

# FR\_GERICHTE 608 2024 4 vom 8. Oktober 2024

FR Kantonsgericht, 2024-10-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2024\\_4](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2024_4)

FR: FR\_GERICHTE 608 2024 4 du 8 octobre 2024

IT: FR\_GERICHTE 608 2024 4 del 8 ottobre 2024

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1.1

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. 1.2

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009, dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas

applicables, dans la mesure où un éventuel droit à la rente débiterait avant le 1er janvier 2022.

### **E. 2.1**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, 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. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

### **E. 2.2**

D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à 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. 2.3**

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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 les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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 -, le revenu d'invalide doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (enquête

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 suisse sur la structure des salaires [ESS]; ATF 135 V 297; 126 V 75; 124 V 321 consid. 3b/aa). A cet égard, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (arrêt TF 9C\_214/2009 du 11 mai 2009 consid. 5.2). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, le Tribunal fédéral a estimé qu'il fallait les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (arrêt TF 9C\_666/2009 du 26 février 2010 consid. 3.2). En outre, le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalide. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de

l'ensemble des circonstances du cas particulier. Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Par ailleurs, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. Une déduction globale maximale 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. 5b/aa-cc; arrêt TF 9C\_537/2019 du 20 février 2020 consid. 2.2). Enfin, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C\_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4.2). L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2; 126 V 75; arrêts TF 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.3; 8C\_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4 et 5; I 724/02 du 10 janvier 2003).

#### **E. 2.4**

Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour

conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008).

### **E. 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).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17

### **E. 3.2**

Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; 131 V 164). 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 RAI (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez

longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3). A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3).

#### **E. 4**

En l'espèce, le recourant estime tout d'abord avoir droit à une rente entière dès le 1er mars 2018 et non seulement à un quart de rente depuis le 1er juillet 2018. Il conteste ensuite la suppression de sa rente au 1er mars 2021, une amélioration sensible n'ayant pas été démontrée. Il convient dès lors d'examiner la question de la capacité de travail, de son évolution dans le temps et de son influence sur le degré d'invalidité.

#### **E. 4.1**

Dans leur évaluation consensuelle du 29 novembre 2022, les experts, soit la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en pharmacologie et toxicologie cliniques et en médecine interne générale, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retiennent comme diagnostics avec influence sur la capacité de travail des diagnostics exclusivement rhumatologiques, à savoir un syndrome lombo-vertébral chronique avec discopathies étagées, principalement au niveau L5- S1, associé à une dysbalance musculaire et à une insuffisance de la sangle abdominale, des cervicalgies avec discopathies pluri-étagées avec irritation de la racine C4-C5 gauche d'origine radiculaire, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire gauche avec tendinopathie modérée du sus-épineux et du biceps bicapital, sans déchirure significative. S'agissant de la capacité de travail, l'activité habituelle n'est plus exigible du point de vue rhumatismal, tandis qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (difficultés à se déplacer dans un rayon éloigné) et rhumatologiques (nécessité d'alterner les positions assises et debout, port de charges de max. 5kg, nécessité d'éviter hyperextension du tronc avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, toutes les activités qui demandent une sécurité augmentée sur les échafaudages, les échelles et celles qui demandent une posture non ergonomique pouvant surcharger le rachis dans sa totalité) est exigible à plein temps sans diminution de rendement. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles sur le plan de la médecine interne.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 Les experts précisent que la capacité dans toute activité est entière dans les trois spécialités jusqu'au 6 juillet 2017. Depuis ce moment, elle est nulle jusqu'en février 2018 en raison des troubles psychiatriques. La capacité dans l'activité habituelle continue à être de 0% d'abord en raison des troubles psychiatriques, puis dès novembre 2020 également en raison des troubles rhumatologiques. Quant à la capacité dans une activité adaptée, elle est de 60% dès mars 2018 jusqu'en mars 2021 et entière dès avril 2021 à cause des seuls troubles psychiatriques qui se sont partiellement améliorés. Par contre, les limitations dues aux atteintes rhumatologiques persistent, mais n'empêchent pas une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles y relatifs. Sur le plan psychiatrique plus particulièrement, le Dr F.\_\_\_\_\_ relève que l'examen clinique n'a pas permis de constater de trouble significatif de la série dépressive, ni de la série anxieuse, et

