

FR_GERICHTE 605 2017 288 vom 4. Februar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-02-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_288

FR: FR_GERICHTE 605 2017 288 du 4 février 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2017 288 del 4 febbraio 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 14

décembre 2017. Par courriers du 18 décembre 2017 puis du 5 février 2018, l'Instance de céans a demandé au recourant de régulariser son recours. Dans son courrier du 7 février 2018, le recourant indique contester le début de son droit à une rente entière d'invalidité en ce sens qu'il estime avoir droit à une rente entière dès 2013, année où on lui a diagnostiqué un cancer. Vu son état de précarité, il a été renoncé à la perception d'une avance de frais. Dans ses observations du 14 mars 2018, l'OAI conclut au rejet du recours. Il explique avoir augmenté la rente du recourant dès le 1er juillet 2016, soit trois mois après l'aggravation de son état de santé attestée par les médecins dès le 20 avril 2016. Le recourant n'a pas déposé de contre-observations. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales, après régularisation auprès de l'autorité judiciaire compétente, par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 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 830.1), est réputé 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. 2.1. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème 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 i. f.). La reconnaissance de l'existence de l'atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

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 des 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). 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.

3. 3.1. 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. 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).

3.2. Le taux d'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, 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 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982 p. 36).

4. 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.

4.1. Tout changement important de circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5; 126 V 75; VSI 2000 p. 314 consid. 1b). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b; arrêt TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3; arrêt TAF C- 2882/2006 du 14 octobre 2009 consid. 6.3). Pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office), constitue le point de départ temporel pour l'examen du degré d'invalidité la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5).

4.2. Selon l'art. 88a al.1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir

les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si, au contraire, la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, l'art. 88a al. 2 RAI prévoit que ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 5. 5.1. 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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). 5.2. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). 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). 6. Le litige porte uniquement sur la date à partir de laquelle le recourant a droit à une rente entière d'invalidité en lieu et place de la demi-rente qu'il percevait jusqu'alors. Pour résoudre cette question, il s'agit de déterminer le moment où une aggravation de son incapacité de gain a pu être constatée durant trois mois sans interruption notable. Le recourant soutient qu'une telle aggravation est intervenue en 2013 déjà, année durant laquelle il a été opéré en raison d'un cancer. L'OAI considère quant à lui que l'aggravation a débuté au mois d'avril 2016. 6.1. Cet assuré est connu pour un status après polytraumatisme le 2 juillet 1987 avec fracture du bassin, du sacrum, fracture ouverte du pied gauche, associé à des troubles vésicaux. Une invalidité de 57% a été déterminée avec un refus d'augmentation de la rente en 2010. L'assuré est opéré le 24 septembre 2013 d'un méningiome sphéno-orbital qui a fait l'objet d'une radiothérapie post-chirurgicale. Il a

