

FR_GERICHTE 605 2018 59 vom 29. Oktober 2018

FR Kantonsgericht, 2018-10-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_59

FR: FR_GERICHTE 605 2018 59 du 29 octobre 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2018 59 del 29 ottobre 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 8

juillet 2016. O._____ a en outre pris en charge les interventions subies, dont, notamment, la pose d'un dispositif de neurostimulation le 17 mars 2014 et son remplacement le 13 avril 2015. Par décision du 26 juillet 2017, confirmée sur opposition le 29 septembre 2017, O._____ a refusé de lui allouer une rente, se fondant sur un degré d'invalidité de 0.09%, mais lui a, par contre, reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 10%. Cette décision a été contestée devant le Tribunal cantonal (cause 605 2017 241) qui statuera sur l'affaire dans un arrêt séparé. D. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, le 2 juin 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci- après: OAI) en raison d'une "lésion [de la] cheville droite". Dans une communication du 4 novembre 2010, l'office lui a reconnu le droit à la prise en charge du permis camion et remorque, permis qu'il a obtenu. Par décision du 1er février 2018, l'OAI lui a alloué une rente entière du 1er novembre 2010 au 31 août 2014. Pour la période ultérieure, le degré d'invalidité a été fixé à 5.58% et la rente supprimée.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 17 E. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal les 9 et 26 mars 2018, concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière pour une durée indéterminée. A l'appui de ses conclusions, il indique avoir commencé une activité dans le transport, mais qu'il est en incapacité de travail à 50% médicalement attestée par son généraliste traitant. Il précise prendre des traitements antalgiques incompatibles avec cette activité, contestant toute pertinence à la simulation de conduite effectuée au sein de C._____, celle-ci n'ayant duré que quelques minutes. Outre l'avis de son généraliste, il se prévaut également de l'opinion de son anesthésiologiste pour affirmer que sa capacité de travail est limitée dans l'activité de chauffeur poids-lourd. Il conteste ensuite les rapports des médecins d'arrondissement de O._____ dès lors qu'ils ne l'ont jamais examiné en personne, contrairement à ses propres médecins. Il soutient en outre que les médecins d'arrondissement et les médecins de C._____ ne tiennent pas compte du fait qu'il n'est pas en mesure de rester assis durant de nombreuses heures – ce qui n'a pu être observé que dans le cadre de l'exercice effectif de l'activité de chauffeur –, de ses douleurs et de sa fatigabilité. A cet égard, il estime que la fréquence et la durée des ateliers effectués à C._____ ne sont pas représentatives d'une activité professionnelle exercée à plein temps, sans compter que, suite à son séjour, il lui a été nécessaire de se reposer. Pour ces motifs, il soutient ne posséder qu'une capacité de travail de l'ordre de 30-40%. Enfin, il regrette qu'il

n'ait été tenu compte d'aucun abattement de son revenu statistique dès lors qu'il est notoire que ses perspectives salariales sont affaiblies du fait de ses limitations fonctionnelles. A tout le moins, il demande que des investigations soient faites quant à ses lombalgies, qu'il estime invalidantes. Le 29 mars 2018, le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 1er mai 2018, l'OAI propose le rejet du recours, se référant au contenu de sa décision et aux pièces de son dossier. Dans une détermination spontanée du 12 juillet 2018, le recourant a maintenu ses conclusions, précisant que, selon le mode d'emploi, le dispositif de neurostimulation doit être éteint en cas de conduite dès lors qu'il est susceptible de provoquer des mouvements involontaires. Cette absence de neurostimulation devrait être compensée par la prise de traitements antalgiques, également incompatibles avec cette activité. Invitée à prendre position sur cette détermination, l'OAI renvoie à l'avis du médecin de son Service médical régional (ci-après: SMR). Il sera fait état des arguments, développés par les parties 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. 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 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. 3. 3.1. 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). 3.2. 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. 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). 4. 4.1. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le principe inquisitoire n'est toutefois pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). 4.2. 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). 4.3. 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). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). 4.4. 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 lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). La jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, mais n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance (arrêt TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3). 4.5. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme

