

FR_GERICHTE 605 2017 163 vom 26. November 2018

FR Kantonsgericht, 2018-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_163

FR: FR_GERICHTE 605 2017 163 du 26 novembre 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 163 del 26 novembre 2018

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Le recours est recevable. Il 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 qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale 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.

E. 3.1

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière.

E. 3.2

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

469). 3.2.1. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 Lorsque le salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée est supérieur à la moyenne (notamment en cas de rémunération à la tâche, comme en l'occurrence, cf. arrêts TF U 400/00 du 18 janvier 2001 consid. 2b; I 456/00 du 13 décembre 2000 consid. 3b et les références), il ne peut être pris en considération au titre de revenu sans invalidité que s'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la personne assurée aurait continué à le percevoir. Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt TF 9C_5/2009 du 16 juillet 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 IV n° 58 p. 181; voir également arrêts TF 8C_592/2017 du 16 mars 2018 consid. 2.2; 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.4; I 95/03 du 28 janvier 2004 consid. 4.2.2; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2082 p. 552; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3e éd. 2014, nos 47 ss ad art. 28a). 3.2.2. De jurisprudence constante, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si 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 encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalide (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; ATFA 1968 188; 1961 39 consid. 2; 1960 249 consid. 2 p. 253; RAMA 1991 n° U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la

question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références).

E. 4.1

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

E. 4.2

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3). A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée,

le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12

E. 5.1

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 5.2

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

E. 5.3

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par

l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

E. 6

Il n'est pas contesté que la capacité de travail du recourant était nulle du 25 février 2014 au 31 août 2015. Le recourant a travaillé auprès de son employeur à un taux de 20% depuis cette dernière date jusqu'au 30 novembre 2015, au lendemain duquel il a commencé à travailler à 50%. En l'espèce, le recourant soutient avoir droit à une rente entière au-delà du 30 novembre 2015.

E. 6.1

Depuis le 1er mars 2016, l'OAI considère que son assuré possède une pleine capacité de travail dans son activité de conseiller en assurance. Il se fonde sur les conclusions du Dr C._____, l'expert en orthopédie qu'elle a mandaté. Dans son rapport du 1er mars 2016, l'expert retient la seule "gonarthrose primaire bilatérale modérée prédominante à droite péjoré depuis l'hiver 2013" comme diagnostic invalidant. Selon lui, cette atteinte à la santé cause des limitations fonctionnelles, empêchant l'assuré d'avoir une capacité de travail entière dans une activité qui ne serait pas parfaitement adaptée. Il s'agit d'une activité sédentaire ou semi-sédentaire permettant l'alternance des positions ainsi que sans port de charges de plus de 10 kg, travaux à genoux ou accroupis, marche en terrain irrégulier et besoin d'emprunter des escaliers ou des pentes à répétition. Il estime que l'assuré "possède un CFC d'employé de commerce et un brevet fédéral d'assurance qui peuvent lui permettre, a priori, de trouver un travail adapté aux limitations fonctionnelles" (dossier OAI, p. 93). Les conclusions de l'expert sont fondées sur l'étude du dossier assécurologique – lequel comprend, outre les rapports des médecins traitants, des relevées d'imagerie médicale – ainsi que sur un entretien avec le recourant du 17 février 2016. A cette occasion, ce dernier a été en mesure de décrire ses troubles qui l'empêcheraient de tenir une position debout ou assise durablement, mais aussi de conduire ou marcher durant plus d'une demi-heure. Pour sa part, l'expert a pu procéder à des examens complets de l'assuré, en pleine connaissance de l'anamnèse et de la situation médicale. Il confronte, par exemple, les plaintes à ses propres constats ce qui le conduit à relever que, bien qu'il n'y ait "pas de phénomènes d'exagération de symptômes ou autre", l'assuré semble "sous-estime[r] sa capacité de travail" au vu de son comportement lors de l'examen. L'expert motive dument ses conclusions, tant s'agissant de l'état de santé que de l'évaluation de la capacité de travail. Il admet ainsi que l'état des deux genoux va se péjorant et que, sur le plan chirurgical, la situation est bloquée dès lors qu'il n'est pas encore temps de réaliser une arthroplastie, suggérant de "persévérer et optimiser

