 8,1%, soit à un total de CHF 3'243.-, à verser en main de son mandataire, et est mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

V. Notification.

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

Fribourg, le 20 juillet 2026/meg

La Présidente

La Greffière-rapporteure