d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 5. Dans la décision litigieuse, l'OAI a retenu que la capacité de travail du recourant, restreinte depuis le 13 novembre 2009, s'était améliorée dès le 25 juin 2014, date à partir de laquelle il aurait pu exercer une activité de chauffeur poids-lourd à plein temps. Puis, il lui a reconnu une nouvelle période d'incapacité de travail du 20 mai 2015 au 13 décembre 2015, l'activité de chauffeur poids-lourd pouvant être reprise à plein temps. Cette décision se fonde sur le rapport du Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, du SMR, du 30 mai 2017. Actuellement, selon le médecin du SMR, dans une activité adaptée, le recourant peut travailler à "100% sans diminution de rendement". Cette activité doit respecter les limitations fonctionnelles suivantes: "pas de déplacements sur terrain inégal ou en pente, de travaux à genoux ou en position accroupie, d'utilisation d'escaliers, de ports de charges de plus de 10 kg, de ports de charges en marchant ni de déplacements prolongés sur le sol plat (200m)" (rapport du 30 mai 2017, dossier OAI, p. 941). Le médecin y retient le début de l'incapacité de travail "dès le 13.11.2009, à l'occasion de la nouvelle révision chirurgicale des péroniers droits avec évolution défavorable". Celle-ci doit être considérée comme pleine depuis le "25.06.2014, date du consilium ORL démontrant l'absence d'atteinte vestibulaire durable, ceci après la pose avec succès du neurostimulateur en mars 2014". Il retient également une période d'incapacité de travail du "20.05.2015, date de l'accident de moto avec fracture claviculaire et de l'omoplate droites, [au] 14.12.2015, date de la dernière consultation chez le Dr Kohut pour cet accident" (dossier OAI, p. 941). Dans la mesure où le médecin du SMR ne se fonde pas sur un examen clinique, son avis médical ne peut être qu'une recommandation indiquant quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (cf. arrêt TF 9C_839/2015 précité). Il convient dès lors d'examiner si les conclusions du Dr D._____ et, partant, la décision litigieuse, sont confirmées par les pièces du dossier. 6. 6.1. L'existence d'une pleine capacité de travail est confirmée par les médecins de C._____ dans leur rapport final du 12 juillet 2016. Ils y font uniquement état de limitations en lien avec une problématique orthopédique et émettent les restrictions suivantes: "la marche sur les terrains irréguliers, les positions accroupies à genoux, les activités dans les échelles, la marche dans les escaliers, la marche très prolongée ou le port de lourdes charges en se déplaçant". Ils attestent de "l'absence de limitation pour un niveau d'effort léger (port et déplacements: entre 5 et 10 kg dans Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 toutes les positions)" sans avoir "trouvé de limite à la position assise prolongée". Si un problème rachidien est évoqué, il "ne pose pas de limitation sur le plan professionnel". En outre, aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu pour ce patient "connu pour un épisode dépressif en rémission". Ils précisent enfin avoir "retenu une capacité professionnelle de 100% dans la profession de chauffeur de

poids-lourd" (dossier O. _____, pièce 386). Pour rendre leurs conclusions, les médecins de C. _____ ont eu à disposition les pièces du dossier asséculogique, leur donnant en cela une pleine connaissance de l'historique médical. Durant son séjour de deux semaines dans la clinique, l'assuré a été amené à passer des examens complets, notamment par le biais d'imageries médicales, ainsi qu'à participer à de nombreuses séances d'ergothérapie et d'ateliers professionnels, cela cinq jours par semaine, de 8h à 17h. Il a en particulier été évalué sur un simulateur de conduite le 5 juillet 2016 (test d'environ une heure; cf. dossier O. _____, pièce 466). Les conclusions des médecins se fondent dès lors sur des examens complets, lesquels leur ont permis d'évaluer de manière claire et précise l'état de santé objectif du recourant et, notamment, ses limitations fonctionnelles. Pour sa part, lors des différents entretiens avec le personnel de la clinique, l'assuré a été en mesure de décrire ses douleurs et ses limitations, faisant alors notamment état de douleurs lombaires basses, exacerbées par certaines positions, ainsi qu'à la malléole droite en cas de mouvement de la cheville, mais pas en cas de position assise prolongée. Enfin, les médecins procèdent à une appréciation claire de la situation médicale, faisant une distinction des raisonnements selon les disciplines traitées, dans des rapports séparés. Les conclusions de chaque discipline sont synthétisées dans un rapport final, lequel fait une appréciation globale de la situation médicale et des limitations fonctionnelles. Les conclusions des experts sont donc clairement explicitées et motivées. Les conclusions des médecins de C. _____ sont également confirmées par d'autres rapports médicaux figurant au dossier. Le Dr E. _____, spécialiste en neurologie, du centre médecine des assurances de O. _____, considère en effet que le rapport de la clinique ne justifie aucune remarque et se rattache entièrement à ses conclusions, indiquant qu'il n'est pas nécessaire de procéder à un autre bilan médical à l'agence (rapport du 26 octobre 2016, dossier O. _____, pièce 393; cf. ég. rapport du 5 juin 2018, bordereau ultimes remarques 605 2017 241, pièce 1). Le médecin d'arrondissement de O. _____, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, y fait également entièrement référence, confirmant une pleine capacité de travail comme chauffeur poids-lourd (dossier O. _____, pièce 400). L'avis des médecins de C. _____ apparaît ainsi remplir pleinement les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). C'est dès lors à juste titre que le Dr D. _____ a retenu qu'il existait une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée. On rappellera, enfin, que les conclusions des médecins de C. _____ ont également été suivies par l'Office cantonal de la circulation et de la navigation (ci-après: OCN). En effet, en novembre 2015, l'autorité qui a pour charge de décider de l'admission des personnes à la circulation routière (cf. art. 2 al. 1 let. a de la loi du 7 mai 1996 sur l'Office de la circulation et de la navigation; LOCN; RSF 122.23.7) – et donc en cela de décider sur l'aptitude médicale à conduire un véhicule automobile – avait retiré le permis de conduire des catégories C, C1, D et D1 au recourant. Ces permis ont été restitués une semaine après le séjour à la clinique, en juillet 2016, les médecins de

