



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

608 2018 41

Arrêt du 2 mai 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffière-rapporteuse : Muriel Zingg

Parties

A. _____, **recourant**, représenté par Me Charles Guerry, avocat
contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité, rente limitée dans le temps, révision, capacité
de travail

Recours du 12 février 2018 contre la décision du 11 janvier 2018

considérant en fait

A. A. _____, né en 1960, marié et père de deux enfants majeurs, domicilié à B. _____, au bénéfice d'une formation professionnelle de mécanicien-électricien sur automobiles et de chauffeur poids lourds, a travaillé en Suisse, auprès de différents employeurs, de 1983 à 1989, puis à nouveau à partir de 2006.

Le 23 mars 2009, alors qu'il était occupé à démonter un pneu sur sa place de travail, il a perdu l'équilibre et a chuté en arrière avec réception sur le dos. En raison notamment de la persistance de douleurs lombaires basses, il a été mis en incapacité de travail totale.

Le 26 août 2009, le susnommé a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI).

Le 4 janvier 2010, il est tombé et s'est fracturé le poignet, ce qui a également engendré une incapacité de travail médicalement attestée.

Par décision du 3 mars 2011, l'OAI a refusé de lui accorder une rente d'invalidité, au motif qu'il présentait une capacité de travail de 80 % dans son ancienne activité et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Par arrêt du 25 avril 2013, le Tribunal cantonal a admis le recours déposé par l'assuré le 7 avril 2011 (dossier 605 2011 113), annulé la décision querellée et renvoyé la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

B. Par décision du 18 février 2016, l'OAI a accordé à A. _____ une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2010 au 30 septembre 2013. Il a considéré que, depuis le 23 mars 2009, la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte et qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 23 mars 2010, sa capacité de travail et de gain était nulle dans toute activité. En revanche, il a retenu, dans un premier temps, que, dès le 25 juin 2013, son état de santé s'était amélioré et stabilisé, de sorte qu'il était en mesure d'exercer une activité adaptée à 100 % sans diminution de rendement, ce qui entraînait la suppression de la rente au 30 septembre 2013, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Dans un deuxième temps, il a néanmoins reconnu que le droit à d'éventuelles prestations à compter du 1^{er} octobre 2013 nécessitait des investigations médicales supplémentaires et qu'il ferait l'objet d'une nouvelle décision.

Dans son projet de décision du 6 janvier 2017, l'OAI a maintenu sa position quant au fait que, dès le 1^{er} octobre 2013, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé fixée au 25 juin 2013, l'assuré était en mesure de travailler dans une activité adaptée à 100 % sans diminution de rendement. Il a précisé qu'il avait mis en œuvre une expertise psychiatrique, selon laquelle, sur le plan psychique, l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte avec répercussion sur sa capacité de travail.

Suite aux objections de l'assuré, l'autorité intimée a mis en œuvre une expertise orthopédique.

C. Par décision du 11 janvier 2018, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2013 au 31 octobre 2014. Se basant sur le rapport d'expertise orthopédique du 23 juin 2017, il a retenu que, du 1^{er} octobre 2013 au 31 octobre 2014, une incapacité de travail à 100 % dans toute activité était médicalement justifiée, mais que, dès le 1^{er} novembre 2014, l'assuré était en mesure d'exercer une activité adaptée dans le domaine de la production industrielle légère comme du contrôle de qualité ou dans les services, à la réception, dans la vente, notamment

d'automobiles, pour du gardiennage également, à 100 % sans diminution de rendement. Il a ajouté qu'aucune des pièces médicales produites n'attestait un fait nouveau depuis l'expertise orthopédique de juin 2017, dont les conclusions n'étaient pas contestées par les médecins consultés. Il a enfin souligné que la contestation du rapport d'expertise par l'assuré ne portait pas sur l'aspect médical, lequel n'était pas remis en cause.

D. Contre cette décision, A. _____, représenté par Me Daniel Känel, avocat, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 12 février 2018, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'ordre soit donné à l'OAI de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale auprès d'un expert neutre pour déterminer correctement son degré d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, il conteste la valeur probante de l'expertise orthopédique du Dr C. _____, estimant que ses réponses sont incomplètes et lacunaires. Il considère que, contrairement aux conclusions du rapport d'expertise, il n'est plus en mesure d'exercer une activité lucrative à 100 % avec plein rendement, notamment en raison des discopathies pluri-étagées dont il souffre au niveau du dos et des limitations fonctionnelles établies au niveau de sa main droite.

Le 28 février 2018, le recourant a versé une avance de frais de CHF 800.-.

Dans ses observations du 16 avril 2018, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Elle estime que les allégations du recourant ont déjà été abordées dans le cadre de la procédure d'objections et renvoie au contenu de la décision querellée. Elle se réfère également au rapport du 12 avril 2018 du service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), selon lequel les conclusions du Dr C. _____ sont claires et la demande d'une nouvelle expertise médicale n'a aucune justification médicale ni assécurologique.

Le 17 mai 2018, la Caisse Inter-Entreprises de Prévoyance Professionnelle (CIEPP), à qui la décision attaquée avait également été notifiée, a été appelée en cause en tant que fonds LPP intéressé. Dans sa détermination du 21 juin 2018, elle relève, à titre préalable, qu'elle a refusé la prise en charge de ce cas d'invalidité. Elle constate en outre que les avis divergent principalement sur la valeur probante de l'expertise médicale de juin 2017 sur laquelle l'OAI s'est appuyé pour rendre sa décision et s'en remet à l'appréciation de l'Autorité de céans concernant l'opportunité ou non de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale.