qu'il n'a pas constaté de symptôme neurovégétatif durant un entretien qui s'est déroulé dans un bureau porte et porte-fenêtre fermées, sans plainte notamment d'angoisse ou de demande pour sortir respirer, alors que l'assuré explique que les endroits fermés sont le pire pour lui. L'assuré est autonome dans les tâches élémentaires de la vie quotidienne (gestion de l'administratif, préparation des repas, promenades avec sa fille, recherche un emploi, etc.), sortait son chien lorsqu'il l'avait encore, fait de la moto, se déplace en voiture en ville pendant plusieurs mois, prenait sa voiture pour aller aux mesures de réadaptation à une dizaine de kilomètres, conduisant seul, et a pu augmenter son taux d'activité jusqu'à 84%. Des pertes de fonctionnalité liées au trouble anxieux ne sont ainsi pas cohérentes, ni plausibles. Par ailleurs, s'il rapporte avoir une à deux crises dans la journée, il arrive à les gérer au moyen d'exercices respiratoires en s'occupant dans des tâches distractives ou en pensant à des choses positives, et ne mentionne aucune perte de fonctionnalité ou gêne dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne ou dans les activités distractives et récréationnelles ou au niveau des relations sociales. Les difficultés qu'il mentionne sur le fait que son taux d'activité n'a pas pu dépasser 80% pendant les mesures de réadaptation sont en lien avec la fatigue et le fait qu'il dormait sur le bureau les après-midis, et non avec un trouble anxieux. De ce fait, les troubles anxieux décrits n'ont plus de caractère incapacitant actuellement (dossier OAI p. 893). L'expert-psychiatre s'est également longuement exprimé (dossier OAI p. 887) sur l'expertise psychiatrique du 2 avril 2020 réalisée par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI p. 350) et sur les rapports des autres psychiatres figurant au dossier.

#### **E. 4.2**

Le rapport des experts est fondé sur l'étude du dossier assécurologique qui leur avait été transmis, ainsi que sur l'examen et les entretiens avec l'assuré du 20 septembre 2022 (expertise rhumatologique), du 7 septembre 2022 (expertise psychiatrique) et du 14 septembre 2022 (expertise en médecine interne). C'est donc sur la base d'une compréhension claire et exhaustive du cas que les experts ont été amenés à donner leur avis dans ce dossier. A l'occasion des différents entretiens, l'assuré a été en mesure d'expliquer ses troubles et leur incidence dans son quotidien, de décrire en détail son historique professionnel, médical et familial et d'expliquer ses troubles. L'expertise tient également compte du déroulement des mesures auprès de H.\_\_\_\_\_, prend en considération les plaintes exprimées et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions des experts sont dûment motivées et également discutées dans le cadre d'un consensus interdisciplinaire. Dès lors que l'expertise est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels, elle a en soi pleine valeur probante sur le plan formel. Par ailleurs, la Cour de céans ne voit pas de raisons de s'écarter des conclusions des experts pour les motifs suivants.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17

##### **E. 4.2.1**

Le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant du recourant, a diagnostiqué le 2 mars 2018 une agoraphobie avec trouble panique (F40.01) et un syndrome de dépendance aux sédatifs ou hypnotiques, utilisation actuelle (F13.24). Il a également constaté qu'un trouble dépressif récurrent (F33.4) était actuellement en rémission (dossier OAI p. 215). S'agissant de l'incapacité de travail, il l'estime entre 100% et 30% depuis le 25 janvier 2017, mais de maximum 60% chez l'employeur actuel et de 100% chez