le traitement conservateur de la gonarthrose de l'assuré". S'agissant de la problématique de la capacité de travail, l'expert relève que "selon l'assuré, son métier de conseiller en assurance n'est pas adapté aux limitations fonctionnelles, car il implique de nombreux déplacements en voiture pour visiter les clients et de utiliser souvent des escaliers.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Il travaille à 50% depuis le 1er décembre 2015. Cette incapacité de travail de 50% est, à priori, justifiée". Par contre, "dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles préalablement décrites, la capacité de travail de l'assuré est complète, sans diminution de rendement". Se référant tant aux plaintes du recourant qu'à ses propres constats cliniques, l'expert conclut donc à l'existence d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il ressort de ce qui précède que l'expertise du 1er mars 2016 du Dr C._____ est convaincante et peut, dès lors, être suivie.

E. 6.2

Les conclusions de l'expert n'apparaissent au demeurant pas mises en doute par l'avis contraire du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. A ce stade, on relèvera que l'avis de son prédécesseur, le Dr E._____, médecin praticien et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, est bien antérieur aux dernières interventions. Il ne prend dès lors pas en compte l'évolution qui les a suivies, de sorte qu'il ne peut permettre de trancher le présent litige (cf. dossier OAI, p. 176, 205, 226 et 231). En mars 2015, lorsqu'il commence à suivre ce patient, le Dr D._____ faisait état des diagnostics invalidants d'"échec sur chirurgie du genou droit", de "chondropathie rotulienne et du plateau tibial interne ainsi que du condyle fémoral interne stade IV (Genou droit)", d'"ostéochondromes multiples (genou droit)", de "chondropathie fémoro-tibiale externe du genou gauche" et de "chondropathie fémoro-rotulienne interne du genou gauche" (rapport du 13 mars 2015, dossier OAI, p. 188). Ces diagnostics ne seront pas modifiés par la suite (cf. dossier OAI, p. 122, 156 et 167), quand bien même le médecin a procédé à plusieurs interventions chirurgicales en avril et mai 2015. S'agissant de la problématique de la capacité de travail, le médecin estime que celle-ci est très restreinte après les interventions subies par le recourant (entre 0 et 25%; cf. rapports des 13 mars, 25 juin et 20 août 2015, dossier OAI, p. 156, 167 et 188). Ensuite, depuis novembre 2015 et jusqu'à ce jour, il atteste, d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Au titre de limitations fonctionnelles, il indique que "toute déambulation et en particulier en terrain irrégulier, la montée et la descente des escaliers sont à proscrire en raison des douleurs". Il retient des limitations dans le maintien des la position debout ou assise, à genoux, accroupie ou abaissée, ainsi qu'en lien avec les déplacements. A l'instar de l'expert, il atteste également d'une limitation quant au port de charge (cf. rapport du 5 novembre 2015, dossier OAI, p. 122). On constate ainsi que l'expert et le médecin traitant font état de limitations fonctionnelles semblables. Bien plus que par la nature des limitations, c'est bien sur l'importance de celles-ci que les avis des deux médecins divergent. Par exemple, alors que l'expert estime que l'assuré devrait pouvoir porter des charges de moins de 10 kg, le médecin traitant fixe la limite à des poids de 1 kg. De même, alors que l'expert pense que l'assuré peut travailler dans une activité adaptée à temps plein, le médecin traitant fixe la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée depuis novembre 2015 (cf. rapport du 5 novembre 2015, dossier OAI, p. 122). Cependant, l'appréciation du médecin traitant n'apparaît pas entièrement crédible. Il ne faut, en effet, pas perdre de vue que l'assuré est encore jeune et que les atteintes à sa santé sont limitées

