



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 135

Arrêt du 12 août 2026

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente : Daniela Kiener
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffière-stagiaire : Margaux Chevillat

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Alain Ribordy, avocat,
contre

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

Objet

Assurance-invalidité – rente d'invalidité – taux d'incapacité de travail
– taux d'invalidité – revenu d'invalidité

Recours du 10 septembre 2025 contre les décisions du 21 juillet 2025
et du 8 septembre 2025

considérant en fait

A. A._____ (le recourant), né en 1980, est domicilié à B._____. Il est marié et père d'un enfant né en 2011. Son épouse et son fils vivent au Portugal. Depuis son arrivée en Suisse en 2001, il a travaillé en tant que boucher, pour le même employeur.

B. En incapacité de travail attestée médicalement du 15 octobre 2020 au 9 mai 2021, il a perçu de ce fait des indemnités journalières versées par l'assureur perte de gain en cas de maladie sur la base d'un taux d'incapacité de travail attestée médicalement de 100% jusqu'au 5 novembre 2020, de 50% du 6 novembre 2020 au 22 novembre 2020, de 100% du 25 novembre 2020 au 24 décembre 2020, de 50% du 13 janvier 2021 au 19 mars 2021, de 70% du 20 mars 2021 au 3 avril 2021, et de 30% du 4 avril 2021 au 9 mai 2021.

Par projet de décision du 2 mai 2022, se référant à ces périodes d'incapacité de travail et constatant que celles-ci avaient duré moins d'une année, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) a annoncé qu'il allait rejeter la demande de prestations AI pour adultes que le recourant avait déposée le 12 mars 2021, en mentionnant comme atteinte à la santé une maladie de Lyme.

Dans l'intervalle, à partir du 1^{er} mars 2022, le recourant a annoncé à son assureur perte de gain en cas de maladie une nouvelle incapacité de travail attestée médicalement. Il a mentionné des taches sur la peau, des douleurs dans les articulations, des acouphènes et des maux de tête. Le diagnostic envisagé était une rechute de la maladie de Lyme déjà retenue en 2020. Dans ce contexte, l'assureur perte de gain a fait établir une expertise pluridisciplinaire en neurologie, psychiatrie et médecine interne par des spécialistes du centre d'expertise C._____ SA. Dans leur rapport du 14 février 2023, les experts n'ont retenu aucune atteinte ayant un effet sur la capacité de travail, de telle sorte que celle-ci a été déclarée entière dans toute activité correspondant aux compétences du recourant.

Se fondant sur ce rapport d'expertise du 14 février 2023 et l'avis de son Service médical régional (SMR), l'OAI a rendu le 30 mai 2023 un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant celui du 2 mai 2022. Il a confirmé son intention de rejeter la demande du 12 mars 2021, cette fois motivée par l'absence de toute atteinte à la santé susceptible de justifier une incapacité de travail durable dans l'activité habituelle.

Par courrier du 3 juillet 2023 de Me Alain Ribordy, avocat à Fribourg, le recourant a formulé des objections à l'égard de ce nouveau projet de décision. Il a notamment invoqué des contradictions dans le rapport d'expertise, faisant valoir par ailleurs que l'anamnèse et les plaintes actuelles sur le plan neurologique indiquaient une aggravation et que l'analyse psychiatrique était superficielle et reposait sur des hypothèses non vérifiées.

Suite à ces objections et l'envoi de rapports complémentaires de la psychiatre et de la médecin généraliste traitantes, l'OAI a soumis le cas pour nouvel avis à son SMR. Celui-ci a retenu, sur le plan somatique et psychiatrique, l'existence de certaines divergences d'appréciations, appréciations lacunaires et incohérences. Il en a déduit qu'un approfondissement des investigations médicales était indiqué dans les domaines de la rhumatologie, de la psychiatrie et de la neuropsychologie, avec demande de tests de validation des symptômes pour définir les atteintes à la santé, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.

Sur cette base, l'OAI a mis sur pied une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie avec examen en neuropsychologie auprès des spécialistes du centre d'expertise D. _____ Sàrl. Dans leur rapport établi en août 2024, complété sous l'angle psychique le 21 janvier 2025, les experts n'ont retenu aucune atteinte somatique entraînant des limitations fonctionnelles. Sur le plan psychique, ils ont par contre fait état de deux diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, à savoir un trouble dépressif, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F32.1), et une somatisation (F45.0). Ils ont estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans toute activité à 50% depuis avril 2022. A titre de mesures médicales et de thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail, ils ont proposé une intensification de la psychothérapie et une augmentation de la posologie de l'anti-dépresseur.

Après avoir soumis une nouvelle fois le cas à son SMR qui s'est déterminé de façon circonstanciée sur le rapport d'expertise, l'OAI a rendu le 3 février 2022 un nouveau projet de décision d'octroi d'une rente d'invalidité de 50% dès le 1^{er} avril 2023, basée sur une incapacité de travail et de gain de 50% depuis avril 2022 (date correspondant à la consultation d'un médecin psychiatre). Il a également enjoint le recourant à adapter le traitement psychiatrique dans le sens proposé par l'expert psychiatre.

Suite à des objections du 12 mars 2025 qui ont donné lieu à des prises de position de la psychiatre traitante et du SMR, l'OAI a rendu le 21 juillet 2025 et le 8 septembre 2025 des décisions par lesquelles il a confirmé le droit à une rente de 50% dès le 1^{er} avril 2023.

C. Contre ces décisions, le recourant, agissant par son mandataire le 10 septembre 2025, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente au taux de 100% depuis le 1^{er} avril 2023.

