

FR_GERICHTE 605 2019 280 vom 8. September 2020

FR Kantonsgericht, 2020-09-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_280

FR: FR_GERICHTE 605 2019 280 du 8 septembre 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 280 del 8 settembre 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 2

Notion d'invalidité et conditions générales du droit à une rente

E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGA), d'une maladie (art. 3 al. 1 LPGA) ou d'un accident (art. 4 LPGA). A teneur de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

E. 2.2

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, 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. D'après l'art. 16 LPGA, applicable à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative par le biais de l'art. 28a al. 1, 1ère phr. LAI, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. C'est la méthode générale de comparaison des revenus (arrêts TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 6.2.1, 9C_589/2014 du

E. 2.3

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (Tribunal fédéral, arrêts 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174, 129 V 222). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (arrêts TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 6.2.1, 9C_804/2014 du 16 juin 2015 consid. 7.1, 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.2.1 et les références citées). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et d'appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). Le résultat exact du calcul doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121). Autrement dit, le dernier salaire que l'assuré aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'il aurait pu réaliser s'il avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 158 consid. 5c/cc) - est comparé au gain hypothétique qu'il pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap. L'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé (sur l'ensemble de la question, voir ATF 125 V 146; SVR 2006 IV n° 42 p. 151; arrêt I 156/04 du 13.12.2005; arrêt I 417/92 du 19 mai 1993).

E. 2.3.1

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement réalisé au moment déterminant si elle était en bonne santé (arrêt TF 9C_979/2012 du 26 mars 2013 consid. 3; ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (arrêt TF 9C_502/2014 du 5 septembre 2014 consid. 3, 8C_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, tant les revenus tirés d'une activité principale que les revenus obtenus par l'exercice d'activités accessoires sont pris en compte dans la fixation du revenu sans invalidité, si l'on peut admettre que l'intéressé aurait, selon toute vraisemblance, continué à percevoir des gains accessoires s'il était resté en bonne santé. La prise en compte de ces gains accessoires intervient sans égard au rendement et au temps consacré pour leur obtention. Elle s'étend donc aux revenus obtenus dans une activité accomplie en supplément d'un emploi exercé dans les limites d'un horaire de travail normal (arrêt TF 8C_452/2009 du 26 janvier 2010 consid. 4.3, 9C_45/2008 du 3 juillet 2008 consid. 4.2).

E. 2.3.2

Le revenu d'invalidé doit aussi être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques salariales (arrêt TF 8C_499/2014 du 12 août 2015 consid. 5.1 et les références citées). Il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après: OFS), pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (arrêt TF I 238/06 du 17 novembre 2006 consid. 5.3.3.1 et la référence citée). La valeur statistique médiane s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers.

E. 2.4

A teneur de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. 3. Règles applicables en cas de nouvelle demande 3.1. L'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. 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. Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision 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).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 4. Force probante des documents médicaux 4.1. 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). 4.2. 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). 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 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). 4.3. En outre, 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). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). 5. Questions litigieuses Pour fonder sa décision de refus de rente, l'Office de l'assurance-invalidité compare le revenu sans invalidité, fixé à CHF 60'000.- sur la base de l'activité de « contrôleur qualité » exercée en dernier lieu par le recourant, et le revenu qu'il pourrait encore réaliser dans une activité adaptée à 100%, fixé à CHF 66'184.- sur la base des statistiques salariales applicables. Il en déduit une absence de toute perte de gain. Le recourant conteste tant le revenu sans invalidité que celui avec invalidité. Le litige porte ainsi sur ces deux questions principales.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18

E. 6

Discussion sur le revenu sans invalidité

E. 6.1

Le recourant s'oppose au revenu sans invalidité de CHF 60'000.- retenu par l'autorité intimée. Il soutient que, sans atteinte à la santé, il n'occuperait pas un emploi de « contrôleur qualité » comme il l'a fait entre 2011 et 2013, mais il continuerait à travailler comme aide-plâtrier, soit la profession qu'il exerçait avant l'accident du 3 juillet 2007 qui a causé les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et entraîné des limitations qui l'ont contraint à changer d'activité professionnelle. Il demande ainsi que le revenu sans invalidité soit fixé à CHF 75'426.-, en indexant jusqu'en 2016 le revenu annuel réalisé en 2007.

E. 6.2

Il faut admettre avec le recourant que, suite à son accident en 2007, il a subi dans son activité habituelle d'aide-plâtrier une incapacité de travail admise par l'ensemble des médecins qui se sont prononcés sur sa situation et reconnue tant par l'Office de l'assurance-invalidité que par l'assureur accident. Et rien n'indique que cette incapacité de travail dans cette activité se serait interrompue par la suite, même provisoirement. Dans ces conditions, c'est à bon droit que le recourant revendique que le revenu sans atteinte à la santé soit fixé d'après le dernier salaire qu'il a obtenu avant l'accident de 2007 et l'atteinte à la santé qui l'a empêché de poursuivre son ancienne activité professionnelle. Rien n'indique en effet que, sans cet empêchement, il aurait tout de même abandonné son emploi d'aide-plâtrier pour celui, moins bien rémunéré, de « contrôleur qualité » dans le domaine des télécommunications.