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 cette dernière ayant transmis leurs conclusions à l'OCN (dossier O. _____, pièce 386; cf. recours du 19 octobre 2017). 6.2. L'existence d'une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée n'est pas mise en doute par les autres pièces au dossier y compris celles produites par le recourant. Ce dernier se prévaut ainsi de l'avis de ses médecins traitants, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr H. _____, spécialiste en anesthésiologie, dont l'estimation de la capacité de travail dans l'activité de chauffeur

poids-lourd différerait. 6.2.1. Le premier estime la capacité de travail à 50% dans l'activité de conducteur de poids-lourd. Il soutient que les douleurs de son patient rendent la conduite impossible sans pouvoir être diminuées, dès lors que les remèdes antalgiques ne sont pas compatibles avec la conduite d'un véhicule (rapport du 18 décembre 2017, bordereau contre-observations 605 2017 241, pièce 2). Cependant, il ressort de la lecture de la notice d'information que le Tramadol n'est pas nécessairement incompatible avec la conduite de véhicules (cf. compendium.ch; cf. ég. dossier OAI, p. 799). En outre, force est de relever que, lors d'un téléphone du 10 octobre 2012, le médecin affirmait déjà que son patient ne pourrait plus exercer l'activité de chauffeur et que sa capacité de travail serait de 50% (dossier OAI, p. 466). Le médecin évoquait ainsi la thèse de l'incapacité de travail de son patient avant que celui-ci ne séjourne, pour la seconde fois, à C._____. C'est ce qu'il maintient jusqu'à ce jour et ne peut être interprété que comme une appréciation différente des médecins de la clinique. Dans ces circonstances, l'opinion divergente du généraliste, étant relevé que celui-ci n'est consulté que de manière irrégulière (cf. dossier OAI, p. 477, 783 et 793), ne saurait mettre en cause l'évaluation médicale complète et approfondie des spécialistes de C._____. 6.2.2. Pour sa part, le Dr H._____ affirme que "les douleurs résiduelles et la fatigabilité [de son patient] ont sans aucun doute un impact sur le taux d'activité". Il estime ainsi que l'activité de chauffeur poids-lourd devrait être adaptée et respecter des limitations en lien, notamment, avec les positions, les déplacements, le port de charges et la possibilité de changer de position. Dans cette activité adaptée, il considère qu'il "est raisonnable d'estimer le taux d'activité exigible dans une activité adaptée entre 30 et 40%" (rapport du 18 décembre 2017, bordereau contre-observations 605 2017 241, pièce 3). Ces conclusions sont fondées, de manière non négligeables, sur les plaintes de l'assuré dont, notamment, les douleurs et la fatigabilité déclarées par celui-ci, alors même que le médecin ne rencontre le patient qu'à des intervalles "annuel[s] voir bisannuels[s]". Le fait que les déclarations de l'assuré sont fondamentales dans l'appréciation de l'anesthésiologiste est admis par celui-ci lorsqu'il indique que "depuis le temps [qu'il suit le recourant] à [sa] consultation d'antalgie, [il a] pu [se] convaincre non seulement de la crédibilité et de la plausibilité de ses plaintes mais également de sa bonne foi et de tous les efforts qu'il met en œuvre pour retrouver une activité professionnelle dans une activité adaptée" (rapport du 18 décembre 2017, bordereau contre-observations 605 2017 241, pièce 3). Dans ces circonstances, il est justifié de se référer avec réserve à l'avis de ce médecin. En outre, il convient de tenir compte du fait que les médecins traitants sont, en principe, enclins à prendre