également présenté une épilepsie dans ce contexte. 6.2. Pour déterminer la date à partir de laquelle une incapacité totale de travail a eu lieu, on peut se référer aux éléments médicaux suivants: Dans le rapport de sortie de E._____ du 24 septembre 2013, le Dr B._____, spécialiste en neurochirurgie, indique que l'opération "konnte komplikationslos am 24.09.2013 durchgeführt werden. Die postoperativ durchgeführten Kontrollbilder zeigten einen zum Grossteil entfernten Tumor. Es bestanden kleine Tumorreste links lateral entlang der Orbita, im Orbitatrichter, im Sinus cavernosus, im Sinus sphenoidalis, in den hinteren Ethmoidalzellen sowie in der Fossa infratemporalis links. Postoperativ kam es wiederholt zu nicht-konvulsiven epileptischen Anfällen mit Speecharrests, worauf eine antiepileptische Therapie installiert wurde. Das am 29.09.2013 durchgeführte MRI des Schädels zeigte einen regelrechten Befund. Eine am 10.10.2013 durchgeführte neuroophthalmologische Untersuchung zeigte linksseitig eine Verbesserung des Fernvisus auf 0.5. Der weitere postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos, sodass wir den Patienten am 15.10.2013 in gutem Allgemeinzustand zur Rehabilitation nach Lavigny entlassen konnten". Dans un courrier du 16 avril 2014, le Dr C._____ indique que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé au cours de l'année 2013. Ces aggravations concernent une opération d'un méningiome spléno-orbital avec atteinte de l'éthmoïde et du sinus caveux. Cette tumeur a également déclenché des crises épileptiques. Suite à l'opération, la situation s'est nettement améliorée. Malheureusement, il a encore fait des crises épileptiques immédiatement après l'opération. Grâce à un traitement, la situation s'est calmée. Selon les neurologues, il est incapable de conduire un autocar pour les cinq prochaines années. Il est également incapable de conduire une voiture jusqu'à nouvel avis.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 Dans un rapport médical du 26 mai 2014, le Dr C._____ indique que l'assuré est incapable de travailler à 100% puisqu'à cause des crises épileptiques, il ne peut plus travailler comme chauffeur. Il présente également un status psychoorganique léger suite à cette intervention chirurgicale et une réadaptation n'est guère possible dans ces conditions. Dans son rapport médical du 25 août 2014, le Dr D._____, spécialiste en médecine générale, du Service médical régional, se référant à l'avis du médecin traitant, indique que l'état de santé s'est modifié depuis la décision du 27 septembre 2010. Il reprend également l'appréciation selon laquelle il existe une incapacité complète au moment de son rapport. Dans son rapport médical du 23 octobre 2014, le Dr C._____ relève que son patient n'est absolument pas capable de poursuivre son travail. D'un côté, il n'a plus la capacité de concentration et d'autre part, le traitement pour l'épilepsie rend une reprise de travail comme chauffeur exclue pendant les deux ans qui suivent l'opération. Dans son rapport médical du 3 février 2015, le Dr D._____ du SMR, se référant à l'avis du médecin traitant, indique que l'état de santé s'est aggravé depuis la décision du 27 septembre 2010 et ne peut en l'état être considéré comme stabilisé. Il recommande des rapports intermédiaires et précise que, selon les rapports ultérieurs, des investigations complémentaires pourraient être indiquées. Dans le rapport médical du radio-oncologue de E._____ du 18 juin 2015, il est estimé qu'un potentiel de réinsertion existe. Dans son rapport médical du 3 juillet 2015, le Dr C._____ mentionne que l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible, qu'il y a une diminution de rendement et qu'on ne peut pas exiger de l'assuré une autre activité. Il explique que l'assuré présente un problème pour lequel il reçoit une rente de la SUVA à cause d'une lésion du pied gauche. Tout travail en position debout n'est pas possible. Son problème n'est pas seulement physique puisque, depuis son opération à l'œil, il présente une atteinte cérébrale d'une

certaine importance qui l'empêche de pouvoir reprendre une activité où il doit faire des efforts intellectuels. Il présente également du point de vue psychologique un syndrome de stress post-traumatique avec altération des émotions et impulsivité marquée, perturbation de la conscience avec des relations interpersonnelles perturbées et des troubles visuels. D'autre part, l'évolution est actuellement stable. Un nouvel examen a été fait dans le service de neurologie le 3 juin 2015 qui montre que pour l'épilepsie il n'y a pas d'évolution néfaste d'autant plus qu'il n'y a pas eu de nouvelle crise comitiale. Les neuro-chirurgiens l'ont vu la dernière fois en novembre 2014 où une IRM a été pratiquée qui n'a pas non plus montré d'évolution importante au niveau de son méningiome excisé partiellement. Dans son rapport médical du 2 septembre 2015, le Dr D. _____ du SMR estime, compte tenu des rapports médicaux du médecin traitant et de celui du radio-oncologue de E. _____, que le potentiel de réinsertion en tenant compte des diagnostics posés est controversé et qu'une expertise psychiatrique (et éventuellement neuro-psychologique) est indiquée pour préciser les limitations psychiques. Dans son expertise neurologique du 16 février 2016, le Dr F. _____, spécialiste en neurologie, pose les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail: status après crâniotomie fronto-latéral pour résection d'un méningiome sphénoorbital gauche le 24 septembre 2013 et épilepsie post-opératoire, troubles du comportement d'origine médicamenteuse probable,