E. 6.3

En se basant sur les décomptes de salaire établis par l'ancien employeur du recourant pour l'année 2007 (dossier AI p. 176 ss), on peut retenir comme dernier salaire déterminant un montant annuel de 68'770.- (CHF 5'290.- x 13) qui, indexé jusqu'au moment déterminant pour la naissance du droit à une éventuelle rente, soit janvier 2015 (six mois après le dépôt de la nouvelle demande), correspond à un revenu sans invalidité de CHF 74'922.- (indice des salaires nominaux 1993 = 100; 2007: 118.5; 2015: 129.1). Le grief du recourant relatif à la fixation du revenu sans invalidité est ainsi en grande partie bien-fondé.

E. 7

Discussion sur le revenu avec invalidité

E. 7.1

Le recourant critique ensuite le revenu avec invalidité de CHF 66'184.- correspondant à l'exercice d'une activité légère dans l'industrie légère ou les services, exigible à 100%, sans baisse de rendement. Il allègue que, suite aux nouvelles atteintes à la santé survenues à partir de janvier 2014, il n'est plus en mesure de travailler qu'à 50%, même dans une activité adaptée, avec en sus une diminution de rendement de 20% à laquelle s'ajoutent encore d'autres désavantages salariaux justifiant un abattement supplémentaire de 15%. Il s'agit dès lors de revenir sur la situation qui prévalait au moment de la première décision de refus de rente du 24 septembre 2009 et d'examiner quelle a été, depuis lors, l'évolution de son état de santé et, partant, de sa capacité de travail et de gain.

E. 7.2

S'agissant de la situation au moment de la décision du 24 septembre 2009, il peut être rappelé que l'Office de l'assurance-invalidité s'était fondé sur un avis de son SMR pour retenir que, suite à la chute d'un échafaudage survenue en 2007, le recourant souffrait de

séquelles douloureuses et d'une limitation de la mobilité au niveau de l'articulation de l'épaule droite. Il avait constaté que l'activité d'aide-plâtrier n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée, par

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère, pouvait être exercée à plein temps, avec un rendement diminué de 20% (dossier AI p. 218, 311). Cela étant, il doit également être relevé que, quelques mois auparavant, dans sa décision du 13 mai 2009, admettant lui aussi que le recourant restait en mesure d'exercer une autre activité adaptée de type industriel, par exemple celle de magasinier, l'assureur-accidents avait considéré qu'une telle activité était exigible avec un horaire de travail normal, sans baisse de rendement. Il s'était référé pour cela au rapport du 22 janvier 2009 d'appréciation médicale du médecin d'arrondissement de la Suva (dossier AI p. 289). En présence de cette divergence d'appréciation, il convient de constater que malgré son atteinte à l'épaule, le recourant a été en mesure d'exercer entre 2011 et 2013 un emploi de « contrôleur qualité » dans le domaine des télécommunications, selon un horaire de travail contractuel de 40 heures et pour un salaire annuel de CHF 60'266.80 en 2013. Et rien n'indique que ce salaire aurait été déterminé en prenant en considération une hypothétique baisse de rendement (voir contrat de travail et informations fournies par l'employeur; dossier AI p. 314, 357). Il peut dès lors être admis que, en dépit de l'avis formulé en 2009 par le SMR de l'assurance- invalidité, le recourant disposait alors, dans les faits, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations liées aux séquelles subsistant après l'opération des lésions de la coiffe des rotateurs de son épaule droite. Ces limitations concernaient le port de charges lourdes (maximum 5 à 10 kg), les travaux pénibles de manutention avec le membre supérieur droit, les mouvements de contrainte répétitifs avec le bras droit, le travail en hauteur (nécessité d'un plan de travail situé entre la ceinture et les épaules) et le travail sur une échelle (voir dossier p. AI p. 218, 311).

E. 7.3

Le recourant allègue une aggravation de son état de santé à partir de janvier 2014, plus particulièrement suite à l'opération du canal lombaire étroit L3-L4 subie le 3 mars 2014. Les éléments au dossier font ressortir l'évolution suivante, avec quatre périodes distinctes.

E. 7.3.1

Lombosciatalgies, intervention chirurgicale à la colonne lombaire, suites opératoires et échec d'un stage d'évaluation professionnelle (début 2014 - début 2016) Le 7 janvier 2014, Dr E. _____, spécialiste en médecine générale, fait état de lombosciatalgies et atteste une incapacité de travail de 100% du 6 janvier au 10 janvier 2014. Celle-ci est prolongée jusqu'au 23 janvier 2014 (dossier AI p. 351 ss). Dans son protocole opératoire établi le 4 mars 2014 (dossier AI p. 342), Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin traitant, mentionne comme indication opératoire des lombosciatalgies avec signes débutants de claudication neurogène, ainsi que la mise en évidence d'un antérolisthésis (déplacement vers l'avant d'une vertèbre) dégénératif associé à une hypertrophie du ligament jaune au niveau L3-L4 et lipomatose épidurale (accumulation de tissu adipeux) à ce niveau (voir également sur ce point le rapport du 11 novembre 2014 dont il ressort que le recourant présentait des lombalgies chroniques avec irradiations dans les jambes depuis plusieurs années et qu'un examen IRM lombaire a montré un rétrécissement du canal au niveau L3-L4; dossier AI p. 374). Etablissant ensuite le 8 mai 2014 un rapport à l'attention de l'assureur perte de gain maladie (dossier AI p. 336), le chirurgien traitant rappelle les