un autre employeur du seul fait que l'assuré ne peut se déplacer. Force est donc de constater que le rapport est imprécis sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a en outre discuté ce rapport et a tout d'abord relevé que le traitement n'avait pas changé depuis trois ans et correspondait à un état de stabilité n'entraînant pas de recherche de gain thérapeutique supplémentaire; le traitement n'est par ailleurs pas adapté aux troubles anxieux de type trouble panique, l'antidépresseur choisi n'étant pas la molécule recommandée pour ces troubles. L'expert- psychiatre ne confirme enfin ni le niveau de sévérité, ni l'impact sur la capacité de travail des diagnostics posés. Le recourant a ensuite été suivi par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les rapports du 20 septembre 2018 (dossier OAI p. 259) et du 24 novembre 2021 (dossier OAI p. 605) de ce médecin ne se prononcent cependant pas sur la capacité de travail, ou seulement sur la capacité dans l'activité habituelle. Quant au rapport du 4 juillet 2019 (dossier OAI p. 301), il a été discuté par le Dr F. \_\_\_\_\_ qui a indiqué être d'accord avec les diagnostics de trouble panique et d'agoraphobie, mais pas avec celui de phobies sociales dont les critères ne ressortent pas de l'anamnèse, de l'examen clinique ou encore du rapport du psychiatre traitant qui ne le discute pas. En outre, celui-ci cite des limitations fonctionnelles en lien avec les troubles somatiques (port de charges lourdes, déplacements), et non psychiques. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a également pris position sur l'expertise psychiatrique du 2 avril 2020 du Dr G. \_\_\_\_\_ (mise en œuvre par l'OAI; dossier OAI p. 887). Il indique notamment que, si ce spécialiste retient aussi un trouble panique avec agoraphobie et de trouble dépressif récurrent en rémission, la problématique de dépendance aux sédatifs et hypnotiques et la possible survenue d'attaque de panique dans un contexte de consommation chronique de benzodiazépines n'ont pas été pris en compte au niveau des diagnostics. Ensuite, l'analyse selon le mini-CIF (Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé) ne lui paraît pas adéquate. S'agissant tout d'abord de l'item "adaptation aux règles et aux routines", le Dr G. \_\_\_\_\_ présente comme limitations des conséquences de l'agoraphobie, à savoir les distances que l'assuré peut parcourir à pied ou en voiture, alors qu'elles ne sont pas le sujet de cet item; la seule évaluation de l'adaptation aux règles et aux routines qu'il mentionne est en réalité la ponctualité et les engagements, qui sont respectés par l'assuré. Concernant le second item "planification et structuration des tâches", le Dr F. \_\_\_\_\_ relève que le Dr G. \_\_\_\_\_ explique que l'assuré parvient à gérer sa journée si elle est programmée à l'avance, et ainsi qu'il est capable de la programmer à l'avance, que les tâches sont réalisées dans un ordre judicieux et menées à terme, et que l'assuré n'a pas de difficulté à déterminer ce qui est important et ce qui ne l'est pas, mais que le Dr G. \_\_\_\_\_ "rajoute curieusement que du fait des crises récurrentes, la personne assurée se voit dans l'obligation d'abandonner ses tâches professionnelles et de retourner à son domicile, ce qui constitue une conséquence du trouble anxieux et non un problème dans la capacité à planifier et à structurer les tâches, dans la capacité d'endurance qu'il estime à modérée". Par ailleurs, le Dr G. \_\_\_\_\_ indique que la pression imprédictible des crises entraîne une réduction du rendement, alors que les mesures d'intégration ont montré que l'assuré a au contraire pu augmenter son taux d'activité et que le seul

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 élément limitant était le fait de s'endormir sur le bureau. Il évalue également la capacité d'intégration en se basant sur le fait que l'assuré présente des difficultés à s'intégrer dans des groupes d'amitiés ou d'intérêt, alors qu'il s'agit seulement de conséquences de l'agoraphobie. Quant au fait que l'activité habituelle ne serait plus exigible parce qu'elle pourrait avoir des conséquences sur sa sécurité et celles des

autres en cas de crise d'angoisse, le Dr F. \_\_\_\_\_ le conteste dès lors qu'aucun événement en lien avec la sécurité n'a été signalé durant les années de travail du recourant, que celui-ci explique lutter contre les crises d'angoisse par une occupation (qui constitue une stratégie distractive par rapport au trouble anxieux) et que les crises d'angoisse ne sont pas d'installation immédiate et présentent des symptômes permettant à la personne de se rendre compte de son arrivée et de prendre les mesures nécessaires. De plus, si le concept de dangerosité devait être rattaché à la crise d'angoisse, il devrait également être étendu aux activités ménagères et domestiques. Il n'y a ainsi pas d'argument en faveur d'une incapacité dans l'activité habituelle. Quant à l'exercice d'une activité adaptée, le Dr G. \_\_\_\_\_ estime que la reprise d'une activité ne devrait être envisagée que dans un domaine qui puisse intéresser l'assuré, alors qu'une telle prise de position n'a aucun lien avec un trouble ou une limitation fonctionnelle psychiatriques. Il considère également que les traitements actuels sont tout à fait adaptés, alors que, selon le Dr F. \_\_\_\_\_, la prescription comporte deux benzodiazépines chez une personne assurée connue pour sa dépendance à ces médicaments et que cette prescription comporte du Saroten à des doses en-dessous du seuil thérapeutique et des doses minimales efficaces. Enfin, les rapports de la Dre K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante du recourant, ne sont pas non plus de nature à remettre en cause les conclusions des experts, notamment de l'expert-psychiatre. En effet, les troubles attestés sont purement psychiques, donc ne ressortent pas de sa spécialité, et ont dûment été pris en compte et discutés par l'expert-psychiatre (rapports du 15 juin 2016, dossier OAI p. 67; du 3 octobre 2017, dossier OAI p. 43). De plus, son rapport du 13 février 2017 (dossier OAI p. 64) n'est pas motivé. Quant à celui du 19 février 2018 (dossier OAI p. 188), s'il contient des diagnostics somatiques (tachycardie sinusale et troubles digestifs fonctionnels), ceux-ci ont été discutés et considérés comme étant sans influence sur la capacité de travail par l'expert en médecine interne générale (dossier OAI p. 868 et p. 870). Les limitations fonctionnelles (ne pas se déplacer dans le cadre du travail ni pour aller travailler loin de chez lui) ne relèvent pour leur part que du domaine psychiatrique. La Dre L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et nouvelle médecin traitante, ne se prononce pas sur la capacité de travail, si ce n'est au sujet d'une incapacité de travail de cinq jours seulement en octobre 2021 en raison d'une lombalgie aiguë, la capacité de travail étant gérée par le Dr J. \_\_\_\_\_.