A l'appui de ses conclusions, reprenant de larges passages de rapports médicaux établis par sa psychiatre traitante, il relève que les experts qui se sont prononcés en 2024 donnent très largement raison à celle-ci, retenant le même diagnostic sous une forme un peu différente et excluant une majoration des symptômes. Il indique ne pas comprendre comment l'experte psychiatre retient une capacité de travail de 50% et s'écarte ainsi de l'avis solidement étayé de la psychiatre traitante.

Il conteste par ailleurs que l'appréciation de l'experte psychiatre effectuée en 2024 puisse avoir un effet rétroactif sur la capacité de travail effectivement exigible au printemps 2022, attestée comme nulle par la psychiatre traitante.

Le recourant s'est acquitté dans le délai imparti de l'avance de frais de CHF 800.- requise par ordonnance du 6 octobre 2025.

Dans ses observations du 5 novembre 2025, l'OAI conclut au rejet du recours en se référant au dossier constitué et à la motivation des décisions querellées. Il fonde sa position pour l'essentiel sur le rapport d'expertise du 19 août 2024 dont il confirme la pleine valeur probante. Il maintient par ailleurs son exigence d'adapter le traitement dans le sens proposé par l'expert psychiatre.

Dans un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions. Le recourant produit encore des pièces dans une dernière détermination du 28 avril 2026.

Invitée à déposer une éventuelle détermination, l'institution de prévoyance concernée indique par courrier du 16 juillet 2026 qu'elle y renonce.

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

en droit

1. *Recevabilité*

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 les décisions querellées 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. *Règles relatives au droit à la rente*

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. 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 malade, 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; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

2.3. 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%.

3. Règles relatives au calcul du taux d'invalidité

3.1. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien 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).

D'après l'art. 16 LPGa, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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.

3.2. En d'autres termes, 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). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (arrêts TF 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174; 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408).

3.3. Les principes régissant la comparaison des revenus et la détermination des revenus avec et sans invalidité figurent aux art. 25ss RAI.

Selon l'art. 25 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGa le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS, à l'exclusion toutefois des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (al. 1 let. a) et des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (LAPG; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (al. 1 let. b). Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGa sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (al. 2). Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'ESS font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe (al. 3). Les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (al. 4).

3.4. Conformément à l'art. 26 al. 1 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, le revenu sans invalidité (art. 16 LPGa) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable. L'art. 26 al. 4 RAI ajoute que si le revenu effectivement

réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante.

Ainsi, le revenu hypothétique de la personne valide (revenu sans invalidité au sens de l'art. 16 LPGa) se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (arrêt TF 9C_500/2020 du 1^{er} mars 2021 consid. 4.1 et les références citées). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS (arrêts TF 9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 3 et TFA B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

3.5. En vertu de l'art. 26^{bis} RAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPGa) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (al. 1). Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (al. 2, 1^{ère} phrase). 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).

L'art. 26^{bis} al. 3 RAI a en outre été modifié dans le cadre de la modification du 18 octobre 2023 du RAI (RO 2023 635), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024, et a dès lors la teneur suivante: 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.

Ainsi, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2).

Dans l'ATF 150 V 410, le Tribunal fédéral a considéré que la déduction schématique de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, introduite début 2022 et en vigueur jusqu'à fin 2023, concernant l'évaluation du taux d'invalidité sur la base des salaires statistiques de l'ESS est en partie contraire au droit fédéral et que les instruments pour corriger le salaire statistique de l'ESS déterminant dans un cas concret, afin de tenir compte de la situation de la personne assurée, sont insuffisants. Si nécessaire, il convient donc de recourir en complément de ces déductions forfaitaires minimales à la pratique du Tribunal fédéral en la matière appliquée jusqu'à présent (taux d'abattement jusqu'à 25% au maximum).

Selon cette jurisprudence, lorsque le revenu d'invalidité est évalué sur la base des données de l'Office fédéral de la statistique, le montant du salaire ressortant de ces données peut être réduit en fonction

des empêchements propres à la personne de l'invalidé. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; arrêts TF I 724/02 du 10 janvier 2003 consid. 4.2.1 et 9C_963/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.2).

Par ailleurs, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4.2).

4. *Règles relatives à la preuve des faits allégués*

4.1. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

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. Ce qui en définitive constitue 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 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a).

4.2. 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 les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

En cas de divergence 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; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), 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 (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

4.3. 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).

5. *Objet du litige*

Il n'est pas contesté qu'après une première période d'incapacité de travail attestée médicalement du 15 octobre 2020 au 9 mai 2021, le recourant a recouvré une pleine capacité de travail jusqu'à l'annonce d'une nouvelle incapacité de travail attestée médicalement à partir du 1^{er} mars 2022, d'abord fondée sur l'hypothèse d'une rechute de maladie de Lyme, avec des taches sur la peau, des douleurs dans les articulations, des acouphènes et des maux de tête.

Cela étant, ignorant cette hypothèse mais se basant sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée à sa demande en 2024, l'OAI retient dans la décision attaquée du 21 juillet 2025 que le recourant subit une incapacité de travail en raison d'un trouble dépressif, épisode moyen, sans syndrome somatique, mais avec somatisation. Cette incapacité de travail est admise à 50%, à compter du mois d'avril 2022 seulement, soit à partir du moment où le recourant est allé consulter un psychiatre.

Se fondant quant à lui sur l'avis de sa psychiatre traitante, qui rejoint celui de l'expert psychiatre quant aux diagnostics retenus mais qui exclut toute capacité de travail de son patient (voir not. rapport médical du 11 novembre 2024, dossier administratif p. 562), le recourant revendique le droit à une rente entière depuis le mois d'avril 2022. Il résulte en particulier de ses conclusions qu'il ne

se prévaut plus d'une incapacité de travail préexistante à cette date en lien avec d'autres atteintes de nature somatique.

