

# FR\_GERICHTE 608 2016 194 vom 24. August 2017

FR Kantonsgericht, 2017-08-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2016\\_194](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_194)

FR: FR\_GERICHTE 608 2016 194 du 24 août 2017

IT: FR\_GERICHTE 608 2016 194 del 24 agosto 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

### E. 2

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 (art. 28 al. 2 LAI). b) 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 propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 126 V 75 consid. 1b). Une décision qui accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. arrêt du TF I 511/03 du 13 septembre 2004 consid. 2; ATF 125 V 417 consid. 2d et les références citées). Dans un tel cas, pour déterminer si un changement important s'est effectivement produit, il convient de comparer l'état de fait au moment de l'octroi ou du début de la rente avec celui existant au moment de la réduction ou la suppression de celle-ci (ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les références citées). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne

durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A l'inverse, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3; arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C\_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C\_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; 124 V 90 consid. 4b).

### **E. 3**

Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de gain. Il s'agit dès lors de comparer l'état de fait entre janvier 2015, lorsqu'il s'est vu octroyer une demi-rente, avec sa situation au moment de l'octroi de la rente entière, à savoir le 1er mars 2015, puis avec celui existant au moment de la réduction de celle-ci, à savoir le 31 mai 2015 (cf. supra 2b). a) Par décision du 7 janvier 2015, en se fondant essentiellement sur la prise de position du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 19 juillet 2012 (dossier AI pce p. 96 s.), l'autorité intimée

avait retenu le diagnostic de rupture complexe de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite d'origine mixte, dégénérative et post-traumatique. Elle avait considéré que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité indépendante de boulanger qu'à 50% et à la condition qu'il puisse déléguer les travaux lourds. Elle avait cependant estimé que l'assuré pouvait exercer à plein temps et sans diminution de rendement une activité de substitution adaptée, à l'exemple d'une activité dans l'industrie légère. b) Ensuite de la réception d'un courrier du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, qui a mentionné la survenance d'une décompensation cardiaque globale sur flutter auriculaire avec communication inter-auriculaire de grand taille et d'une hospitalisation du 26 décembre 2014 au 1er janvier 2015 (dossier AI pce p. 216), l'autorité intimée a lancé une procédure de révision. Les pièces médicales suivantes ont dès lors été produites: - La lettre de sortie du 16 janvier 2015 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en médecine interne générale, de l'hôpital C.\_\_\_\_\_, qui a fait état d'une hospitalisation du 26 décembre 2014 au 1er janvier 2015 pour une dyspnée. Elle a retenu, comme diagnostic principal, une décompensation cardiaque inaugurale globale et, comme diagnostic supplémentaire, un flutter auriculaire à conduction variable (dossier AI pce p. 360 à 364; cf. également pce p. 241 à 243). - Le protocole opératoire du 28 janvier 2015 du Dr H.\_\_\_\_\_, médecin chef de I.\_\_\_\_\_ de E.\_\_\_\_\_, qui a noté avoir réalisé une correction du RVPA partiel par la technique double patch et une fermeture directe d'un foramen ovale (dossier AI pce p. 231 s.). - Le rapport de consultation ambulatoire du 13 février 2015 du Dr J.\_\_\_\_\_, chef de clinique aux urgences de l'hôpital C.\_\_\_\_\_, qui a noté que l'assuré avait été adressé aux urgences pour une instabilité hémodynamique sur flutter auriculaire atypique anti-horaire à conduction variable. Il a suggéré la mise en œuvre d'une thermoablation (dossier AI pce p. 237 s.). Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 - Le rapport médical du 19 février 2015 du Dr H.\_\_\_\_\_, qui a exposé que son patient avait été pris en charge chirurgicalement pour une communication interauriculaire de type sinus venosus, un retour pulmonaire anormal partiel et un foramen ovale perméable. Il a noté que l'intervention s'était déroulée sans complication, que l'échocardiographie post-opératoire avait écarté tout shunt résiduel, qu'à la sortie la plaie sternale était calme ainsi que sèche avec une stabilité osseuse, que l'évolution du patient était bonne et qu'il a été transféré à l'hôpital D.\_\_\_\_\_ pour sa réadaptation cardio-vasculaire (dossier AI pce p. 233 à 236). - Le rapport médical du 27 février 2015 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, médecin-chef de L.\_\_\_\_\_ de l'hôpital D.\_\_\_\_\_, qui a fait état d'une hospitalisation du 4 au 24 février 2015 pour une réadaptation après fermeture du foramen ovale, ainsi que d'une complication dans le sens d'un flutter auriculaire typique, anti-horaire, à cadence ventriculaire rapide, le 13 février 2015 et d'une crise de goutte. Une évolution favorable clinique et biologique a été mentionnée (dossier AI pce p. 274 à 278). - Le rapport médical du 6 mars 2015 du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en cardiologie, de I.\_\_\_\_\_ de E.\_\_\_\_\_, qui a fait état d'un état de santé stationnaire et exposé que l'atteinte cardiologique n'engendrait plus de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Une activité à raison de 8 heures 15 minutes par jour serait à son avis dorénavant exigible (dossier AI pce p. 254 à 258). - Le rapport médical des 2 et 10 mars 2015 du Dr F.\_\_\_\_\_, qui a exposé, en ce qui concerne l'atteinte à l'épaule droite, que la situation demeurait stationnaire, avec les mêmes limitations et la même incapacité de travail de 50% dans l'activité de boulanger. Au plan cardiologique, il a estimé que son patient présentait, depuis son hospitalisation du 26 décembre 2014 et pour une durée indéterminée, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de boulanger (dossier AI pce p. 244 à 250). - La prise de position du 26