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 parti pour leur patient vu la relation qui les unit à ce dernier (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Partant, il apparaît que les conclusions du Dr H._____ ne permettent pas de mettre en cause les conclusions des médecins de C._____. 6.3. A ce stade, la Cour prend note des affirmations du recourant selon lesquelles le neurostimulateur provoquerait des "mouvements involontaires" qui contre-indiqueraient toute conduite prolongée, y compris d'un "véhicule standard". Il appert cependant que cette affirmation consiste uniquement en des propos rapportés par le recourant, sa compagne ou son mandataire (cf. not. dossier OAI, p. 682, 685, 799 et 1046). En particulier, le Dr G._____, le Dr H._____ et la Dresse I._____, spécialiste en anesthésiologie et première à proposer la pose du dispositif (cf. dossier OAI, p. 472 et 500), ne font jamais état de limitations quant à la conduite qui seraient liées au port d'un neurostimulateur (cf. not. bordereau contre-observations 605 2017 241, pièce 2 et 3; dossier O._____, pièces 178, 245, 307 et 323). De même, les médecins invités à confirmer

l'intérêt d'implanter un neurostimulateur – le Dr J. _____, spécialiste en anesthésiologie, et les médecins de K. _____ – n'indiquent pas que la conduite de poids-lourd serait mise en cause par ce dispositif (cf. dossier O. _____, pièces 188, 233 et 254). Tout au plus constate-t-on que la notice d'utilisation des appareils de neurostimulation suggère de désactiver l'appareil en cas de conduite dès lors que les interférences électromagnétiques, les changements de posture et les autres activités pourraient causer une augmentation de la stimulation perçue que certains patients ont décrite comme une stimulation inconfortable (cf. cité en anglais dans le rapport du Dr E. _____, bordereau ultimes remarques 605 2017 241, pièce 1). Cependant, selon le Dr E. _____, "le port d'un neurostimulateur ne représente pas, selon ce document, une contre-indication formelle à la conduite automobile, soit-elle privée ou professionnelle. Il s'agit d'une mesure de précaution [...] qui fait appel au bon sens des personnes concernées et de leurs soignants tout en leur laissant quelque latitude" (bordereau ultimes remarques 605 2017 241, pièce 1). Au final, aucun avis médical au dossier n'atteste que le port et l'utilisation d'un appareil de neurostimulation est incompatible avec la conduite de véhicules, y compris de poids-lourd. On relèvera, au demeurant, que le port du dispositif de neurostimulation n'a pas limité le recourant dans la conduite de sa moto sur de longues distances, à tout le moins jusqu'en 2015. En effet, le soir du 17 mai 2015, alors même qu'il venait de se faire remplacer ce dispositif deux mois auparavant, le recourant a été capable de conduire sa moto jusqu'à 150 km de son domicile, lieu où il a subi un accident (coupure des gaz provoquant un mouvement du véhicule et la chute du recourant à l'arrêt; cf. dossier OAI, p. 749). 6.4. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recourant est vraisemblablement en mesure d'exercer, à temps plein et sans perte de rendement, une activité qui n'impose pas de marche sur terrain irrégulier, de positions accroupies ou à genoux, de marche dans les escaliers ou sur des échelles, de marche très prolongée et de port de charges lourdes. L'activité de chauffeur poids-lourd est conforme à ces limitations.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 7. L'autorité intimée fait remonter la pleine capacité de travail du recourant au 25 juin 2014, se fondant sur l'avis du Dr D. _____. A nouveau, il convient d'examiner si le raisonnement du médecin du SMR peut être confirmée par les pièces du dossier. 7.1. La date du 25 juin 2014 correspond à la "date du consilium ORL démontrant l'absence d'atteinte vestibulaire durable, ceci après la pose avec succès du neurostimulateur en mars 2014". Le médecin du SMR indique à cet égard que "la problématique orthopédique puis neuropathique de la cheville droite de l'assuré depuis l'intervention du 13.11.2009 a occasionné un syndrome douloureux invalidant jusqu'à la pose du neurostimulateur en mars 2014 qui a été efficace, malgré l'avis critique des neurologues du [K. ____]. Toutefois, le syndrome de vertiges rotatoires mentionné plus haut a pratiquement directement suivi l'opération et a, également, été à l'origine d'une période d'incapacité de travail dans une activité adaptée jusqu'à la dernière consultation [...] ORL du 25.06.2014" (rapport du 30 mai 2017, dossier OAI, p. 941). 7.2. A l'époque, le patient avait été adressé aux médecins de L. _____ "pour un complément d'investigation en raison de vertiges avec céphalées et cervicalgies persistantes depuis le 22.04.2014 (6 semaines après la pose du neurostimulateur) avec suspicion d'une atteinte de l'angle ponto-cérébelleux droit le 26.04.2014 (déficit facial droit transitoire)". Les médecins relevaient que "le bilan pratiqué en collaboration avec nos confrères neurologues durant l'hospitalisation ne rév[é]lait pas d'anomalie au niveau de la ponction lombaire ou de l'imagerie" et attestaient d'un bilan cardiaque normal (lettre de sortie du 29 septembre 2014; dossier OAI, p. 678; cf. ég. p. 676 et 780). Si les médecins excluaient une origine