Le litige porte ainsi dans un premier temps sur l'évaluation de l'incapacité de travail du recourant dès le mois d'avril 2022, en prenant en compte les limitations induites par son trouble dépressif et la somatisation liée à cette atteinte psychique. A cet égard, il peut être relevé qu'à défaut d'atteinte invalidante reconnue préalablement, le délai d'attente d'un an ressortant de l'art. 28 al. 1 LAI a pu commencer à courir au plus tôt à partir de ce mois.

En fonction du taux d'incapacité de travail qui pourra être établi sur la base des éléments médicaux figurant au dossier, il s'agira dans un deuxième temps de fixer le taux d'invalidité en procédant à une comparaison entre le revenu qui aurait pu être réalisé sans atteinte à la santé et le revenu encore réalisable compte tenu de cette atteinte.

6. Discussion sur la capacité de travail du recourant

6.1. Dans leur rapport d'expertise d'août 2024 (évaluation consensuelle, dossier administratif p. 499), Dr E. _____, spécialiste en rhumatologie, et Dre F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retiennent les diagnostics suivants: sur le plan somatique, des douleurs diffuses sans support anatomique (R52.9) et une lombalgie commune sur radiographie normale (M54.5), n'entraînant pas de limitations fonctionnelles; sur le plan psychique, un trouble dépressif, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F32.1), assorti d'une somatisation (F45.0), ayant un effet incapacitant dû à des symptômes physiques et la fatigue.

Sous l'angle somatique, l'appréciation est justifiée comme suit:

« [Le recourant] présente actuellement des douleurs, des vertiges, céphalées et acouphènes, sans cause étiologique bien précisée après plusieurs examens pratiqués. La borréliose ou la neuro-borréliose semble pouvoir être totalement exclue. Au niveau rhumatologique, il persiste des douleurs qui n'ont pas été constatées à l'occasion de cette expertise et qui permettent de poser le diagnostic de douleurs diffuses sans support anatomique. Il n'y a aucun élément permettant d'évoquer une polyarthrite inflammatoire, une spondylarthropathie ou une maladie auto-immune. La maladie de Whipple est très peu probable dans la mesure où l'expertisé ne présente pas de troubles digestifs. Il n'a pas été fait de diagnostic de fibromyalgie. »

Dans le cadre du contrôle de la cohérence des diagnostics posés et de l'absence de limitation sur le plan physique, les experts confirment que les douleurs n'ont actuellement pas d'étiologie affirmée. Ils ajoutent qu'on se trouve donc dans le cas d'une douleur diffuse sans support anatomique, tout en relevant également que le recourant n'a pas été démonstratif et a été coopérant.

Sous l'angle psychique, l'appréciation est expliquée comme suit:

« Le diagnostic de trouble dépressif repose sur la présence d'une tristesse objectivée à l'examen clinique. Les activités et sources d'intérêt et de plaisir sont légèrement appauvries (il ne fait plus de sport). Il présente une anhédonie et une aboulie. Il y a un appauvrissement de sa vie sociale sans isolement complet. Il doit être en partie aidé pour les tâches de la vie quotidienne (ménage) mais fait la plupart des choses seul. Il présente une fatigue objectivée à l'examen clinique sous la forme d'un ralentissement psychomoteur, d'une baisse de la gestuelle spontanée et de la réflexivité. Il y a donc les trois critères principaux d'un état dépressif selon la CIM10. Dans les symptômes mineurs on relève uniquement les troubles du sommeil et de la libido. Il n'y a pas de baisse d'estime de soi,

pas de franche culpabilité (il dit qu'il y est peut-être pour quelque chose dans ce qui lui arrive), pas de trouble de l'appétit, et pas d'idées suicidaires actuellement (ça va mieux depuis le séjour en hôpital de jour). [...]

Le diagnostic de somatisation repose sur la présence de symptômes physiques multiples (douleurs articulaires, acouphènes, vertiges, céphalées, gêne épigastrique et épisodes d'incontinence des selles) renvoyant à plusieurs systèmes ou parties du corps. Les plaintes somatiques durent depuis plus de deux ans. Les symptômes sont associés à des demandes d'investigations médicales sans qu'aucun substrat organique ne puisse être clairement démontré. Malgré cela l'expertisé continue de penser que les troubles ont une origine physique et refuse d'accepter les propos rassurants des médecins. Il ne reconnaît pas l'implication des facteurs psychologiques sur les symptômes physiques, malgré qu'il puisse admettre qu'il est déprimé. Les symptômes s'accompagnent d'une altération du fonctionnement social (qui est appauvri) et familial (conflits avec sa fille du fait de son irritabilité). Comme la plupart des personnes présentant ce trouble, l'expertisé présente un comportement histrionique, plaintif et revendicateur. La somatisation s'accompagne habituellement de symptômes dépressifs, et tel est le cas chez [le recourant].

Dans l'expertise pluridisciplinaire du 14 février 2023 [expertise mandatée par l'assurance perte de gain en cas de maladie, voir partie en fait let. B], [l'expert psychiatre] avait retenu un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Nous estimons que le diagnostic de somatisation est plus précis chez [le recourant] qui présente des symptômes appartenant à plusieurs parties du corps et pas uniquement des douleurs. Il retient également un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Nous ne retenons pas ce diagnostic car nous estimons que les manifestations histrioniques associées au diagnostic de somatisation appartiennent au tableau clinique de ce trouble et ne nécessite pas un diagnostic à part.