#### **E. 4.2.2**

Deux rapports psychiatriques ont été établis postérieurement à la décision attaquée et n'ont en soi pas à être pris en compte. Ils ne sont quoi qu'il en soit pas propres à permettre de s'écarter de l'évaluation psychiatrique du Dr F. \_\_\_\_\_. Tout d'abord, le Dr J. \_\_\_\_\_ ajoute dans son rapport du 29 janvier 2024 un diagnostic supplémentaire à ceux retenus par l'expertise, à savoir des phobies sociales avec phobies des transports et agoraphobie (F10), dès lors que l'assuré peut présenter un état d'anxiété dans des endroits publics en présence d'une grande foule, ainsi que des difficultés dans ses déplacements sur des grandes distances sans accompagnement, qu'il est vulnérable au regard et à l'observation attentive des autres (d'où ses difficultés à prendre les transports publics et leur évitement), présentant une gêne, des peurs et des craintes, un mal-être et un risque de faire une attaque de

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 panique. Malgré une thérapie cognitive et comportementale par exposition, il reste toujours limité pour les déplacements seul sur des grandes distances. Or, ces éléments étaient déjà connus des experts et l'expert-psychiatre a estimé que l'agoraphobie n'avait pas d'influence sur la capacité de travail (cf. expertise

psychiatrique, dossier OAI p. 877ss). De plus, l'assuré indique que les facteurs déclenchant des crises sont les lieux fermés, sans fenêtre ou porte, où il n'est pas possible de voir l'extérieur, comme les magasins ou les transports publics (expertise psychiatrique, dossier OAI p. 881). Si les magasins peuvent effectivement être des lieux fermés, tel n'est pas le cas des transports publics qui ont fenêtres et portes et permettent en principe de voir à l'extérieur. Quoiqu'il en soit, l'expert-psychiatre a relevé que des pertes de fonctionnalité liées au trouble anxieux ne sont pas cohérentes, ni plausibles chez un assuré qui fait de la moto, se déplace en voiture en ville pendant plusieurs mois, prenait sa voiture pour aller aux mesures de réadaptation à une dizaine de kilomètres, conduisant seul, qui a pu augmenter son taux d'activité jusqu'à 84%, et qui n'a décrit comme facteur limitant que la fatigue et le fait qu'il s'endormait sur le bureau (dossier OAI p. 886). De plus, il a passé le volet psychiatrique de l'expertise porte et porte-fenêtre fermées sans montrer de signes d'anxiété, sans se plaindre d'être mal à l'aise et sans avoir demandé à ouvrir la porte ou la porte-fenêtre (dossier OAI p. 887). Une perte de la capacité de l'attention et de la concentration ne ressort par ailleurs pas non plus du rapport du 29 août 2022 de H.\_\_\_\_\_ (dossier OAI p. 806). Enfin, le psychiatre traitant mentionne que l'ensemble des troubles physiques et psychiques ont influencé d'une manière négative ses performances, son rendement et sa capacité de travail, et fixe la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée à ses limitations physiques et psychiques. De la sorte, il se détermine également sur le volet somatique qui ne ressort pas de sa spécialité et on ignore quelle est l'ampleur de l'influence des troubles psychiatriques sur la capacité de travail. Ensuite, le recourant est désormais suivi par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. On ne sait cependant pas quand ce suivi a commencé, seules les dernières consultations (dès le 1er mars 2024) étant indiquées dans les réponses du 13 mai 2024 du psychiatre traitant aux questions posées par son mandataire. La fatigabilité et l'anxiété qu'il mentionne ont déjà été prises en compte dans l'expertise, de même que les