mars 2015 du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), qui a estimé que l'état de santé n'était pas encore stabilisé à moins de deux mois d'une intervention de chirurgie cardiaque et que la situation médicale devra être réévaluée à six mois postopératoires (dossier AI pce p. 259 à 261). - Le rapport médical du 27 mars 2015 du Dr O. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en cardiologie, de I. \_\_\_\_\_ de E. \_\_\_\_\_, qui a mentionné des suites d'opération simples, une réadaptation qui s'est parfaitement déroulée, ainsi qu'un très bon état général de l'assuré qui ne se plaint ni de douleurs ni de dyspnée (dossier AI pce p. 266). - Le rapport médical du 31 mars 2015 du Dr M. \_\_\_\_\_, de P. \_\_\_\_\_ de l'hôpital C. \_\_\_\_\_, qui a noté que l'assuré montrait une évolution clinique et échocardiographique parfaitement réjouissante avec une absence de symptôme d'insuffisance cardiaque et une presque normalisation de la fraction d'éjection du ventricule gauche (dossier AI pce p. 279 à 283). - Le rapport médical du 7 septembre 2015 du Dr F. \_\_\_\_\_, qui a estimé que l'activité de boulanger n'était plus exigible de son patient (dossier AI pce p. 284 à 289). - Le rapport médical du 27 septembre 2015 du Dr M. \_\_\_\_\_, de I. \_\_\_\_\_ de E. \_\_\_\_\_, qui a relevé que l'état de santé de son patient s'était amélioré depuis le 26 janvier 2015. Il a considéré qu'une activité adaptée était exigible à 100% (dossier AI pce p. 290 à 293). Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 - La prise de position du 4 novembre 2015 du Dr N. \_\_\_\_\_, du SMR, qui a estimé que l'appréciation de la capacité de travail par les médecins spécialistes rejoignait l'exigibilité retenue lors de l'octroi de la rente. L'assuré « a présenté une aggravation temporaire de son état de santé en décembre 2014 en raison d'une pathologie cardiaque ayant nécessité une opération. [...] On peut admettre comme médicalement justifiée une incapacité de travail totale dans toute activité pour une durée de six mois, soit de décembre 2014 à fin mai 2015 » (dossier AI pce p. 294 à 296). c) Ensuite de l'émission par l'autorité intimée de son préavis, les pièces suivantes ont été versées au dossier: - La lettre du 8 février 2016 du Dr F. \_\_\_\_\_, qui a estimé que son patient présentait une incapacité de travail totale, depuis le 26 décembre 2014 jusqu'à ce jour. Il a précisé que le traitement de thermoablation subi le 3 décembre 2015 nécessitait, en raison de l'asthénie chronique présentée, un repos professionnel total justifiant d'une incapacité de travail de 100%. Le médecin a encore précisé que l'assuré devait éviter les travaux physiquement lourds et pénibles et qu'il n'apparaissait pour l'heure pas en mesure de reprendre son activité professionnelle même à 50%. Le généraliste a enfin estimé que l'incapacité allait être de 100% jusqu'à fin mars 2016 et qu'une reprise de travail à 25% serait ensuite éventuellement possible (dossier AI pce p. 316 à 318). - Les rapports médicaux des 23 septembre 2015 et 26 février 2016 du Dr M. \_\_\_\_\_, de P. \_\_\_\_\_ de l'hôpital C. \_\_\_\_\_, qui a précisé que l'assuré ne présentait pas de dyspnée, pas de douleur rétro-sternale, pas de palpitations, pas de pré-syncope ou de syncope, pas de symptômes d'insuffisance cardiaque de type œdème des membres inférieurs, de dyspnée paroxystique nocturne ou orthopnée. De plus, la fraction d'éjection du ventricule gauche mesurée par échocardiographie a été de 50-55%. Le cardiologue a ainsi conclu que le bilan cardiologique était parfaitement rassurant, que l'assuré était compensé d'un point de vue cardiovasculaire cliniquement ainsi qu'anamnestiquement et qu'un contrôle annuel était suffisant (dossier AI pces p. 366 s., 374 à 376). - Le rapport médical du 14 mars 2016 d'un cardiologue de P. \_\_\_\_\_ de l'hôpital C. \_\_\_\_\_, qui a noté que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis le 26 mars 2015 et que ce dernier était strictement asymptomatique d'un point de vue cardiovasculaire. Il a conclu à une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement (dossier AI pce p. 321 à 324). - Le rapport médical des