"vestibulaire périphérique" des céphalées et cervicalgies, ils n'attestaient cependant pas de leur disparition ni de leur absence d'incidence sur la capacité de travail. Au contraire, les médecins introduisaient un traitement dégressif de Prednisone® visant à éliminer ces troubles, indiquant que "si l'évolution [était] favorable, un contrôle neurologique [ne serait] pas nécessaire". Or, peu après, le 23 juillet 2014, le Dr M. _____, spécialiste en neurologie, avait réintroduit le traitement de Prednisone®, le recourant faisant à nouveau état de céphalées continues, bien que moins importantes qu'auparavant. Au final, malgré une période durant laquelle le recourant a été en mesure d'obtenir le permis camion, force est de constater qu'il ne s'est vu reconnaître une capacité de travail que marginale jusqu'à son second séjour à C. _____, du 20 juin au 8 juillet 2016 (dossier O. _____, p. 386). En effet, jusqu'à cette date, un seul médecin, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en rhumatologie, attestait que son patient était en mesure de travailler mais à une période où il n'était plus chargé de son suivi (cf. not. dossier OAI, p. 335 et 342). Pour leur part, les autres médecins interrogés, faisaient tous état d'une incapacité totale de travail. Sur la base des conclusions des médecins interrogés à l'époque, la date du 25 juin 2014 apparaît ainsi prématurée pour retenir une pleine capacité de travail. En l'absence de tout élément confirmant le raisonnement du médecin SMR, ses conclusions ne peuvent suivies.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 7.3. Au vu des pièces figurant au dossier, la Cour retient au contraire que l'état de santé du recourant ne s'est réellement amélioré que le 8 juillet 2016, soit le dernier jour de son second séjour à C. _____ (dossier O. _____, p. 386). En effet, même si l'on peut supposer que l'évolution devenait favorable avant cette dernière date, celle-ci correspond dans les faits au moment où, pour la première fois, il a été explicitement attesté que le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée. Sur ce point, dès lors, la décision querellée devra être modifiée.

E. 8.1

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. 8.2

L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire, la méthode spécifique, la méthode mixte et la méthode extraordinaire. 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).

E. 8.3

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). Ce n'est qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible – que la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre le gain qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb et les références). En particulier, si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs ou pour poursuivre sa formation (ou son perfectionnement professionnel) ou si le marché du travail ne lui permet pas d'avoir une activité à plein temps, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et les références). Il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas particulier que l'assuré ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable ou lorsque le dernier salaire obtenu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser - au degré de la vraisemblance prépondérante - s'il n'était pas devenu invalide (cf. arrêt TF I 12/90 du 15 octobre 1991 consid. 4a, in RCC 1992 p. 94; voir également arrêt TF B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Il y a alors lieu en principe de se rapporter aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (cf. arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 3b, in VSI 1999 p. 246).