diagnostics d'hypoesthésie et déficit de force au niveau du membre supérieur droit sur status post suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 droite en octobre 2007 et status post arthroscopie avec bursectomie en septembre 2008. Il fait également état d'une discopathie cervicale étagée, surtout en C6-C7 avec hernie discale préforaminale à droite, et de lombosciatalgies à droite, non déficitaires. Six semaines après l'opération de décompression interlaminaire L3-L4, cure de lipomatose épidurale et mise en place d'un Sténofix effectuée le 3 mars 2014 pour un canal lombaire étroit L3-L4 avec lipomatose épidurale, il note une évolution favorable avec une nette diminution des douleurs dans les jambes et la persistance de douleurs musculaires dans le dos. Il relève l'existence de troubles dégénératifs de toute la colonne lombaire préexistants. Le 30 octobre 2014, le chirurgien indique avoir procédé le 23 septembre 2014 à une infiltration facettaire L3-L4 des deux côtés, en précisant que ce geste n'a apporté qu'un léger bénéfice (dossier AI p. 488). Puis, dans le rapport précité établi à l'attention de l'Office de l'assurance- invalidité le 11 novembre 2014 (dossier AI p. 371ss), il atteste des incapacités de travail de 100% du 23 janvier 2014 au 31 mai 2014, puis de 50% du 1er juin 2014 au 31 juillet 2014 et à nouveau de 100% du 1er août 2014 au 30 octobre 2014. Il note une nouvelle fois que suite à l'opération les douleurs dans les jambes se sont améliorées, mais les douleurs lombaires se sont péjorées. Une myélographie fonctionnelle avec CT a été réalisée le 3 septembre 2014, mais les images n'ont pas montré de canal spinal étroit ou de de signe d'instabilité (voir dossier AI p. 416). Cela étant, le médecin constate que la marche est fluide et sans boiterie, possible sur la pointe des pieds et les talons. Enfin, il est d'avis que son patient pourra à nouveau travailler dans un emploi adapté, notamment sans port de charges de plus de 15 kg et en ayant la possibilité de changer fréquemment de position (assise, marche, debout), avec une diminution de rendement, d'abord à un taux de 50%, puis à 100%. Le 3 décembre 2014, il constate toutefois la persistance, voire la péjoration des douleurs lombaires, et il atteste une incapacité de travail qui reste totale jusqu'au 5 février 2015, date de sa prochaine consultation (dossier AI p. 453). Puis, établissant le 5 février 2015 un rapport de consultation ambulatoire (dossier AI p. 391), le chirurgien traitant confirme la marche fluide et sans boiterie, mentionne une légère douleur à la palpation de la colonne lombaire au niveau opéré et au niveau paravertébral gauche, constate l'absence d'irradiation et de troubles sensitivo-moteurs dans les jambes et prend acte d'une aggravation des douleurs lombaires en extension. Comme les douleurs sont alors bien gérables avec l'antalgie, il ne propose pas de prise en charge chirurgicale et ne prévoit pas de nouveau contrôle, mais la poursuite de la physiothérapie en piscine et la prescription de médicaments antalgiques selon besoin (voir également rapport du 20 février 2015, dossier AI p. 420). Son service semble toutefois continuer à attester une incapacité de travail de 100% jusqu'au 6 mai 2015 (attestation citée dans le rapport d'expertise du 9 juin 2017, voir ci-dessous consid. 7.3.3). Parallèlement aux démarches du chirurgien traitant, Dr G. _____, spécialiste en neurochirurgie, a été sollicité pour un deuxième avis. Dans son appréciation du 23 octobre 2014 (dossier AI p. 490), il indique suspecter une instabilité L3-L4 pour laquelle une spondylodèse pourrait être proposée, tout en relevant qu'il s'agit d'une intervention qui connaît un taux d'échec de 30%. Il en conclut qu'il conviendrait plutôt d'épuiser préalablement toutes les possibilités de traitements conservateurs et ne prendre en considération un geste opératoire qu'en ultime recours. Se prononçant le 19 janvier 2015 (dossier AI p. 381), Dr H. _____, spécialiste en anesthésiologie, médecin auprès du SMR, dans la ligne de ce qu'avait retenu le chirurgien traitant deux mois plus tôt, constate