limitations fonctionnelles retenues (limitations dans les déplacements et l'utilisation des transports, dans la gestion des émotions au sein de la société et dans les domaines cognitifs comme la concentration). La perte d'élan vital est quant à elle un élément postérieur à la décision litigieuse, qui n'a jamais été mentionné jusque-là, de même que le manque d'énergie, jusqu'alors non restreinte (expertise psychiatrique du 2 avril 2020, dossier OAI p. 373; expertise pluridisciplinaire, dossier OAI p. 921). Le psychiatre traitant n'indique ensuite pas quel aspect de la personnalité est modifié ni dans quelle mesure. Le manque de motivation attesté ne ressort ensuite pas des rapports de H.\_\_\_\_\_ qui souligne son assiduité (cf. notamment rapports du 30 mai 2022, dossier OAI p. 731, et du 29 août 2022, dossier OAI p. 806), ni du rapport précité du 6 décembre 2021 de la Dre L.\_\_\_\_\_. Enfin, la peur de sortir et de la société est en contradiction avec les dires du recourant, qui a indiqué à plusieurs reprises vouloir travailler dans la vente (expertise du 2 avril 2020, dossier OAI p. 264; expertise pluridisciplinaire, dossier OAI p. 853 et 891).

#### **E. 4.2.3**

Deux rapports de la Dre L.\_\_\_\_\_ figurent encore au dossier, sur lesquels il convient de prendre brièvement position. Tout d'abord, le rapport du 13 septembre 2022 (dossier OAI p. 817), dont les experts ne semblent pas avoir eu connaissance, ne se prononce pas sur la capacité de travail et liste seulement des limitations fonctionnelles qui se recoupent avec celles attestées par l'expertise rhumatologique. Il n'ajoute ainsi rien de nouveau.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 Quant au rapport du 12 février 2024, produit avec la détermination du 14 février 2024 du recourant et cité en lien avec la capacité de travail, la généraliste pose des diagnostics déjà retenus par l'expertise pluridisciplinaire. Elle retient également des nouveaux diagnostics qui n'ont pas été attestés jusque-là, à savoir une hyperlipidémie, un pyrosis et une rhizarthrose à gauche avec un kyste arthro-synovial, qu'elle estime cependant comme étant stables. Par ailleurs, alors que la psychiatrie ne ressort pas de sa spécialité, elle se prononce également sur ce volet sans motiver pourquoi l'absence de diagnostic psychiatrique selon l'expertise ne lui paraît pas correspondre à la réalité. Dès lors qu'elle estime pour terminer que la capacité de travail est de 50% notamment en raison de la fatigabilité et du trouble anxieux, ce rapport ne permet pas non plus de s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire.

### **E. 4.3**

La Cour fait ainsi siennes les conclusions des experts. Il existe subséquentement une incapacité totale de travail dans toute activité de juillet 2017 à février 2018. Ensuite, l'activité habituelle reste inexigible jusqu'à ce jour. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 60% de mars 2018 à mars 2021, puis de 100% dès avril 2021. La cause étant en outre suffisamment instruite, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

### **E. 5.1**

Le recourant conteste également le revenu de valide.

#### **E. 5.1.1**

L'OAI a fixé le revenu sans invalidité à CHF 77'282.35, soit un revenu de CHF 76'593.- pour 2016 selon le compte individuel du recourant, auquel s'ajoute 0.9% au titre de l'indexation. Le recourant estime qu'il convient de se baser sur le certificat de salaire du 16 janvier 2017 établi par son ancien employeur (dossier OAI p. 1087) et de retenir un revenu de CHF 85'180.06, soit CHF 84'840.-, plus 0.7% et 0.4% au titre de l'évolution des salaires entre 2016 et 2017.