17 et 24 mai 2016 du Dr F. \_\_\_\_\_, qui a derechef conclu à une incapacité de travail totale en tant que boulanger (dossier AI pces p. 326 s. et 329 à 332). - La prise de position du 31 mai 2016 du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, qui a exposé que l'activité de boulanger était considérée médicalement comme inadaptée depuis le 7 février 2011, que la décompensation cardiaque de fin décembre 2014 a été traitée avec succès et avait justifié une incapacité de travail totale dans toute activité jusqu'à fin mai 2015, et qu'une thermoablation pour un flutter auriculaire est une intervention ambulatoire, habituellement bien supportée, n'entraînant a priori pas d'incapacité de travail durable et qui peut permettre une bonne amélioration fonctionnelle par la suppression de l'arythmie. Il a dès lors pris les conclusions suivantes: « Les limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail résultant de l'atteinte de l'épaule ont été précédemment définies et demeurent inchangées. L'incapacité de travail découlant de la chirurgie cardiaque a été clarifiée dans mon précédent rapport SMR du 04.11.2015. Il n'y a pas de changement sur ce point. La thermoablation du Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 03.12.2015 n'entraîne pas d'incapacité de travail durable au sens de l'AI médicalement justifiable. L'exigibilité médicale reste donc de 100% depuis juin 2015 dans une activité adaptée, légère et épargnant l'épaule D, selon les limitations fonctionnelles définies » (dossier AI pce p. 390 à 392). d) Enfin, dans le cadre de la présente procédure de recours, le recourant a produit l'attestation médicale du 27 mars 2017 du Dr F. \_\_\_\_\_, qui a derechef conclu à une incapacité de travail totale de son patient dans son ancienne activité de boulanger, en raison de ses problèmes cardiaques.

#### **E. 4**

a) Dans la présente occurrence, au plan cardiologique, la Cour de céans constate que les suites des opérations chirurgicales subies par le recourant de décembre 2014 à février 2015 ont été considérées comme particulièrement favorables par l'ensemble des cardiologues interrogés, à savoir les Drs H. \_\_\_\_\_, K. \_\_\_\_\_, M. \_\_\_\_\_, O. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a par la suite, à deux reprises, expressément exposé que l'atteinte cardiologique n'engendrait plus de répercussion sur la capacité de travail du recourant. Cette appréciation médicale a, par ailleurs, été confirmée par un cardiologue de l'hôpital C. \_\_\_\_\_ (cf. le rapport médical du 14 mars 2016) et à deux reprises également par le SMR. Au demeurant, comme l'a relevé le SMR dans sa prise de position du 31 mai 2016, la thermoablation subie le 3 décembre 2015 par le recourant est une intervention ambulatoire, habituellement bien supportée et entraînant une amélioration fonctionnelle par la suppression de l'arythmie. Elle ne justifie donc pas une incapacité de travail. L'assuré a, d'ailleurs, postérieurement à ladite intervention, été jugé strictement asymptomatique d'un point de vue cardiovasculaire et l'existence d'une capacité de travail complète sans diminution de rendement dans une activité adaptée a encore été confirmée. L'appréciation médicale du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant et généraliste, qui estime que l'atteinte cardiologique empêche son patient d'exercer son activité de boulanger, ne saurait ainsi être suivie. C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a retenu que le recourant, en raison de ses problèmes cardiaques, avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité durant

#### **E. 6**

mois, de décembre 2014 à mai 2015, justifiant le passage à une rente entière, et qu'il avait ensuite récupéré au niveau cardiologique une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans toute activité. Par contre, l'autorité intimée a, à tort, appliqué l'art. 88a RAI