que le recourant est en mesure d'exercer une activité adaptée, sans

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 port de charge répétitif de plus de 15 kg, évitant les mouvements répétitifs du tronc et permettant l'alternance fréquente des positions (assis, debout, marche), en débutant à 50% durant une phase de reconditionnement de trois mois, puis à 100%. Plus tard, après l'interruption prématurée d'un stage d'évaluation professionnelle qui était programmé du 10 août 2015 au 15 octobre 2015 (rapport du 25 novembre 2015; dossier AI p. 480), Dr I. _____, spécialiste en médecine générale, médecin traitant, indique que la mesure en question a dû vite être abandonnée par son patient en raison de ses douleurs, en partie occasionnées par les trajets. Il confirme à cet égard une incapacité de travail de 100% depuis le 3 mars 2014. Il relève notamment que celui-ci présente aux membres inférieurs des lombo-pygalgies, parfois des lombosciatalgies, à bascule, invalidantes, qu'il doit faire les activités de la vie quotidienne lentement et s'allonger en cas de nécessité et que son moral est affecté par la situation somatique, mais également par la décision de l'assurance d'indemnités journalières perte de gain de mettre fin à ses versements à fin juillet 2015. S'agissant des constats médicaux, le médecin indique qu'un déficit neurologique n'est pas mis en évidence aux membres inférieurs lors des examens cliniques, mais qu'il y a toutefois des déclenchements de douleurs en para-vertébral, associés à des contractures, également lors de mouvements de rotation du tronc. Il propose ainsi la mise en œuvre d'une expertise médicale en précisant que son patient doit pouvoir bénéficier d'une aide à la réinsertion professionnelle dès que possible. Se déterminant une nouvelle fois le 13 avril 2016 suite à l'interruption du stage, Dr H. _____, médecin auprès du SMR, relève qu'il n'y a aucun fait nouveau concernant l'état de santé objectif de l'assuré. Selon lui, la mise en échec après quelques jours seulement de la mesure d'évaluation professionnelle n'a pas d'explication médicale en l'état du dossier. Il relève des incohérences dans la position du médecin traitant qui propose d'une part une réinsertion professionnelle rapide tout en faisant interrompre la mesure mise en place en attestant une incapacité de travail totale et qui insiste d'autre part sur les douleurs occasionnées par les trajets du lieu de domicile au lieu de la mesure tout en attestant qu'un voyage à D. _____ serait bénéfique. Il propose dès lors la mise en œuvre d'une expertise médicale.

E. 7.3.2

Nouveaux examens par le chirurgien traitant (automne 2016) Revoyant son patient le 8 septembre 2016, puis le 6 octobre 2016, Dr F. _____, chirurgien traitant, note que celui-ci se plaint toujours de douleurs lombaires, irradiant jusqu'au niveau cervical ainsi que dans la jambe gauche, sans territoire précis, avec des douleurs également dans la jambe droite, d'intensité moindre (dossier AI p. 551, 636). Sur la base d'un examen IRM de la colonne lombaire du 14 septembre 2016, il note une bonne libération du canal par rapport aux images de 2013, un bon positionnement du matériel et l'absence de sténose significative au niveau foraminaux. Par contre, il existe une arthrose facettaire très importante en L3-L4 et L4-L5 grade III à IV selon Fujiwara. Il en déduit que les douleurs alors ressenties proviennent plutôt de l'arthrose facettaire et adresse son patient à un spécialiste en antalgie pour adaptation du traitement et éventuellement réalisation d'une dénervation des facettes L3-L4 et L4-L5. Une intervention chirurgicale de spondylodèse sur deux niveaux est maintenue en dernier recours. S'agissant de la capacité de travail, il est clair pour lui qu'une reprise à 100% ne peut pas être envisagée, mais qu'une activité pourrait être reprise d'abord à 30%, puis augmentée à 60-70%.

E. 7.3.3

Réalisation d'une expertise orthopédique (fin 2016 – 2018) Dans son rapport d'expertise daté du 9 juin 2017, établi suite à un examen du 16 décembre 2016 et transmis en « duplicata » à l'Office de l'assurance-invalidité le 9 avril 2018, Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, conclut à l'existence d'une capacité de travail de 100% dans une activité correspondant aux aptitudes du recourant, sans diminution de rendement, au plus tard six mois après l'opération du 3 mars 2014, énumérant à cet égard les limitations à respecter (dossier AI p. 589). Se fondant essentiellement sur le dossier médical établi jusqu'en juin 2016, date de la demande d'expertise, ainsi que sur divers examens cliniques du rachis, des hanches, des membres inférieurs et des membres supérieurs dont il décrit les résultats, il retient comme seul diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail un « [status après] décompression interlaminaire L3- L4 et cure de lipomatose épидurale et mise en place d'un StenoFix taille 10 le 14 mars 2014 ». Il mentionne également une série de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, parmi lesquels les atteintes résultant des opérations à l'épaule droite, une protrusion discale L3-L4, un antélisthésis L3-L4 grade 1, une arthrose facettaire lombaire basse et une discopathie étagée de C5 à D1 avec hernie discale. Il relève par ailleurs que la prise en charge de la pathologie dont souffre le recourant au niveau L3-L4 a entraîné une incapacité fonctionnelle provisoire le temps de la guérison, que la colonne vertébrale ne présente aucun trouble clinique nécessitant d'autres investigations au moment de son examen, qu'elle est mobile et sans déficit neurologique, que l'examen ostéo-articulaire ne retrouve aucun syndrome radiculaire qu'il soit de nature déficitaire ou irritative et que l'implant inter-épineux L3-L4 est en place sans complication. Le 31 mai 2018, répondant à une demande du mandataire du recourant, Dr I. _____, médecin traitant, conteste les conclusions de l'expertise (dossier AI p. 639). Insistant sur les lombalgies persistant après les opérations chirurgicales, dans un contexte de troubles dégénératifs et discopathies associés étagés, il estime qu'une capacité de travail entière même dans une activité adaptée est illusoire, étant donné les limitations physiques, le manque d'endurance et le déconditionnement lombaire persistant. Il retient que l'évolution de la situation médicale est stable depuis 2015 et que les suites post-opératoires et les problèmes lombaires préexistants dégénératifs, avec une problématique d'impulsivité lombaire, limitent la capacité de travail à 50%.