#### **E. 5.1.2**

Selon la jurisprudence, pour déterminer le revenu sans invalidité, il faut établir au degré de la vraisemblance prépondérante quel salaire l'assuré aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Ce revenu 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 posant la présomption qu'il aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2; arrêt TF 9C\_771/2023 du 5 août 2024 consid. 6.3.1). Des pièces du dossier, il ressort tout d'abord du décompte de salaire d'avril 2016 (dossier OAI p. 138) que le recourant touchait un salaire mensuel de CHF 6'300.- plus CHF 245.- d'allocation pour enfant. Annualisés et additionnés, ces montants, versés 13 fois l'an pour le salaire et 12 fois l'an pour l'allocation pour enfant, correspondent au total du revenu selon le certificat de salaire 2016 (soit CHF 84'840.-). En outre, les décisions d'indemnités journalières versées durant le cadre de la mesure auprès de H. \_\_\_\_\_ indiquent un revenu déterminant de CHF 84'500.-. De ce fait, il convient d'admettre que le recourant a touché un salaire annuel supérieur à celui ressortant du compte individuel (soit CHF 76'593.-) et de retenir un revenu annuel de CHF 81'900.- (CHF 6'300.- x 13). Les allocations pour enfant, sur lesquelles les cotisations AVS ne sont pas

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 prélevées, n'ont pas à être prises en compte. Compte tenu de l'indexation qui doit être calculée selon la table T1.1.15 (indice des salaires nominaux, hommes, 2016-2022) pour le secteur bâtiment/construction, soit 0.3% pour 2017 et 0.5% pour 2018, le revenu sans invalidité se monte à CHF 82'556.45.

### **E. 5.2**

L'OAI a ensuite établi le revenu avec invalidité pour la période du 1er juillet 2018 au 28 février 2021 selon l'enquête sur les salaires statistiques (ESS) 2018 (TA1\_tirage\_skill\_level, total, niveau 1, hommes) et tenu compte d'une capacité de travail de 60%, soit CHF 40'659.85. Pour la période dès le 1er avril 2021, il s'est basé sur l'ESS 2020, une indexation de moins 0.2% et a pris en compte une pleine capacité de travail pour obtenir un revenu avec invalidité de CHF 65'683.55. Le recourant ne conteste pas l'utilisation des salaires statistiques. Il estime par contre qu'il faut tenir compte d'une capacité de travail de 40% et d'un abattement de 10% en raison de son taux d'activité réduit, et obtient un revenu d'invalidité de CHF 24'395.-. Il ne saurait cependant être suivi. Il n'y a en effet pas lieu de s'écarter de la capacité de travail dans une activité adaptée de 60% de mars 2018 à mars 2021, puis de 100% dès le 1er avril 2021, établie par l'expertise pluridisciplinaire du 29 novembre 2022 qui a pleine valeur probante. Quant à la question d'un abattement de 10% en raison de son taux d'activité réduit, elle peut rester ouverte, cet abattement n'ayant pas une influence suffisante pour modifier les degrés d'invalidité calculés par l'OAI.

### **E. 6.1**

Partant, le degré d'invalidité pour la période du 1er juillet 2018 au 28 février 2021 est de 50.75% (compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 82'556.45 et d'un revenu avec invalidité de CHF 40'659.85), et ouvre le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité au lieu d'un quart de rente.

### **E. 6.2**

Le droit à la rente doit ensuite être nié dès le 1er mars 2021 jusqu'au 22 mai 2022 en raison des indemnités journalières versées, dès lors que, en vertu de l'art. 29 al. 2 LAI, il ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière. De plus, d'après le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, aucune rente ne saurait être allouée du fait qu'une mesure de réadaptation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée (arrêt TF 9C\_464/2012 du 5 novembre 2012 consid. 2.2.).

### **E. 6.3**

Enfin, l'octroi d'une rente doit être refusé après le 22 mai 2022, dès lors que le degré d'invalidité est de 20.44% compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 82'556.45 et d'un revenu d'invalidité de CHF 65'683.55. En effet, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est attestée dès le 1er avril 2021 par les experts, de sorte qu'une rente n'aurait quoi qu'il en soit pas pu être accordée dès le 1er juillet 2021 (soit trois mois après la constatation de la pleine capacité de travail selon l'art. 88a al. 1 RAI), même si le recourant n'avait pas touché des indemnités journalières. Cette amélioration est également constatée par H. \_\_\_\_\_ qui a attesté une augmentation régulière du taux d'activité depuis le début de la mesure pour atteindre 80%, taux qui n'a pas été augmenté en raison du souhait de l'assuré (cf. notamment rapports de H. \_\_\_\_\_ du 31 mai 2021, dossier OAI p. 467; du 25 novembre 2021, dossier OAI p. 607; du 1er mars 2022, dossier OAI p. 670 et du 29 août 2022, dossier OAI p. 806).