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 aux genoux. L'on peine dès lors à comprendre comment de telles atteintes empêcheraient l'assuré de porter des charges légères (moins de 10 kg) ou de travailler à temps plein dans une activité parfaitement adaptée. L'on doit, au contraire, raisonnablement considérer que sa capacité de travail n'est pas limitée dans une activité légère, permettant l'alternance des positions et sans grand déplacements; à tout le moins, dite capacité de travail n'est pas plausiblement limitée dans la mesure alléguée par le médecin traitant. Il apparaît que le médecin traitant semble ici enclin à prendre parti pour son patient. Mis dans le contexte de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, cela peut se justifier par la relation de confiance qui le lie à son patient, laquelle est un motif justifiant d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert (cf. consid. 5.3 ci-avant). Au demeurant, le recourant semble souvent renoncer à prendre le traitement antidouleur, pourtant prescrit par son médecin. L'expert indique ainsi que celui-ci "consomme rarement 1 comprimé d'Irfen 400 ou 1g de Dafalgan" (dossier OAI, p. 93), constat confirmé par les déclarations du recourant à l'occasion d'un entretien avec l'assurance-invalidité (entretien du 26 octobre 2015, dossier OAI, p. 134). Cela va dans le sens des affirmations de l'expert qui souligne la tendance probable de l'assuré à surévaluer ses douleurs, motif extra-médical qui n'a pas à être mis à la charge de l'assurance-invalidité. Partant, la Cour se réfère aux conclusions du Dr C._____ et retient que le recourant est en mesure d'exercer une activité adaptée, à temps plein et sans perte de rendement. Cette activité doit être sédentaire ou semi-sédentaire, permettre l'alternance des positions et ne pas imposer de port de charges de plus de 10 kg, de travaux à genoux ou accroupis, de marche en terrain irrégulier et d'emprunter des escaliers ou des pentes à répétition.

E. 6.3

Dans son mémoire de recours, l'assuré soutient que son activité habituelle de conseiller en assurance n'est pas conforme à ces restrictions, de sorte que l'OAI devrait procéder à une comparaison des revenus. Dans son rapport d'expertise du 1er mars 2016, le Dr C._____ estime que l'activité telle que décrite par le recourant, soit imposant de longs déplacements en voiture et imposant de monter de nombreux escaliers, ne peut être exercée qu'à mi-temps. Par contre, il relève que l'assuré "a une formation qui lui permettra d'avoir un métier adapté aux limitations fonctionnelles qui résultent de ses problèmes de genoux" et que "dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles préalablement décrites, la capacité de travail de l'assuré est complète, sans diminution de rendement" (dossier OAI, p. 93). En outre, dans un complément d'expertise du 14 février 2017, il précise que "à [s]on avis, le métier de conseiller d'assurance peut très bien être adapté aux limitations fonctionnelles" (dossier OAI, p. 38). Ce raisonnement peut être confirmé. Il est certes probable que l'activité actuelle impose des déplacements, dont des montées et descentes d'escaliers ou de la marche en terrain irrégulier. Cependant, à lire les conclusions de l'expert, le recourant reste en mesure de réaliser de tels mouvements, pour autant que cela ne soit pas récurrent. Or, l'activité de conseiller en assurances n'impose vraisemblablement que des marches (y compris dans les escaliers ou sur un terrain irrégulier) sur de courtes distances (par exemple du véhicule au domicile du client). Pour leur part, les déplacements en voiture sont également limités dans la mesure où l'assuré travaille pour une agence régionale entourée de trois

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 autres agences à moins de 20 km. Cette activité permet en outre d'alterner les positions et n'impose pas des positions ou des charges inadaptées. Enfin, en particulier dans le travail hors locaux, elle donne une certaine souplesse dans la

gestion du planning, permettant d'optimiser les déplacements et d'organiser, si nécessaire, des moments de pause ou de repos. L'activité actuelle de conseiller en assurances doit donc être considérée comme adaptée. Il ressort de ce qui précède que le recourant est toujours en mesure d'exercer l'activité de conseiller en assurance, en dernier lieu à temps plein.