Le diagnostic de trouble somatoforme sans précision retenu par [le psychiatre traitant qui a suivi le recourant lors de son séjour en clinique de jour à fin 2023, durant deux mois et demi] n'est à notre sens pas assez précis. Cela dit nous partageons avec ces deux médecins un diagnostic de trouble somatoforme, et sommes donc d'accord sur la nature psychologique des symptômes physiques. Nous estimons que le trouble s'inscrit dans un contexte émotionnel compliqué (éloignement géographique de sa femme et de sa fille) et dans une mauvaise situation psychosociale (refus de l'AI et il est le garant de la survie financière de toute sa famille) pouvant expliquer la symptomatologie somatique. »

Dans le cadre du contrôle de la cohérence des diagnostics posés et de l'effet incapacitant retenu sur le plan psychique, les experts constatent que les plaintes sont objectivées à l'examen clinique pour la tristesse, la fatigue et les douleurs (« *de par la mimique* »). Ils relèvent par ailleurs notamment que les diagnostics retenus ont tous déjà été posés par des collègues psychiatres et qu'en ce qui concerne les limitations fonctionnelles, elles sont assez homogènes puisqu'elles concernent les activités qui sont réduites, sa vie sociale qui s'est appauvrie et les tâches ménagères pour lesquelles il doit être aidé. Ils ajoutent que le poids des souffrances n'est pas remis en cause chez [le recourant] qui suit son traitement psychiatrique et médicamenteux et qui a accepté un long suivi en hôpital de jour.

Sur cette base, compte tenu des limitations psychiatriques dues aux symptômes physiques (douleurs) et à la fatigue, les experts évaluent la capacité de travail du recourant à 50%, soit 4 heures 12 minutes de travail par jour, tant dans l'activité habituelle de boucher que dans une autre activité adaptée.

6.2. Il est constaté d'emblée que l'expertise bidisciplinaire établie en août 2024 par Dr E._____ et Dre F._____ remplit les exigences jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante sur le plan formel. En effet, elle a été réalisée par des spécialistes reconnus en rhumatologie, respectivement en psychiatrie et psychothérapie, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et en tenant compte de l'anamnèse et des plaintes exprimées par le recourant. En outre, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions sont dûment motivées.

En outre, les experts discutent notamment les différents diagnostics retenus par les médecins traitants et, sous l'angle psychique, leurs effets sur la capacité de travail.

Sur le plan somatique, toutes les hypothèses de diagnostics qui avaient été envisagées par les médecins traitants sont écartées de façon justifiée et convaincante, y compris celle d'une maladie de Lyme – borréliose voire neuro-borréliose – qui avait été retenue en 2020, au moment de la première incapacité de travail attestée médicalement. Cette absence de diagnostic somatique incapacitant n'est du reste pas remise en cause dans le recours.

Sur le plan psychique, s'agissant d'abord des diagnostics posés, à savoir un trouble dépressif, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, assorti d'une somatisation, ils sont fondés sur des explications claires et détaillées et aucun élément au dossier ne permet de les remettre en cause. L'experte est particulièrement convaincante lorsqu'elle discute les hypothèses d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) et celle d'un trouble dépressif avec somatisation, retenant le second notamment aux motifs que les symptômes physiques multiples renvoient à plusieurs systèmes ou parties du corps, que le recourant ne reconnaît pas l'implication des facteurs psychologiques sur les symptômes physiques et que, comme la plupart des personnes présentant ce trouble, il a un comportement histrionique, plaintif et revendicateur. Par ailleurs, dans sa prise de position du 11 novembre 2024, se référant à l'expertise d'août 2024, la psychiatre traitante va dans le même sens en indiquant qu'elle est d'accord avec l'experte, pour la question de la somatisation, ainsi que pour le diagnostic d'épisodes dépressifs modérés avec atteinte fonctionnelle.

Quant à l'effet sur la capacité de travail des diagnostics de trouble dépressif, épisode actuel moyen, assorti d'une somatisation, l'experte psychiatre justifie le taux de 50% retenu en deux temps.

Dans un premier temps, elle relève que l'état dépressif moyen, assorti d'une somatisation, a pour conséquence que les activités et sources d'intérêt et de plaisir sont légèrement appauvries (l'assuré ne fait plus de sport), qu'il présente une anhédonie et une aboulie, que sa vie sociale s'est appauvrie, sans isolement complet, qu'il doit être aidé pour les tâches de la vie quotidienne (ménage) tout en faisant la plupart des choses seul. L'examen clinique objectivise une tristesse, une fatigue sous la forme d'un ralentissement psychomoteur, d'une baisse de la gestuelle spontanée et de la réflexivité, ainsi que des douleurs, l'ensemble étant associé à des troubles du sommeil et à un manque de libido (dossier administratif p. 522, 526). Les limitations fonctionnelles entraînées par ses symptômes sont assez homogènes puisqu'elles concernent ses activités qui sont réduites, sa vie sociale qui s'est appauvrie et les tâches ménagères pour lesquelles il doit être aidé. Sur cette base, l'experte ne remet pas en cause l'existence du poids des souffrances chez le recourant qui suit son traitement psychiatrique et qui a accepté un long suivi en hôpital de jour (dossier administratif p. 527).

Cela étant, elle mentionne dans un second temps que les limitations fonctionnelles précitées sont modérées et que le recourant conserve des capacités et des ressources en dépit de ses difficultés.