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 status après traumatisme du pied gauche après polytraumatisme le 2 juillet 1987. Le Dr F. _____ indique qu'il convient de retenir l'impossibilité de conduire un véhicule sur le plan professionnel, de travailler en hauteur avec des machines dangereuses. La présence de céphalées nouvelles ne pèjore pas une capacité de travail de 60% dans des activités adaptées. Il précise que du point de vue neuro-oncologique, la situation est stabilisée sur le plan de l'épilepsie et des comportements, le pronostic est donc jugé favorable. Il a des ressources sur le plan professionnel qu'il conviendrait d'exploiter au mieux en respectant les limitations fonctionnelles. Il estime que l'état de santé s'est aggravé depuis la décision du 27 septembre 2010 et ce depuis le mois de septembre 2013. Sur demande du SMR, ce médecin a indiqué le 6 juin 2017 que l'assuré était apte à travailler dans une activité adaptée trois mois après l'intervention chirurgicale du 24 septembre 2013. Dans son expertise psychiatrique du 14 février 2017, le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie, pose les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail: trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive subclinique ou en rémission, personnalité avec des traits narcissiques ou caractériels. Le Dr G. _____ considère qu'il n'y a pas d'incapacité de travail actuellement. Il estime qu'il est probable qu'entre 2013 et 2014 des suites de ses problèmes de santé l'assuré a présenté un trouble de l'adaptation qui a joué un rôle dans sa capacité de travail mais difficile à préciser rétrospectivement mais que dès 2015, au niveau psychiatrique, l'assuré a retrouvé son état antérieur et qu'il peut travailler à 100% dans l'activité exercée jusqu'ici. L'expert relève que l'assuré ne présente pas de pathologie psychique valant pour une diminution conséquente de sa capacité de travail ou un empêchement majeur quant à une réinsertion professionnelle mais que en raison probablement de facteurs qui sortent du champ médical (situation économique difficile, âge, des éléments socio-culturels) il fait preuve d'un manque de motivation affichée face à une éventuelle reprise du travail. Selon un rapport médical de E. _____ du 28 mars 2017, une récurrence tumorale a été diagnostiquée dès le 20 avril 2016. Une radiothérapie était alors en cours. Dans son rapport médical du 24 avril 2017 à l'OAI, le Dr C. _____ indique que les neuroradiologues confirment l'aggravation de la situation avec une augmentation de la croissance tumorale dans la région spléno-orbitale

gauche, dans la région de la loge des masticateurs. Une reprise des traitements (177-LU-DOTATATE) a eu lieu en janvier 2017, un deuxième cycle en mars 2017 et un troisième prévu fin mai 2017. 6.3. Quant au moment à partir duquel une dégradation de la capacité de gain est établie, la Cour de céans relève d'abord que, sans que cela soit contesté, le recourant s'est trouvé en incapacité de travail totale dès la date à laquelle un cancer lui a été diagnostiqué, soit le 23 août 2013 (voir partie en fait, let. C). Cela implique que, même à suivre l'avis le plus optimiste donné par l'expert neurologue, selon lequel le recourant aurait recouvré une capacité de travail à 60% dans une activité adaptée trois mois après l'intervention chirurgicale du 24 septembre 2013, la dégradation de la capacité de gain a duré au moins quatre mois. Or, une telle période durant laquelle une aggravation a pu être constatée est suffisante pour être déterminante pour l'accroissement du droit aux prestations. Ainsi, en application de l'art. 88a al. 2 RAI, même dans l'hypothèse la plus optimiste retenue par Dr F. _____, l'OAI aurait dû constater l'existence d'une péjoration sur une période de trois mois à partir de l'aggravation de la capacité de travail survenue le 23 août 2013 et admettre le droit à