E. 8.4

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'invalidé 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).

E. 9.1

Depuis le 13 novembre 2009 (début du délai d'attente d'un an) et jusqu'au 8 juillet 2016, la capacité de travail du recourant est considérée comme nulle.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 Cela lui donne droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, droit qui lui est reconnu six mois après la demande de prestation (art. 29 LAI) jusqu'à trois mois suivant l'amélioration de l'état de santé (art. 88a RAI).

E. 9.2

Pour la période ultérieure, soit dès le moment où son état de santé s'est amélioré (art. 17 LPGA), il convient de se référer à la comparaison des revenus opérée par l'autorité intimée.

E. 9.2.1

Au titre de revenu de valide, l'OAI s'est fondé sur le montant de CHF 75'836.30, correspondant à un "revenu de CHF 73'060.- en 2010", indexé de 3.8% selon "l'indice des salaires nominaux de la branche". Force est de constater que ce montant n'apparaît pas être le salaire perçu par le recourant en 2010, étant relevé qu'il était déjà, à cette période, en incapacité de travail médicalement attestée. En fait, ce montant n'apparaît pas être référencé dans les pièces du dossier. Dans ces circonstances, il convient, bien plus, de se fonder sur un revenu de CHF 71'541.-, correspondant au salaire figurant dans son extrait de compte individuel pour l'année 2008. Compte tenu de l'indexation des salaires dans le secteur de la construction jusqu'en 2016 (cf. OFS, Indice des salaires nominaux par branches [construction]), un montant de CHF 75'628.25 peut être ainsi être retenu comme revenu de valide.

E. 9.2.2

Pour sa part, le revenu d'invalidé a été fondé sur les chiffres de l'ESS 2014, dans le secteur des "transports terrestres, par eau, aériens; entreposage" (TA1_skill_level, branches 49-52, niveau de compétence 1, homme). Comme il a été dit plus haut, une activité de conducteur poids-lourd peut être considérée comme adaptée sur le plan médical de sorte que c'est à juste titre que l'autorité intimée a fait référence aux branches 49-52 de l'ESS. Cependant, il convient de prendre en compte un niveau de compétences 2, étant rappelé que, depuis 2012, le tableau TA1 de l'ESS ne fait plus référence à un niveau de qualifications mais à la

Classification internationale type des professions (ci-après: CITP). Dans cette classification, un conducteur de poids-lourd et d'autobus figure dans le sous-groupe 833, lequel est inclus dans le niveau de compétences 2 (cf. OFS, résultats commentés de l'ESS 2012, Neuchâtel 2015, p. 11 et 12). Partant, la Cour se réfère au montant mensuel de CHF 5'742.-, soit CHF 68'904.- annuellement (ESS 2014, TA1_Skill level, niveau de compétences 2, hommes). Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 69'340.25 pour 2016, cf. statistique OFS, Indice des salaires nominaux par branches [Transports et entreposage]) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 42.4 heures par semaine en 2016 (CHF 72'287.20, cf. statistique OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [Transport et entreposage]). Au vu de la capacité de travail résiduelle de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 72'287.20.

E. 9.3

Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 75'628.25) et d'invalidé (CHF 72'287.20) que le recourant subit une perte de gain de CHF 3'341.05. Cela équivaut à un degré d'invalidité de 4.42%, soit 4% (cf. ATF 130 V 121).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne plus droit à une rente de l'assurance-invalidité. Celle-ci doit ainsi être supprimée au 31 octobre 2016, soit trois mois après la date d'amélioration de l'état de santé retenue (art. 88a RAI). Au vu de ce degré d'invalidité, la prise en compte d'un abattement supplémentaire du revenu d'invalidé, même maximal, n'apparaît pas avoir d'impact sur le droit à la rente. On précisera que, dans l'arrêt rendu ce jour en matière d'assurance-accidents, il a été retenu un degré d'invalidité inférieur, de 0.4%. Cette différence est liée au revenu de valide choisi par O._____, laquelle s'est fondée sur l'ESS plutôt que sur l'extrait de compte individuel.