Ainsi, il est pleinement capable de s'adapter aux règles, ayant une certaine routine malgré le fait qu'il ne travaille plus: il se lève à heures fixes et sa journée est rythmée par les repas quotidiens. Il ne transgresse pas les règles. Les douleurs et la fatigue limitent de façon peu prononcée la planification et la structuration des tâches, sa flexibilité et son adaptabilité, ainsi que sa capacité à porter des jugements et prendre des décisions. Les douleurs et la fatigue limitent de façon modérément prononcée la mise en pratique de ses compétences et sa spontanéité. Enfin, les douleurs et la fatigue limitent significativement sa capacité d'endurance et de résistance. Par contre, son affirmation de soi, sa capacité d'entrer en contact et de converser avec des tiers, sa capacité d'intégration dans un groupe, sa capacité aux relations privilégiées, à deux, sa capacité à prendre soin de soi et sa capacité à se mouvoir ne sont pas limitées. Enfin, sur le plan des ressources, même si sa situation psycho-sociale n'est pas bonne depuis l'arrêt des indemnités perte de gain, un premier refus de rente de l'assurance-invalidité et un entourage réduit en Suisse (un couple d'amis en Suisse, mais qui le soutiennent bien; sa femme et ses parents le soutiennent depuis le Portugal), il dispose d'une longue expérience dans le domaine de la boucherie et parle assez bien le français (dossier administratif p. 526, 527).

Le taux de capacité de travail fixé à 50% résulte ainsi de l'ensemble de cette appréciation, comme le relève par ailleurs le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, dans son rapport du 11 décembre 2024.

L'experte psychiatre le confirme dans son rapport complémentaire du 21 janvier 2025, en justifiant le taux retenu dans les termes suivants: « *Le trouble dépressif est modéré et il n'y a pas de comorbidités somatiques. Dans l'état dépressif, dans les symptômes mineurs il n'y a pas de baisse d'estime de soi, pas de franche culpabilité, pas de trouble de l'appétit, et pas d'idées suicidaires actuellement. La fatigue objectivée cliniquement est légère. Il continue de voir des amis, d'être invité chez eux, de sortir se balader, d'aller parfois faire les magasins, de regarder des films et des émissions TV, de partir régulièrement au Portugal voir sa famille. Il continue d'être actif dans les tâches de la vie quotidienne. Les limitations fonctionnelles sont donc modérées.* ».

L'experte est convaincante dans ses explications et conclusions et il y a lieu d'accorder pleine valeur probante matérielle à ces dernières.

6.3. Cela étant, les conclusions de l'experte psychiatre quant à la capacité de travail préservée à 50% dans toute activité sont contestées par le recourant qui se prévaut pour l'essentiel des rapports établis par la Dre H._____, sa psychiatre traitante, qui excluent toute capacité de travail.

Il est d'abord relevé que, dans un premier rapport du 16 novembre 2022, cette praticienne retenait comme diagnostic un épisode dépressif modéré à sévère qui lui semblait en lien avec l'impact d'une maladie de Lyme. Elle ne se prononçait alors pas sur la capacité de travail du recourant. Puis, le 25 janvier 2023, faisant référence au même trouble dépressif modéré à sévère, elle constatait en outre des douleurs articulaires multi-étagées, des acouphènes bilatéraux et des céphalées de tensions qu'elle mettait en lien avec le diagnostic de maladie de Lyme – qui sera par la suite écarté. Sur cette base, elle attestait une capacité de travail nulle dans l'activité de boucher, mais une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée, tenant compte de limitations fonctionnelles liées à des douleurs, à une fatigue, une intolérance à l'effort et un ralentissement psychomoteur. Toutefois, de façon apparemment contradictoire, elle estimait qu'une réinsertion professionnelle n'était à ce moment-là pas envisageable au vu du caractère aigu des symptômes. Quoi qu'il en soit, il est difficile de déduire de ses rapports si la psychiatre traitante estimait que le recourant conservait alors au moins une capacité de travail réduite dans une activité adaptée.

Dans un deuxième temps, dans ses rapports du 13 juin 2023 et du 1^{er} mars 2024, précédant eux aussi l'expertise d'août 2024, la psychiatre traitante a évoqué le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chronique, sans autre précision. Ensuite, dans son rapport du 11 novembre 2024, elle a expressément rejoint l'avis de l'experte psychiatre quant au diagnostic invalidant à retenir sur le plan psychique, à savoir un trouble dépressif, assorti d'une somatisation. Elle fonde ainsi en dernier lieu son évaluation de la capacité de travail sur la même affection que celle retenue par l'experte psychiatre.

La valeur probante de son rapport du 13 juin 2023 doit être relativisée. Il se concentre en effet sur la critique d'une expertise précédente de février 2023 qui concluait à l'absence de tout diagnostic psychique incapacitant, alors qu'une telle critique n'est plus d'actualité puisqu'il est désormais admis que le recourant souffre d'une atteinte psychique qui impacte sa capacité de travail, la seule question litigieuse étant celle de savoir dans quelle mesure. Or, sur ce point, le rapport du 13 juin 2023 se limite à évoquer un état d'épuisement qui empêcherait le recourant de retrouver des ressources psychiques permettant une reprise du travail, en occultant qu'en dépit de ses difficultés, il conserve certaines capacités et ressources que l'experte psychiatre met quant à elle bien en évidence dans son rapport d'août 2024.

Quant au rapport également précité du 1^{er} mars 2024, il semble se focaliser sur les nombreux symptômes somatiques qui affectent le recourant, comprenant des vertiges, des acouphènes, des douleurs multiples aux articulations, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs, une fatigue mentale permanente, une sécheresse buccale, une diminution de la libido, des étourdissements, une hypersensibilité au bruit et à la lumière, des troubles digestifs, une dyspepsie fonctionnelle, un syndrome du colon irritable, un syndrome de la vessie irritable, des céphalées de tension chroniques, des troubles de la vision et un besoin de bouger les jambes, auxquels s'ajoutent au niveau psychique une irritabilité accrue, un sentiment d'abattement et des angoisses, avec une tendance au catastrophisme. La psychiatre traitante ne discute par contre pas dans ce rapport si l'existence de ces symptômes permet au recourant de conserver une capacité de travail, cas échéant dans quelle mesure, eu égard notamment à ses compétences et ressources personnelles.