E. 7.3.4

Situation postérieure à l'expertise Puis, le 4 juin 2019, Dr K. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, pose les diagnostics suivants, après avoir vu le recourant à sa consultation le 4 avril 2019 et le 15 mai 2019 (dossier AI p. 655): lombalgies chroniques sur sténose latérale récessale L4-L5 bilatérales prédominantes à gauche et arthrose facettaire très avancée L4-L5 à gauche plus importante qu'à droite; DISH (Hyperostose squelettique diffuse idiopathique, également appelée maladie de Forestier, se caractérisant par la calcification et la croissance osseuse le long des ligaments de la colonne vertébrale) sévère. Il met en évidence une importante limitation fonctionnelle due à une ankylose (limitation de la mobilité) dorsolombaire non inflammatoire. Il note une évolution depuis 2014 qui rend probable une nouvelle opération dans quelques années avec pose d'un stenofix entre L4 et L5. Sur cette base, il estime que son patient garde une capacité de travail résiduelle d'environ 50% à 60% dans un poste avec profil adapté, sans port de

charges et trop de mouvements avec le torse. Une activité avec position changeante dans l'industrie légère serait ainsi selon lui probablement possible à un taux de 4 heures par jour avec la possibilité de se reposer l'après-midi.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 Se déterminant le 30 août 2019 sur la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise pour prendre en compte les diagnostics et limitations retenus par Dr K._____, Dr H._____, médecin auprès du SMR conclut qu'une expertise rhumatologique n'est pas justifiée (dossier AI p. 667). Il relève en particulier que la mention d'une arthrose facettaire n'est pas nouvelle et que ce diagnostic avait été retenu dans le rapport d'expertise du 9 juin 2017.

E. 7.4

Il ressort de ce qui précède que la situation ne se présente pas de la même façon pour les quatre périodes susmentionnées.

E. 7.4.1

Pour la première période, soit depuis début 2014 jusqu'à début 2016, l'ensemble des médecins mettent surtout en évidence l'existence d'un déplacement de vertèbres (antérolisthésis) dégénératif associé à une hypertrophie du ligament jaune et à une accumulation de tissu adipeux (lipomatose épidurale) au niveau L3-L4, provoquant des lombosciatalgies chroniques. Ainsi, après l'opération réalisée en mars 2014, consistant en une décompression interlaminaire, une cure de la lipomatose épidurale et la mise en place d'un stenofix, le chirurgien traitant mentionne d'abord une évolution favorable, puis une péjoration des douleurs lombaires, sur la base desquelles il atteste une incapacité de travail de 100% jusqu'au 31 mai 2014, puis de 50% du 1er juin 2014 au 31 juillet 2014 et à nouveau de 100% à partir du 1er août 2014. Se fondant sur ses observations, en octobre 2014, il est dans un premier temps d'avis que le recourant pourra à nouveau travailler à 100% dans un emploi adapté, avec une diminution de rendement, d'abord à un taux de 50%, puis à 100%. Puis, constatant la persistance des douleurs, il continue d'attester une incapacité totale de travail, en dernier lieu le 5 février 2015 pour une durée supplémentaire de 3 mois. Consulté pour un deuxième avis également en octobre 2014, Dr G._____ suspecte une instabilité au niveau L3-L4, mais privilégie la poursuite d'un traitement conservateur à une éventuelle spondylodèse, vu le taux d'échec de ce type d'opérations. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail. Le médecin généraliste traitant confirme l'existence de douleurs d'origine lombaire. Il précise que celles-ci ont selon lui non seulement empêché le recourant d'accomplir son stage d'évaluation professionnelle à l'automne 2015, notamment en raison des trajets en voiture qu'il devait accomplir pour se rendre sur le lieu de travail, mais limitent également l'accomplissement de ses activités quotidiennes. Quant à l'expertise réalisée sur mandat de l'Office de l'assurance-invalidité, elle mentionne également l'existence de lombosciatalgies en lien avec les diverses atteintes diagnostiquées par les médecins traitants. Elle se fonde pour cela essentiellement sur les documents médicaux établis par le chirurgien traitant jusqu'en février 2015 et par le médecin traitant jusqu'en février 2016, ainsi que sur les radiographies de la colonne vertébrale réalisées jusqu'au 14 septembre 2015. Cela étant, l'expert relève que les examens cliniques auxquels il a procédé en décembre 2016 ne révèlent pas de signes en faveur d'une pathologie ostéo-articulaire aux quatre membres et que, s'agissant du dos, la colonne totale et en particulier lombaire est mobile et sans déficit neurologique. Dans le même sens, les images radiologiques à sa disposition montrent un bon positionnement de l'implant mis en