E. 7.1

Dans la mesure où l'ancienne activité est compatible avec les limitations fonctionnelles du recourant, l'étendue de la perte de gain résultant de l'incapacité de travail devrait correspondre au pourcentage du salaire qu'il aurait touché s'il était demeuré en bonne santé. Il est dès lors possible, de procéder à une comparaison en pour cent pour évaluer la perte de gain et, partant, l'invalidité du recourant. Dans ces circonstances, la capacité de travail du recourant doit être considérée comme nulle du 25 février 2014 au 31 août 2015, puis de 20% jusqu'au 30 novembre 2015. Cela correspond à la capacité de travail médicalement attestée par ses médecins. Son degré d'invalidité est dès lors supérieur à 70% pour cette période. Depuis le lendemain et jusqu'à la fin février 2016 – mois de l'expertise du Dr C. _____ – le recourant travaillait auprès de son employeur à un taux de 50%, taux qui correspondait alors également à la capacité de travail médicalement attestée par l'ensemble des pièces au dossier. Ce taux de 50% peut être retenu comme son degré d'invalidité pour cette période. Enfin, depuis le 1er mars 2016, le recourant était en mesure de reprendre son travail de conseiller en assurance à temps plein, sans perte de rendement, en se fondant sur les conclusions du Dr C. _____. Il n'y a dès lors plus de perte de gain et le degré d'invalidité doit être considéré comme nul.

E. 7.2

Cependant, dans la décision litigieuse, il apparaît que l'autorité intimée n'a pas pris en compte le délai de "transition" de trois mois figurant à l'art. 88a RAI, lequel s'applique non seulement dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGa), mais également lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d). Dans ces circonstances, la Cour modifie la décision contestée et reconnaît au recourant le droit à une rente entière du 1er février 2015 (échéance du délai d'attente d'une année) au 29 février 2016, compte tenu des trois mois du délai précité. Par la suite, du 1er mars 2016 au 31 mai 2016, il a droit, toujours en application des règles temporelles qui précèdent, à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50%. Enfin, dès le 1er juin 2016, le droit à une rente doit lui être nié.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12

E. 8.1

Sur le vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours et modifier la décision litigieuse en ce sens que l'assuré a droit à une rente d'invalidité entière pour la période du 1er février 2015 au 29 février 2016 et à une demi-rente du 1er mars 2016 au 31 mai 2016. En revanche, le droit à la rente s'éteint à partir du 1er juin 2016.

E. 8.2

La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Compte tenu de l'admission très partielle du recours, ils sont proportionnellement répartis (cf. art. 131 al. 1 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]) à raison de CHF 200.- à la

charge de l'autorité intimée et de CHF 600.- à la charge du recourant. Ce dernier ayant versée une avance de frais fixée à CHF 800.-, les frais de procédure sont compensés à hauteur de CHF 600.- et le solde de CHF 200.- lui est restitué.

E. 8.3

Ayant obtenu partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie (cf. art. 61 let. g LPGA et 138 al. 2 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative; CPJA; RSF 150.1). Le 6 septembre 2017, son mandataire a produit sa liste de frais d'un montant total de CHF 3'918.95, soit CHF 3'408.35 au titre des honoraires (13.6 heures à CHF 250.-), CHF 137.- au titre des photocopies, CHF 83.30 au titre des débours et CHF 290.30 au titre de la TVA (8%). Cependant, la liste de frais prend en compte de nombreuses opérations qui n'ont pas à être prises en charge dans le cadre de la procédure de recours dès lors qu'elles sont antérieures à la décision du 28 juin 2017. Elle inclut en outre un tarif des photocopies qui ne correspond pas aux exigences du Tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12). Enfin, il convient de prendre en considération l'admission partielle du recours sur la seule prolongation de la rente, respectivement demi-rente, durant une période de trois mois alors que le recourant concluait à l'octroi d'une rente entière pour une durée indéterminée. La Cour s'écarte dès lors de la liste de frais présentée et fixe ex aequo et bono l'indemnité de partie à CHF 540.-, dont CHF 40.- au titre de la TVA (8%), montant qui permet de tenir compte de l'importance et de la difficulté de l'affaire ainsi que de l'admission partielle du recours. Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision du 28 juin 2017 est modifiée dans le sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité entière pour la période du 1er février 2015 au 29 février 2016 et à une demi-rente du 1er mars 2016 au 31 mai 2016. Elle est confirmée pour le surplus. II. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 200.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 600.- à la charge du recourant; ce montant est compensé avec l'avance de frais de CHF 800.- et le solde de CHF 200.- est restitué au recourant. III. L'indemnité allouée à Me Hervé Bovet, avocat, est fixée à CHF 540.-, dont CHF 40.- au titre de la TVA (8%). Elle est intégralement prise en charge par l'Etat de Fribourg. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 26 novembre 2018/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.