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er novembre 2013. Quant à l'hypothèse d'une nouvelle amélioration durable de la capacité de gain qui serait survenue ultérieurement et constituerait un nouveau changement déterminant au sens de l'art. 88a al. 1 RAI, il s'agit d'une autre question. 6.4. S'agissant de l'hypothèse évoquée ci-dessus d'une nouvelle amélioration durable de la capacité de gain, il est constaté d'emblée que le seul avis émis le 6 juin 2017 par l'expert neurologue, formulé postérieurement à l'expertise suite à une demande de complément de l'OAI, n'est guère convaincant et ne permet pas d'établir que le recourant aurait effectivement recouvré sa capacité de gain partielle à partir du 24 décembre 2013. Cela ressort en particulier de ce qui suit. Au moment de l'aggravation de son état de santé survenue le 23 août 2013, le recourant avait bénéficié d'un premier reclassement qui l'avait finalement conduit à exercer la profession de chauffeur de bus scolaire à partir de 2002, soit durant plus de dix ans. Or, suite à cette aggravation, en raison d'un risque de crise d'épilepsie, le recourant a été déclaré inapte à la conduite d'autocars durant cinq ans, de telle sorte que sa capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle à long terme. Pour la même raison, le recourant a été déclaré provisoirement incapable de conduire une voiture. Dans ces conditions, on ne voit pas pourquoi cette aggravation de son état de santé lui permettrait subitement et à nouveau, comme le préconise l'expert- psychiatre, de reprendre son ancienne activité d'aide-garagiste qui s'est à l'époque révélée inadaptée dans les faits. Cela est d'autant moins le cas qu'on peut légitimement se demander si une telle activité est réalisable lorsqu'on est déclaré inapte à la conduite. Ainsi, à la fin 2013, le recourant s'est retrouvé en incapacité de travail totale dans son activité habituelle qui avait fait suite à un premier reclassement. Vu cette incapacité de travail, régulièrement attestée par son médecin traitant et pour laquelle il a perçu des indemnités de son assurance perte de gain maladie, on ne pouvait pas attendre de lui qu'il exerce à ce moment et dans les mois qui ont suivi une quelconque activité professionnelle en exigeant de lui une auto- réadaptation dans un métier qui resterait à déterminer. Cela est particulièrement évident à la lecture des rapports précités du 25 août 2014 et du 3 février 2015 rédigés par le médecin du SMR qui retenait à ces dates que l'incapacité de travail était complète pour l'instant, que l'état de santé s'était aggravé et n'était pas stabilisé et qu'il conviendrait de préciser ultérieurement si des mesures exigibles permettraient d'améliorer le potentiel de réinsertion. Ce n'est du reste qu'en juin 2015 que les médecins de E. _____ ayant traité son cancer ont attesté d'une capacité pour le

recourant à suivre de telles mesures (dossier AI p. 988). A cela s'ajoute que l'OAI n'a durant plus de trois ans pas exigé de lui la moindre démarche permettant de vérifier ou de concrétiser un éventuel recouvrement d'une capacité de travail partielle et durable dans une activité adaptée. Dans ces conditions, cette hypothèse ne peut pas être retenue. 6.5. Il résulte de ce qui précède qu'une aggravation de l'état de santé, entraînant une dégradation de la capacité de gain du recourant est apparue le 23 août 2013, ouvrant le droit à une rente entière dès le 1er novembre 2013, et qu'une amélioration durable de cette capacité survenue par la suite – avant la nouvelle dégradation due à la récurrence du cancer en mai 2016 – n'est dans le même temps pas établie. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et une rente entière d'invalidité octroyée au recourant dès le 1er novembre 2013.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 Compte tenu de l'issue du recours, les frais de justice, ici fixés à CHF 800.- sont mis à la charge de l'autorité intimée. la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision attaquée est annulée et une rente entière d'invalidité est octroyée au recourant dès le 1er novembre 2013. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.- sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité. III. 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 4 février 2019/mfa Le Président : La Greffière-rapporteuse :

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