place sans complication en mars 2014 et une amélioration du canal spinal en L3-L4. Plus concrètement encore, l'expertise fait ressortir que le recourant éprouve certes le besoin de changer de position durant la consultation, mais ne présente pas d'attitude

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 antalgique. Il marche normalement, sans moyen auxiliaire, et le déshabillage et le rhabillage se font sans aucune difficulté. L'expert déduit de tout cela que la prise en charge chirurgicale le 3 mars 2014 de la pathologie au niveau L3-L4 a entraîné une incapacité fonctionnelle provisoire durant le temps de la guérison qui est intervenue au plus tard six mois après l'opération, soit début septembre 2014. Au-delà de cette date, cette atteinte à la santé n'empêche selon lui plus le recourant d'exercer à 100%, sans diminution de rendement, une activité professionnelle adaptée, respectant diverses limitations quant aux mouvements à réaliser, aux positions de travail et aux types de déplacement. Il en va de même d'autres diagnostics qu'il énumère en indiquant qu'il sont sans incidence sur la capacité de travail, notamment ceux en lien avec l'ancienne atteinte à l'épaule, une protrusion discale (saillie du disque intervertébral qui avance en dehors de ses limites anatomiques habituelles) L3-L4, un antélisthésis (déplacement de vertèbres) L3-L4 grade I, une arthrose lombaire basse et une discopathie étagée de C5 à D1 avec hernie discale droite C6-C7. Quant aux douleurs invoquées par le recourant, l'expert les relativise en rappelant que la clinique est restée quasi-normale lors de l'examen qui a duré trois heures et qu'il ressort des déclarations de celui-ci qu'il vit de façon indépendante, qu'il gère son emploi du temps, décide du déroulement de ses activités quotidiennes et se déplace régulièrement jusqu'à D. _____ pour y vivre en famille. Sur la base de ces éléments, il doit être admis que, pour la période de début 2014 à début 2016, les avis respectifs des médecins traitants et de l'expert ne divergent pas tant sur la question du type et de la gravité des atteintes à la santé dont souffre le recourant, mais plutôt sur l'intensité des douleurs qu'elles génèrent et sur les conséquences de ces douleurs sur la capacité de travail. Or, sur cette question spécifique du ressenti des douleurs et de leurs effets, le risque que les médecins traitants se prononcent plutôt en faveur de leurs patients, vu la relation de confiance qui les unit, est particulièrement marqué. Les seules appréciations de ces médecins, fondées sur les propos de leur patient sans examen clinique particulier quant aux capacités réelles de celui-ci à surmonter la douleur, au besoin en faisant usage d'analgésiques à un degré raisonnable, ne résistent par ailleurs pas à l'analyse effectuée par l'expert à cet égard. Celui-ci se base en effet sur plusieurs constats objectifs pour conclure que le recourant est en mesure d'exercer une activité professionnelle adaptée. S'agissant de ses activités quotidiennes, il relève en particulier que celui-ci vit seul de façon indépendante lorsqu'il se trouve en Suisse, qu'il s'occupe de son ménage, qu'il se fait lui-même à manger, qu'il possède une voiture électrique avec laquelle il fait ses courses, qu'il fait régulièrement de longs séjours auprès de sa famille à D. _____, qu'il amène alors son épouse en voiture sur son lieu de travail, à deux kilomètres du domicile familial, qu'il va également la rechercher, qu'il se rend là-bas deux à trois fois par jour à la piscine. Ces indications, associées aux constats objectifs d'une marche fluide et sans boiterie et d'une mobilité conservée des membres et de la colonne vertébrale, permettent de conclure que le recourant est en mesure de gérer ses douleurs et de mener une vie régulière, en dépit du fait qu'il est confronté à des douleurs et qu'il doit se lever deux à trois fois par nuit en raison de celles-ci. Il doit dès lors être retenu que, après une période de convalescence dont la fin peut être estimée en suivant l'avis de l'expert au début du mois de septembre 2014, le recourant aurait également été capable, en faisant les efforts qu'on pouvait attendre de lui pour surmonter ses douleurs également dans un contexte professionnel, d'exercer à plein

temps une activité lucrative adaptée, respectant les limitations détaillées par l'expert. Cette capacité de travail n'est en particulier pas