– et non pas l’art. 88 LAI, comme mentionné dans la décision querellée – uniquement à l’aggravation de l’état de santé subie par le recourant en décembre 2014, sans le faire pour l’amélioration de son état de santé survenue en mai 2015. Dans la mesure où une incapacité de travail totale dans toute activité a été médicalement reconnue de décembre 2014 au 31 mai 2015, le recourant a droit à une rente entière d’invalidité du 1er mars (décembre 2014 + 3 mois; art. 88a al. 2 RAI) au 31 août 2015 (31 mai 2015 + 3 mois; art. 88a al. 1 RAI). Le SMR a d’ailleurs, dans sa prise de position du 4 novembre 2015, expressément mentionné que la période d’incapacité était de 6 mois. b) En ce qui concerne la période postérieure au 31 août 2015, le recourant ne présente plus d’incapacité de travail au plan cardiologique. Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Par contre, l’atteinte à l’épaule droite, qui, à elle seule, a justifié l’octroi d’une demi-rente par décision du 7 janvier 2015, n’a pas évolué depuis lors, ainsi que l’a attesté le SMR dans ses prises de position successives. Le médecin traitant du recourant a, dans son rapport médical du 10 mars 2015, également noté que la situation concernant l’épaule droite demeurait stationnaire, avec les mêmes limitations et la même incapacité de travail de 50% dans l’activité de boulanger. Le recourant lui-même ne fait d’ailleurs valoir aucune aggravation à cet égard. Le recourant doit donc, à compter du 1er septembre 2015, être réintégré dans son droit à la demi-rente d’invalidité qui lui avait été octroyée par la décision du 7 janvier 2015. c) C’est le lieu de rappeler que la décision du 7 janvier 2015 est entrée en force de chose jugée et qu’elle avait fondé le calcul du revenu d’invalidité sur la conclusion médicale que le recourant pouvait exercer à plein temps une activité de substitution adaptée; de plus, l’autorité intimée a depuis longtemps admis que l’activité de boulanger était contre-indiquée pour le recourant. L’appréciation médicale du médecin traitant du recourant, le Dr F. \_\_\_\_\_, n’apparaît donc pas incompatible avec le contenu de la décision querellée, dans la mesure où le généraliste s’est toujours borné à déclarer son patient incapable de travailler comme boulanger, sans jamais s’exprimer sur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Les preuves figurant au dossier, constituées essentiellement de pièces médicales, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l’état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu’il ne soit nécessaire de procéder à une expertise cardiologique ou multidisciplinaire, ainsi que l’a sollicité le recourant; la jurisprudence admet un tel procédé (appréciation anticipée des preuves, cf. supra 2c). d) En définitive, le recourant a droit à une rente entière d’invalidité du 1er mars au 31 août 2015, puis (à nouveau) à une demi-rente d’invalidité à compter du 1er septembre 2015. La décision litigieuse doit être réformée en ce sens. 5. a) Il s’ensuit l’admission très partielle du recours. b) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être répartis à raison de CHF 160.- à la charge de l’autorité intimée, soit un cinquième, et de CHF 640.- à la charge du recourant, soit les quatre cinquièmes. Les CHF 640.- de frais mis à la charge du recourant sont compensés par l’avance de frais de CHF 800.- versée. Le solde de CHF 160.- lui est restitué. c) Ayant obtenu par là très partiellement gain de cause, le recourant a droit à des dépens (réduits). Conformément aux art. 137 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et au tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12) et dans la mesure où le recourant n’a obtenu qu’une rente entière d’invalidité pour une durée déterminée (6 mois, soit 3 mois de plus que ce que la décision attaquée lui avait octroyé) en lieu et place de la rente entière demandée pour une durée indéterminée, il sied de lui reconnaître une équitable indemnité pour ses dépens de CHF 200.- éventuelle TVA incluse. Cette indemnité est intégralement à la charge de l’autorité intimée et est directement versée au mandataire du

recourant. Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête: I. Le recours est admis partiellement. Partant, A. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1er mars au 31 août 2015 et à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er septembre 2015. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg par CHF 160.- et à la charge de A. \_\_\_\_\_ par CHF 640.-. III. Les CHF 640.- de frais mis à la charge de A. \_\_\_\_\_ sont compensés par l'avance de frais de CHF 800.- versée. Le solde de CHF 160.- lui est restitué. IV. L'indemnité de dépens allouée à A. \_\_\_\_\_ est fixée à CHF 200.-, éventuelle TVA incluse. Elle est intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et est directement versée à DAS Protection Juridique SA. V. Communication. 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 24 août 2017/who Président Greffier-stagiaire

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