### **E. 7**

Est encore contesté le moment du début du droit à la rente. L'OAI a retenu que l'arrêt de travail n'était médicalement justifié qu'à partir du 1er juillet 2017 en vertu de l'expertise pluridisciplinaire, laquelle n'a pas retenu les incapacités de travail antérieures à cette date. Le recourant soutient être en incapacité de travail d'un taux supérieur à 40% depuis le 25 janvier 2017. Les experts ont cependant considéré que la capacité de travail dans une activité adaptée a été entière jusqu'au début du suivi par le Dr I. \_\_\_\_\_ le 6 juillet 2017. La valeur probante de l'expertise a déjà été discutée, et il n'y a pas lieu de s'en écarter. De ce fait, le début de l'incapacité de travail médicalement attesté doit être fixé au 1er juillet 2017 et le début du droit à la rente au 1er juillet 2018.

### **E. 8**

Enfin, dans ses observations du 5 mars 2024, l'OAI propose une reformatio in pejus dès lors que, en vertu de la jurisprudence fédérale, le droit à la rente prend naissance au plus tôt après l'achèvement des mesures de réadaptation. Il n'aurait par conséquent pas dû octroyer à l'assuré une rente entre le 1er juillet 2018 et le 28 février 2021. Le recourant conteste cette proposition et relève tout d'abord que les mesures d'ordre professionnel et les indemnités journalières ont été allouées seulement à partir du 1er mars 2021, soit après l'échéance du délai d'attente, et qu'il n'est pas responsable de cette attente, le 1er entretien ayant eu lieu le 17 septembre 2020. Il estime ensuite que l'art. 29 al. 1 LAI n'est pas applicable. Enfin, l'OAI l'a informé le 5 juillet 2018 que des mesures de réadaptation n'entraient pas en ligne de compte (dossier OAI p. 221).

#### **E. 8.1**

Selon la jurisprudence fédérale, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (cf. art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente). La preuve de l'absence de la capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (arrêt TF 9C\_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références citées; arrêt TF 9C\_380/2021 du 31 janvier 2022 consid. 5.1).

#### **E. 8.2**

En l'espèce, il convient de relever que l'OAI a, par communication du 5 juillet 2018, informé le recourant de la clôture de la phase d'intervention précoce et qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'entrait en ligne de compte (dossier OAI p. 221). Il a par la suite mis en œuvre une expertise psychiatrique (expertise du 2 avril 2020), estimant que la situation médicale, notamment la capacité de travail dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles, n'était pas établie de manière suffisante. Les mesures de réadaptation n'étaient ainsi pas envisageables de septembre 2017 à avril 2020. Par ailleurs, des mesures de réadaptation ont été demandées à H. \_\_\_\_\_ le 18 septembre 2020 (dossier OAI p. 412), mais n'ont pu débiter que le 22 février 2021 (dossier OAI p. 428). Elles ont

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 ensuite été renouvelées à quatre reprises et ont pris fin le 21 août 2022 (rapport de H. \_\_\_\_\_ du 29 août 2022, dossier OAI p. 806). Partant, l'octroi d'une rente à titre rétroactif est justifié du fait que le recourant n'était pas susceptible de réadaptation jusqu'à fin avril 2020 et que les mesures n'ont pas commencé avant le 22 février 2021. La Cour s'étonne que l'autorité propose dans de telles circonstances une reformatio in pejus qui ne se justifie manifestement pas.

#### **E. 9**

Le recourant allègue encore avoir droit à un reclassement, dès lors que sa perte de gain dépasse la limite de 20% retenue par la jurisprudence fédérale. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir un droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, arrêt TF 8C\_263/2022 du 8 septembre 2022 consid. 2.2). En l'occurrence, la perte de capacité de gain du recourant est de 20.44% (CHF 65'683.55 par rapport au revenu sans invalidité de CHF 82'556.45). L'OAI ne s'étant pas prononcé sur cette question, alléguée par le recourant pour la première fois durant la procédure de recours, il lui appartiendra d'examiner si les conditions d'un reclassement sont remplies et de rendre une décision à ce sujet.