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 remise en question par le constat d'échec du stage d'évaluation professionnelle à la fin de l'été 2015. Plus tard, après l'interruption prématurée d'un stage d'évaluation professionnelle qui était programmé du 10 août 2015 au 15 octobre 2015 (rapport du 25 novembre 2015; dossier AI p. 480), Dr I._____, spécialiste en médecine générale, médecin traitant, indique que la mesure en question a dû vite être abandonnée par son patient en raison de ses douleurs, en partie occasionnées par les trajets. Il confirme à cet égard une incapacité de travail de 100% depuis le 3 mars 2014. Il relève notamment que celui-ci présente aux membres inférieurs des lombo- pygalgies, parfois des lombosciatalgies, à bascule, invalidantes, qu'il doit faire les activités de la vie quotidienne lentement et s'allonger en cas de nécessité et que son moral est affecté par la situation somatique, mais également par la décision de l'assurance d'indemnités journalières perte de gain de mettre fin à ses versement à fin juillet 2015. S'agissant des constats médicaux, le médecin indique qu'un déficit neurologique n'est pas mis en évidence aux membres inférieurs lors des examens cliniques, mais qu'il y a toutefois des déclenchements de douleurs en para-vertébral, associés à des contractures, également lors de mouvements de rotation du tronc. Il propose ainsi la mise en œuvre d'une expertise médicale en précisant que son patient doit pouvoir bénéficier d'une aide à la réinsertion professionnelle dès que possible. Se déterminant une nouvelle fois le 13 avril 2016 suite à l'interruption du stage, Dr H._____, médecin auprès du SMR, relève qu'il n'y a aucun fait nouveau concernant l'état de santé objectif de l'assuré. Selon lui, la mise en échec après quelques jours seulement de la mesure d'évaluation professionnelle n'a pas d'explication médicale en l'état du dossier. Il relève des incohérences dans la position du médecin traitant qui propose d'une part une réinsertion professionnelle rapide tout en faisant interrompre la mesure mise en place en attestant une incapacité de travail totale et qui insiste d'autre part sur les douleurs occasionnées par les trajets du lieu de domicile au lieu de la mesure tout en attestant qu'un voyage à D._____ serait bénéfique. Il propose dès lors la mise en œuvre d'une expertise médicale.

E. 7.4.2

Pour la seconde période, à savoir pour le solde de l'année 2016, la situation ne présente pas de différence significative. Certes, lorsque le recourant s'est à nouveau rendu à la consultation de son chirurgien traitant le

E. 7.4.3

La troisième période correspond au temps anormalement long qui s'est écoulé entre le mois de décembre 2016 lorsque l'expert a examiné le recourant et le 9 avril 2018 lorsque son rapport est parvenu en duplicata à la connaissance de l'Office de l'assurance-invalidité. Cette durée de près de 16 mois pose la question de savoir, vu l'évolution possible des atteintes dégénératives diagnostiquées à plusieurs niveaux de la colonne vertébrale, si la situation existant au moment où le rapport d'expertise est parvenu à l'Office de l'assurance-invalidité s'était éventuellement péjorée par rapport à celle au moment où l'expert a effectué ses constatations cliniques sur lesquelles il fonde très largement ses conclusions. Il faut toutefois relever à cet égard que, dans son rapport du 31 mai 2018, le médecin généraliste traitant du recourant conteste certes les conclusions de l'expertise, mais ne prétend pas que les troubles dont souffre son patient se seraient aggravés depuis la fin

2016. Au contraire, il affirme certes toujours que ces troubles limitent selon son appréciation la capacité de travail à 50%, mais il indique expressément que la situation médicale est stable depuis 2015. Dans ces conditions, à l'image de ce qui a déjà été retenu jusqu'à la fin de l'année 2016 et pour les mêmes raisons, il doit être admis que le recourant a continué par la suite à disposer d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, moyennant les efforts qu'on pouvait attendre de lui pour surmonter ses douleurs comme il parvenait à le faire dans le cadre de ses activités ordinaires.

E. 7.4.4

La situation se présente différemment par la suite, plus précisément à compter du moment où les difficultés du recourant l'ont amené au mois d'avril 2019 à consulter Dr K. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Celui-ci met alors en évidence non seulement des sténoses latérales récessales L4-L5 prédominantes à gauche et une maladie de Forestier sévère, en plus des diagnostics pré-existants, mais également une importante limitation fonctionnelle due à une ankylose dorsolombaire non inflammatoire. Plus concrètement, il fait état de blocages fréquents de la jambe gauche qui est parfois complètement insensible pendant trente minutes, de situations où il lui est impossible de plier cette jambe pour monter ou descendre les escaliers, de douleurs aggravées lors de position penchée un quart en avant (rendant les travaux de ménage difficile à effectuer) et d'une impossibilité à se redresser totalement lorsqu'il est debout. Sur cette base, le médecin constate implicitement une évolution défavorable depuis 2014 qui rendra probablement nécessaire une deuxième opération avec pose d'un stenofix entre L4 et L5. Ces éléments attestés par un médecin spécialiste font a priori ressortir une aggravation de l'état de santé du recourant, tant du point de vue des diagnostics posés (notamment sténoses également au niveau L4-L5, alors que jusqu'alors seul le niveau L3-L4 était touché et avait été opéré avec des résultats satisfaisant du point de vue mécanique) que des limitations fonctionnelles. On ne saurait en tout cas pas écarter une telle aggravation en se référant simplement, comme le médecin du SMR dans son rapport du 30 août 2019, à l'avis de l'expert qui était basé sur des examens cliniques réalisés deux ans et demi auparavant et qui ne retenait pas de sténoses au niveau L4- L5. Confronté à ces nouveaux éléments médicaux produits à son dossier le 18 juin 2019 (date de réception du rapport du 4 juin 2019 de Dr K. _____), l'Office de l'assurance-invalidité ne pouvait dès lors se satisfaire de l'appréciation lacunaire de son SMR. S'il n'était pas convaincu par l'avis du médecin traitant quant à l'état de santé et à la capacité de travail du recourant à partir du mois d'avril 2019, il aurait dû procéder à des investigations complémentaires, par exemple en