Ensuite, dans son rapport du 11 novembre 2024 dans lequel elle se rallie au diagnostic posé par l'expert, la psychiatre traitante n'étaye pas non plus les raisons qui l'amènent à contester d'emblée la capacité de travail de 50% retenue dans l'expertise. Plus particulièrement, elle relève certes que son patient bénéficie d'un important traitement pour un épisode dépressif, qu'il a des symptômes tels que de la diarrhée, des maux de tête et une sudation pouvant très bien être attribuée au traitement. Mais, une fois de plus, elle ne discute pas des ressources et compétences du recourant, mises en évidence par l'experte psychiatre et que celui-ci pourrait mobiliser non seulement dans les actes ordinaires de la vie, mais également pour reprendre une activité à temps partiel. A cet égard, elle se limite à faire état d'un manque de soutien familial et d'un trouble de la personnalité avec des traits schizoïdes qui pourrait expliquer une résistance au traitement. En cela, elle occulte le fait que les limitations fonctionnelles entraînées par les symptômes dont se plaint le recourant entraînent certes une réduction de ses activités, un appauvrissement de sa vie sociale et un besoin d'aide pour certaines tâches ménagères, mais que ces limitations restent modérées, le recourant restant en mesure de s'adapter aux règles et aux routines, d'adopter un rythme de vie régulier, de planifier et de structurer des tâches, de prendre des décisions, de s'affirmer, d'entrer en contact et de converser avec des tiers, sa capacité à prendre soin de soi et sa capacité à se mouvoir pour effectuer différentes activités n'étant pas limitées.

Il apparaît ainsi que la psychiatre traitante centre l'essentiel de son rapport du 11 novembre 2024 sur l'affirmation selon laquelle une intensification du traitement pourrait permettre au recourant d'augmenter sa capacité de travail au-delà de 50%. Plutôt que d'expliquer pourquoi, à son avis, la capacité du recourant serait nulle dans toute activité, en dépit de ses compétences et ressources établies, elle détaille les raisons pour lesquelles le traitement actuel est adapté à sa situation, de telle sorte qu'une intensification ne permettrait pas d'améliorer encore la capacité de travail, comme l'affirme l'experte psychiatre.

Enfin, le recourant se réfère encore à un dernier rapport établi par sa psychiatre traitante le 12 mai 2025. La médecin y relève des éléments connus, à savoir que son patient reste affecté par une fatigue chronique, une réduction cognitive, des douleurs somatiques et une altération marquée de la qualité de vie. Elle mentionne également un état dépressif chronique dans un contexte d'isolement social et elle fait état des efforts de son patient pour maintenir une autonomie malgré les symptômes persistants. Cela étant, une nouvelle fois, elle ne donne pas d'explications quant aux raisons concrètes qui l'amènent à retenir une incapacité de travail totale, mais se focalise sur la justification du caractère adéquat du traitement administré, en s'appuyant sur la littérature scientifique.

Dans ces conditions, quoi qu'en dise le recourant, l'avis de la psychiatre traitante qui se fonde sur les symptômes qui affectent son patient, sans tenir compte des ressources et compétences sur lesquelles il peut s'appuyer, n'est pas suffisant pour remettre en question l'appréciation convaincante de l'experte. Cela est d'autant moins le cas qu'en tant que médecin traitante, son appréciation pourrait plus facilement être orientée dans un sens favorable à son patient.

6.4. Les autres avis médicaux figurant au dossier, antérieurs à l'expertise réalisée en août 2024, ne conduisent pas non plus à douter des conclusions de celle-ci.

De façon générale, ils se réfèrent pour la plupart à l'existence ou aux séquelles d'une maladie de Lyme dont l'existence a finalement été écartée, ce qui réduit d'emblée leur valeur probante.

Plus spécifiquement, la Dre I. _____, spécialiste en médecine générale, médecin traitante, insiste beaucoup sur la problématique des acouphènes. A titre d'exemple, dans son rapport du 9 août 2022, elle atteste une incapacité de travail à 100% en indiquant comme diagnostics incapacitants, en sus d'une maladie de Lyme, des acouphènes chroniques multi-investigués d'origine indéterminée, en précisant que « *les limitations sont dépendantes de l'intensité des acouphènes et peuvent aller de 50% à 100% de la limitation pendant les crises* ». Dans l'annexe au même rapport, sous le titre réinsertion professionnelle, elle fait état d'une capacité de travail préservée dans l'activité de boucher, avec toutefois une diminution de rendement et pour autant que les acouphènes le permettent. Puis, dans un courriel du 28 avril 2023 adressé au médecin conseil de l'assurance d'indemnités perte de gain, se référant à l'expertise réalisée à la demande de cette assurance en février 2023, elle fait part de son avis selon lequel son patient est en arrêt de travail surtout à cause des acouphènes chroniques multi-étagés et d'origine indéterminée en évolution depuis plusieurs années malgré une prise en charge maximaliste par les spécialistes ORL qui attestent cette problématique.