#### **E. 10**

En résumé, il ressort de l'expertise pluridisciplinaire, qui a pleine valeur probante, que la capacité de travail dans toute activité est entière jusqu'au 6 juillet 2017. Elle est ensuite nulle dès cette date jusqu'en mars 2018. Une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles est ensuite exigible à 60% dès ce moment jusqu'en mars 2021, puis à plein temps à partir d'avril 2021. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de CHF 82'556.45 et d'un revenu d'invalidité de CHF 40'659.85 pour une activité à 60%, le degré d'invalidité est de 50.75% du 1er juillet 2017 au 28 février 2021. Le recourant a ainsi droit à une demi-rente du 1er juillet 2018, après écoulement du délai d'attente d'un an, jusqu'au 28 février 2021. Le droit à la rente est ensuite nié pour le mois de mars 2021 en raison des indemnités journalières versées. Il l'est également dès le 1er avril 2021, du fait que le recourant touche des indemnités journalières puis que le degré d'invalidité est de 20.44% en raison d'un revenu sans invalidité de CHF 82'556.45 et d'un revenu avec invalidité, pour une activité à plein temps, de CHF 65'683.55. Il appartiendra en outre à l'autorité intimée d'examiner si les conditions d'un reclassement sont remplies et de rendre une décision à ce sujet.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17

#### **E. 11.1**

Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis dans la mesure où le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité du 1er juillet 2018 au 28 février 2021. La décision litigieuse est confirmée pour le surplus.

#### **E. 11.2**

Les frais de procédure de CHF 800.- sont répartis par moitié entre les parties à raison de CHF 400.- chacune. La part du recourant est compensée avec l'avance de frais de CHF 800.- versée le 26 janvier 2024, le solde de CHF 400.- lui étant restitué.

### E. 11.3

Le recourant a droit à des dépens réduits. Son mandataire a produit sa liste de frais comptabilisant des montants de CHF 4'829.15 au titre d'honoraires (19 heures 19 minutes à CHF 250.- /heure), plus TVA à 7,7% puis 8.1% (soit au total CHF 390.35), de CHF 679.70.- de frais, plus TVA à 7,7% puis 8.1% (soit au total CHF 52.60) et de CHF 440.- de débours non soumis à la TVA, soit CHF 6'391.80. Cette liste de frais ne correspondant pas au tarif applicable en matière de débours (cf. art. 9 al. 2 du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif/JA; RSF 150.12). En effet, la facturation de l'impression du dossier du recourant et du dossier AI (1121 pages au total) au même prix que celui des photocopies isolées est disproportionnée, les photocopies sont facturées à CHF 0.50 au lieu de CHF 0.40, les frais d'ouverture du dossier entrent dans les frais de secrétariat, des opérations ne concernent pas la présente procédure, et les montants versés aux médecins n'ont pas à être pris en compte dès lors qu'ils n'ont pas été utiles à la résolution du cas. Partant, l'indemnité de partie à laquelle le recourant a droit est fixée d'office conformément à l'art. 11 Tarif/JA. Elle se monte ainsi à CHF 4'000.- d'honoraires, plus CHF 200.- de débours, CHF 28.55 au titre de la TVA à 7.7% sur CHF 220.85 et CHF 317.50 au titre de la TVA à 8.1% sur CHF 3'919.75, soit un total de CHF 4'546.05. Compte tenu du gain de cause partiel, il sied de la réduire de moitié et de fixer l'indemnité qui revient au recourant à un montant global de CHF 2'100.-, débours compris, plus CHF 14.30 au titre de la TVA à 7.7% et CHF 158.75 au titre de la TVA à 8.1%, soit un total de CHF 2'273.05, intégralement mis à la charge de l'OAI. (dispositif page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, A. \_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité du 1er juillet 2018 au 28 février 2021. Au surplus, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 7 décembre 2023 est confirmée. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 400.- à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et de CHF 400.- à la charge de A. \_\_\_\_\_. Le montant dû par le recourant est compensé avec l'avance de frais versée par celui-ci et le solde de CHF 400.- lui est restitué. III. L'indemnité de partie octroyée à A. \_\_\_\_\_ est fixée à CHF 2'100.- (honoraires et débours), plus CHF 14.30 au titre de la TVA à 7.7% et CHF 158.75 au titre de la TVA à 8.1%, soit un total de CHF 2'273.05, et mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton 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 8 octobre 2024/cso La Présidente La Greffière-rapporteure

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