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 demandant à l'expert d'actualiser son appréciation, au besoin en procédant à un nouvel examen clinique. Ce d'autant plus que, quelques jours plus tôt le 11 juin 2019, l'expert s'était déjà déterminé sur un autre élément du dossier, à savoir les critiques formulées par le mandataire du recourant à l'égard du rapport d'expertise dans le cadre de ses objections du 12 juin 2018 contre le projet de décision du 11 mai 2018. Il faut ainsi admettre que, pour la période à partir du mois d'avril 2019, la cause n'a pas été suffisamment instruite quant à l'aggravation de l'état de santé du recourant qui semble résulter du rapport du 4 juin 2019 de Dr K. _____ et de ses effets sur la capacité de travail du recourant, estimée par celui-ci à « environ 50 à 60% », en précisant que la consultation effectuée n'avait pas pour but d'évaluer ce sujet.

E. 7.5

Sur la base de l'ensemble de ce qui précède, le recourant a été incapable de travailler depuis le début du mois de janvier 2014 jusqu'au début du mois de septembre 2014, dans les suites de l'opération qu'il a subie le 3 mars 2014, puis il a retrouvé une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée à tout le moins jusqu'au mois de mars 2019. Pour cette période de septembre 2014 à mars 2019, il y a lieu de laisser ouverte la question de savoir si, comme le soutient le recourant, une diminution de rendement de l'ordre de 20% pourrait être admise, notamment en lien avec des troubles persistant à l'épaule droite, comme cela avait été le cas dans le cadre de la précédente décision de refus de rente du 24 septembre 2009. En effet, même en tenant compte d'une telle diminution de rendement, le recourant aurait été en mesure de réaliser malgré son atteinte à la santé un revenu de CHF 53'159.- (80% du salaire statistique de CHF 66'449.-, soit le salaire statistique de 66'184.- ressortant de la décision attaquée, indexé toutefois de 0.4% pour tenir compte que le moment déterminant pour la comparaison des revenus est janvier 2015) qui, comparé au revenu sans invalidité de CHF 74'922.- (voir ci-dessus consid. 6.3), aboutit à un taux d'invalidité de 29%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Le recours sera dès lors rejeté pour la période de septembre 2014 à mars 2019. Pour le reste, s'agissant de la période à compter d'avril 2019, la décision du 17 septembre 2019 sera annulée et le dossier renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour qu'il procède à une instruction complémentaire quant à la nature et à l'importance de l'aggravation de l'état de santé du recourant dès cette date et quant à l'influence de cette aggravation sur sa capacité de travail et de gain, puis qu'il statue à nouveau. Le recours sera ainsi partiellement admis dans ce sens.

E. 8

Frais et dépens.

E. 8.1

Compte tenu de l'admission partielle du recours, il convient de mettre les frais à raison de CHF 400.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- à la charge du recourant. Le solde de l'avance de frais effectuée par le recourant, soit CHF 400.-, sera restitué à celui-ci.

E. 8.2

Ayant obtenu partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité réduite pour ses dépens. Le 16 mars 2018, son mandataire a produit sa liste de frais pour un montant total de CHF 2'224.95, soit CHF 2'020.80 au titre d'honoraires (8h05 à CHF 250.-), CHF 45.10 au titre des frais et CHF 159.05 au titre de la TVA (7.7%). L'indemnité réduite sera fixée à moitié de ce montant, soit CHF 1'112.50 (y compris CHF 79.55 de TVA), et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, pour la période à compter d'avril 2019, la décision du 17 septembre 2019 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour qu'il procède à une instruction complémentaire quant à la capacité de travail et de gain du recourant à partir du 1er avril 2019, au sens des considérants, et rende une nouvelle décision. Le recours est rejeté pour le reste, soit pour la période jusqu'au 31 mars 2019. II. Les frais de procédure sont mis à raison de CHF 400.- à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité et de CHF 400.- à la charge du recourant. III. Le solde de l'avance de frais effectuée par le recourant, soit CHF 400.-, lui est restituée. IV. L'indemnité partielle allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'112.50 (y compris CHF 79.55 de débours), et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. V.

Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 8 septembre 2020/msu Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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