Cela étant, les acouphènes en question sont certes attestés par les spécialistes ORL – même s'ils n'ont pas identifié de cause organique à ce symptôme – et sont également reconnus par l'expertise réalisée en août 2024 comme un des symptômes somatiques du trouble psychique qui affecte le recourant. L'existence des acouphènes n'est ainsi pas remise en cause. Il n'en demeure pas moins qu'il est difficile de suivre la médecin généraliste traitante lorsqu'elle affirme que cette

symptomatologie pourrait exclure toute capacité de travail du recourant. Il ressort en effet plus particulièrement de l'expertise d'août 2024 et de son complément du 21 janvier 2025 que les douleurs et la fatigue limitent certes de façon modérée les activités du recourant, mais qu'il n'en reste pas moins capable de structurer ses journées, de voir ses amis, de sortir se balader, d'aller parfois faire des achats, de regarder des films et des émissions TV, de partir régulièrement au Portugal voir sa famille et d'être actif dans les tâches de la vie quotidienne. Dans la même ligne, le rapport établi le 26 janvier 2024 par les médecins de la clinique de jour du Réseau fribourgeois de santé mentale, auprès de laquelle le recourant a séjourné entre septembre et décembre 2023, mentionne que malgré ces difficultés, celui-ci s'est adapté rapidement et a participé de façon effective aux activités thérapeutiques, avec impact positif sur l'état psychique et qu'il s'est montré globalement détendu, en bon lien avec les thérapeutes et les autres patients, en prenant du plaisir dans les activités thérapeutiques. Dans ces conditions, sous l'angle des conséquences des acouphènes et des autres symptômes somatiques sur la capacité de travail du recourant, l'appréciation des auteurs de l'expertise d'août 2024 apparaît plus convaincante. En admettant que le recourant conserve une capacité de travail de 50% dans toute activité, ils ont en effet suffisamment pris en compte les effets des acouphènes mis au premier plan par la médecin généraliste traitante, y compris les difficultés de sommeil et la fatigue qui en résulte.

6.5. Ainsi, en considérant l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier, il est constaté que l'appréciation ressortant de l'expertise de Dr E. _____ et Dre F. _____ – fondée sur un raisonnement détaillé et convaincant prenant en considération tant les plaintes du recourant que le contexte objectif dans lequel elles s'inscrivent – doit être privilégiée à celle des médecins psychiatre et généraliste traitantes.

Il est ainsi confirmé que, compte tenu des limitations psychiatriques dues aux symptômes physiques (douleurs) et à la fatigue, la capacité de travail du recourant est de 50%, soit 4 heures 12 minutes de travail par jour, tant dans l'activité habituelle de boucher que dans une autre activité adaptée.

Cette conclusion ne saurait être remise en question par l'absence de succès du recourant dans ses recherches d'emploi à 50% à partir de septembre 2025. En effet, l'expertise psychiatrique réalisée en août 2024 met en évidence que, dans le contexte de ses recherches d'emploi effectuées jusqu'alors à 20%, il faisait certes régulièrement des entretiens d'engagement, mais que « comme il [disait] qu'il était malade, il n'[était] jamais engagé ». Il apparaît ainsi que l'attitude du recourant dans ses recherches d'emploi a pu avoir un effet sur leur insuccès et qu'il lui appartiendra à l'avenir d'effectuer ses recherches d'emploi en mettant en évidence sa capacité de travail préservée de 50% plutôt que sa maladie.

7. *Discussion sur le potentiel d'amélioration de la capacité de travail*

Dans la décision attaquée du 21 juillet 2025, l'Office de l'assurance-invalidité constate que de l'avis de l'experte psychiatre, une majoration de la fréquence des consultations psychiatriques-psychothérapeutiques ainsi qu'une adaptation du traitement médicamenteux (augmentation du dosage ou changement d'anti-dépresseur) devrait permettre au recourant d'améliorer sa capacité de travail de manière progressive. Il a enjoint celui-ci de prendre les dispositions nécessaires à la mise en œuvre du traitement exigible et de produire la feuille de suivi psychiatrique.

Cela étant, il ressort d'un rapport établi le 5 juin 2025 par Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, que la psychiatre traitante avait alors d'ores et déjà procédé à

des adaptations médicamenteuses et indiqué voir son patient de façon hebdomadaire, sans bénéfice observé pour celui-ci.

Dans ces conditions, il n'appartient pas à la Cour de se prononcer dans le présent arrêt sur le bien-fondé des mesures proposées par l'experte psychiatre en vue d'une amélioration hypothétique de la capacité de travail du recourant.

8. *Discussion sur la fixation du taux d'invalidité*

8.1. L'Office de l'assurance-invalidité a fixé le taux d'invalidité du recourant à partir du 1^{er} avril 2023 à 50% en comparant le revenu annuel que le recourant aurait pu réaliser sans invalidité dans son activité habituelle de boucher, estimé à CHF 70'775.25, avec le revenu qu'il pourrait encore obtenir compte tenu de son incapacité de travail de 50% dans la même activité, estimé à la moitié de ce montant, soit CHF 35'387.62.

Un tel calcul revient implicitement à procéder à une évaluation de l'invalidité en pour-cent, alors qu'il a été vu ci-dessus que le taux d'invalidité ne correspond pas au taux d'incapacité de travail, mais doit être évalué en comparant les revenus avec et sans invalidité.

Cela étant, selon la jurisprudence, il est dans certaines situations possible de fixer la perte de gain d'une personne assurée directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur des données statistiques: le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalidé est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (ATF 114 V 3010 consid. 3a; arrêts TF 9C_648/2016 du 12 juillet 2017 consid. 6.2; 8C_628/2015 du 6 avril 2016 consid. 5.3.5; TAF C-1301/2018 du 29 mars 2021 consid. 11.2). L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié) ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle (en raison par exemple d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité; voir arrêts TF 8C_367/2018 du 25 septembre 2018 consid. 5.3.3; TAF C-1301/2018 précité consid. 11.2 et les références).

En l'espèce, le revenu sans invalidité peut être fixé concrètement sur la base du dernier salaire versé par l'ancien employeur du recourant. En effet, le contrat de travail a été résilié avec effet au 31 janvier 2023, après l'échec de mesures de réadaptation, de telle sorte qu'il faut admettre que le recourant a perdu son emploi en raison de l'atteinte à la santé à la base de son invalidité et qu'en l'absence de celle-ci, il aurait continué à percevoir le même salaire.