E. 10.1

Cela étant, même si la Cour retenait que l'activité de conducteur de poids-lourd était inadaptée, le recourant ne saurait se voir reconnaître le droit à une rente d'invalidité. En effet, si les Drs G._____ et H._____ émettent des réserves quant à la poursuite de l'activité de chauffeur de poids-lourd, ils ne font nullement état d'une capacité de travail limitée dans d'autres activités légères, permettant l'alternance des positions et avec des déplacements qu'occasionnels. En particulier, le Dr H._____ n'examine que les moyens d'adapter l'"activité professionnelle du patient", soit rendre l'activité de chauffeur poids-lourd compatible avec l'état de santé (bordereau contre-observations 605 2017 241, pièce 2). Quoiqu'il en soit, ainsi qu'il a été relevé ci-avant, l'on doit se référer à l'avis des médecins de C._____, du Dr E._____ et du Dr D._____ pour déterminer le profil d'une activité adaptée, soit, en substance, une activité qui n'impose pas de marche sur terrain irrégulier, de positions accroupies ou à genoux, de marche dans les escaliers ou sur des échelles, de marche très prolongée et de port de charges lourdes.

E. 10.2

Dans cette hypothèse, il conviendrait de fonder le revenu d'invalidé sur le salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'ESS 2014 (TA1_Skill_level, totaux, niveau de compétences 1, hommes). En effet, au vu des limitations fonctionnelles retenues et dès lors que cette statistique comprend un large éventail d'activités, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles serait adapté aux limitations et aux aptitudes du recourant dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). La référence au niveau de compétence 1 permet, pour sa part, de tenir compte de ce que le

recourant ne possède aucune autre formation, absence pouvant éventuellement influencer le revenu auquel il pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 CITP (professions élémentaires). Le montant mensuel de CHF 5'312.-, soit CHF 63'744.- annuellement, correspond au salaire moyen du secteur privé. Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 64'318.85, cf. statistique OFS, Indice des salaires nominaux par branches [Tous les secteurs]) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2016 (CHF 67'052.40, cf. statistique OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [Tous les secteurs]).

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17

E. 10.3

Dans ces circonstances, il ressortirait de la comparaison du revenu valide de CHF 75'628.25 avec le revenu d'invalidité de CHF 67'052.40 que le recourant subirait une perte de gain de CHF 8'575.85. Cela équivaudrait à un degré d'invalidité de 11.34%, soit 11%, qui ne donnerait quand même pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

E. 11

Partant, un droit à une rente entière doit être reconnu au recourant du 1er décembre 2010 (six mois après la demande de prestation; art. 29 LAI) au 31 octobre 2016 (trois mois après l'amélioration; art. 88a RAI). Dès le 1er novembre 2016, la rente est supprimée.

E. 12

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours contre la décision du 1er février 2018 doit être partiellement admis et la décision modifiée dans le sens que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1er décembre 2010 au 31 octobre 2016. La décision peut être confirmée pour le surplus.

E. 13

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 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 400.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- à la charge du recourant. Ce dernier ayant versé une avance de frais de CHF 800.-, les frais de procédure sont compensés à hauteur de CHF 400.- et le solde de CHF 400.- lui est restitué.

E. 14

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 25 septembre 2018, son mandataire a produit sa liste de frais d'un montant total de CHF 4'269.40, soit CHF 3'312.50 au titre d'honoraires (13.25 h à CHF 250.-), CHF 586.25 au titre des photocopies (1'172.50 pièces à CHF 0.50), CHF 60.10 au titre des débours et CHF 309.55 au titre de la TVA (8% et 7.7%). 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 1er février 2018. 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 question de la durée de la rente alors que, dans son mémoire, le recourant avait invoqué de larges problématiques, contestant les

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 mesures d'instruction réalisées par l'autorité intimée, l'estimation de sa capacité de travail ainsi que la comparaison des revenus. La Cour s'écarte dès lors de la liste de frais présentée et fixe ex aequo et bono l'indemnité de partie à CHF 1'077.-, dont CHF 77.- au titre de la TVA (7.7%), 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. la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision du 1er février 2018 est modifiée dans le sens que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1er décembre 2010 au 31 octobre 2016. Elle est confirmée pour le surplus. II. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 400.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- à la charge du recourant; ce montant est compensé avec l'avance de frais de CHF 800.- et le solde de CHF 400.- est restitué au recourant. III. L'indemnité allouée à Me Charles Guerry, avocat, est fixée à CHF 1'077.-, dont CHF 77.- au titre de la TVA (7.7%). 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 29 octobre 2018/pte Le Président: Le Greffier-rapporteur:

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