Par contre, du fait même de cette résiliation du contrat de travail intervenue en raison de l'invalidité du recourant, le salaire avec invalidité ne peut pas être fixé sur les mêmes bases. En effet, aucun élément au dossier ne permet de retenir que l'ancien employeur du recourant aurait été prêt à le réengager à un taux réduit, cas échéant sur la base des mêmes conditions de travail et de salaire. En conséquence, à défaut de base de comparaison similaire, l'application de la méthode de comparaison en pour-cent ne se justifiait pas et ne peut pas être confirmée.

Il convient dès lors d'évaluer les revenus sans invalidité et avec invalidité, puis de procéder à une comparaison des deux montants ainsi obtenus.

8.2. S'agissant du revenu sans invalidité, l'Office de l'assurance-invalidité s'est fondé sur le revenu mensuel brut de CHF 5'295.-, versé 13 fois par an, indiqué par l'ancien employeur du recourant pour l'année 2021, correspondant à un revenu annuel de CHF 68'835.-, indexé de 1.1% pour 2022 et de 1.7% pour 2023. Le revenu annuel de CHF 70'775.25 obtenu paraît ainsi conforme à la législation et à la réglementation applicables (ci-dessus consid. 3.4) et peut être confirmé.

8.3. Quant au revenu avec invalidité, il a été vu ci-dessus que l'Office de l'assurance-invalidité ne pouvait pas le fixer schématiquement à la moitié du revenu sans invalidité.

Conformément à l'art. 26^{bis} al. 2 1^{ère} phrase RAI, ce revenu doit être estimé en se basant sur le salaire de référence ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2022, indexé à 2023.

En prenant comme référence le total des salaires englobant les secteurs 2 production et 3 services du TA_skill level, total hommes, niveau de compétences 1 de l'ESS 2022, le revenu annuel obtenu est de CHF 63'660.- (CHF 5'305.- x 12), soit CHF 66'365.55 après adaptation à la durée usuelle de travail hebdomadaire dans les entreprises de 41,7 heures) et de CHF 67'493.75 après indexation de 1.7% pour 2023. Puis, pour tenir compte du taux de capacité de travail encore exigible de 50%, ce salaire statistique doit encore être divisé par deux pour obtenir le montant de CHF 33'746.90.

Pour la période du 1^{er} avril 2023 au 31 décembre 2023, il convient par ailleurs d'appliquer la déduction forfaitaire de 10% prévue par l'art. 26^{bis} al. 3 RAI en cas de capacité fonctionnelle de 50% ou moins pour obtenir un salaire d'invalidé ainsi estimé à CHF 30'372.20.-. Comparé au revenu sans invalidité de CHF 70'775.25, ce montant aboutit à un taux d'invalidité de 57.09%, ouvrant le droit à une rente de 57%.

Puis, pour la période à partir du 1^{er} janvier 2024, la déduction forfaitaire étant portée à 20%, en application de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès cette date, le salaire d'invalidé ainsi estimé est réduit à CHF 26'997.50. Comparé au revenu sans invalidité CHF 70'775.25, ce montant aboutit à un taux d'invalidité de 61.85%, ouvrant le droit à une rente de 62%.

8.4. Sur le vu de ce qui précède, la décision attaquée sera modifiée dans le sens que le recourant a droit à une rente de 57% du 1^{er} avril 2023 au 31 décembre 2023 et de 62% à partir du 1^{er} janvier 2024 et la cause sera renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour fixation du montant de ces rentes.

Le recours sera ainsi partiellement admis dans ce sens.

9. *Frais et indemnité de partie*

9.1. L'admission partielle du recours et l'augmentation du droit à la rente de 50% à 57%, respectivement 62%, alors que le recourant concluait à ce qu'un droit à une rente entière lui soit reconnu, équivaut à un gain de cause très partiel qui peut être estimé à un quart.

Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont en conséquence mis à la charge du recourant à concurrence de CHF 600.-, montant prélevé sur son avance de frais de CHF 800.-, le solde de CHF 200.- lui étant restitué.

Le solde des frais de procédure, soit CHF 200.-, est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité.

9.2. Pour les mêmes motifs, le recourant a droit à une indemnité très partielle pour ses frais de défense.

Le 28 avril 2026, son mandataire a produit sa liste de frais faisant état de CHF 13 heures et 20 minutes de travail, correspondant à CHF 3'333.35 au tarif de CHF 250.- par heure. Cette durée est raisonnable et peut être retenue. En y ajoutant des débours fixés globalement à CHF 100.-, ainsi que la TVA de CHF 278.10 calculée au taux de 8.1% sur le montant total de CHF 3'433.35, l'indemnité pour un gain de cause complet serait de CHF 3'711.45, TVA comprise.

Compte tenu d'un gain de cause évalué à un quart, l'indemnité partielle allouée sera fixée à CHF 927.85, y compris CHF 69.50 de TVA à 8.1% et mise à la charge de l'autorité intimée.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours est partiellement admis.

Partant, la décision attaquée est modifiée dans le sens que A. _____ a droit à une rente de 57% du 1^{er} avril 2023 au 31 décembre 2023 et de 62% à partir du 1^{er} janvier 2024.

II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant à concurrence de CHF 600.-, montant prélevé sur son avance de frais de CHF 800.-, le solde de CHF 200.- de l'avance de frais lui étant restitué.

III. Le solde des frais de procédure, soit CHF 200.-, est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité.

IV. L'indemnité de partie allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 927.85, y compris CHF 69.50 de TVA à 8.1%, à verser en main de son mandataire, et 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 12 août 2026/msu

La Présidente

La Greffière-stagiaire