Par courrier du 30 avril 2019, Me Charles Guerry, avocat, informe l'Instance de céans qu'il représente désormais les intérêts du recourant.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre

directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

2.

2.1. 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.

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).

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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière.

2.2. 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).

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).

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).

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).

3.

3.1. Selon l'art. 17 al. 1 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 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 387 consid. 1b).

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 citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

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 p. 114 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

3.2. Par ailleurs, selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité 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 (cf. ATF 131 V 164; VSI 2001 155 consid. 2).

Enfin, en cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201] (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette 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).

4.

En l'espèce, l'OAI a rendu une première décision en date du 18 février 2016, par laquelle il a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2010 au 30 septembre 2013. Il a par contre expressément reconnu que la situation dès le 1^{er} octobre 2013 nécessitait des investigations supplémentaires et a donc indiqué qu'une nouvelle décision serait rendue à ce sujet. Cette décision n'a pas été attaquée et est donc entrée en force pour la période allant jusqu'au 30 septembre 2013.

Dans la décision querellée du 11 janvier 2018, l'OAI a retenu qu'une incapacité de travail à 100 % était encore médicalement justifiée du 1^{er} octobre 2013 au 31 octobre 2014, mais que, dès le 1^{er} novembre 2014, le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée à 100 % sans diminution de rendement.

Le présent litige porte dès lors sur la question de savoir si la capacité de travail du recourant s'est effectivement améliorée à partir du mois de novembre 2014.

A noter que les diagnostics retenus dans le cas du recourant, soit des lombalgies chroniques ayant nécessité une cure de hernie discale en 1991 et une spondylodèse par voie antérieure en 2012, avec persistance des plaintes, des séquelles de fracture du poignet droit ayant entraîné plusieurs interventions chirurgicales en raison d'un cal hypertrophique irritant la sixième coulisse palmaire droite jusqu'à l'ablation de la partie distale du cubitus droit ainsi qu'une ischémie critique sur occlusion aorto-di-iliaque selon Leriche, ne sont pas contestés. Seule leur incidence sur la capacité de travail du recourant est litigieuse.

4.1. Dans sa première décision du 18 février 2016, l'OAI s'est basé sur le rapport d'examen final du 25 juin 2013 du Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA (dossier OAI, p. 1320). L'appréciation de ce médecin est la suivante: *"Dans l'activité professionnelle habituelle d'électricien sur autos, l'incapacité de travail reste à 100 %; de plus, cette activité professionnelle n'est plus exigible actuellement comme déjà relevé en juin 2012. En termes d'exigibilité, l'atteinte du poignet et de la main D contre-indique toute activité professionnelle associée à des coups, des à-coups, de même que des vibrations qui peuvent être générées notamment par des outils, des machines. Il y a une limitation du port de charge pour la main D qui est importante, seules des petites charges et de façon non répétitive peuvent être soulevées. Il faut éviter à tout prix les activités répétitives, monotones, chroniques pour la main et le poignet atteint de plus aucune position contrainte devrait être appliquée à la main et au poignet D. Toute activité de serrage et desserrage de boulons ainsi que du serrage ou desserrage de vis avec l'utilisation de tournevis est contre-indiquée si elle doit se faire sur un certain temps avec une certaine force. L'assuré est droitier mais compte tenu de l'atteinte actuelle on peut considérer que la main D peut servir d'appui à des activités réalisées par la main G. Pour des questions principalement de sécurité, l'utilisation d'échafaudages et d'échelles est totalement contre-indiquée dans cette situation. En ce qui concerne l'activité professionnelle et*

en tenant compte des limitations d'exigibilité et en considérant une activité professionnelle adaptée et qui épargnerait le poignet et la main D (et en partie l'épaule D), on pourrait considérer la capacité de travail comme normale à 100 % avec un rendement attendu de 100 %" (dossier OAI, p. 1323-1324).

Dans un rapport du 15 avril 2013 (dossier OAI, p. 2284), le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, conclut que le geste chirurgical (une spondylodèse ALIF L5-S1 par voie antérieure réalisée en 2012) n'a pas aidé le patient même si ce dernier avoue qu'il n'a plus eu de chute. Il estime également que l'avenir professionnel de l'assuré est sombre dans le sens où il le voit mal reprendre une activité lucrative. Il précise que le tableau est complexe avec un mélange de séquelles de traumatisme au niveau du poignet et de douleurs chroniques sur lombalgies rebelles résistant au traitement, y compris chirurgical.

Dans son rapport du 20 janvier 2014 (dossier OAI, p. 2309), le Dr F. _____, médecin généraliste auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), se rallie à la prise de position du médecin d'arrondissement de la SUVA. Il souligne qu'il ne partage pas les conclusions des médecins traitants, parce que, d'une part, ils n'ont pas examiné suffisamment les capacités fonctionnelles restantes pour les corréliser au profil d'une activité adaptée et, d'autre part, parce qu'ils n'ont pas pour vocation de rester neutres dans leur appréciation.

Dans un courrier à caractère médical du 27 octobre 2014 (dossier OAI, p. 2334), le Dr G. _____, médecin généraliste, explique que le recourant présente un syndrome douloureux lombaire, avec irradiation fréquente vers le haut du dos dans la région de la nuque et irradiation douloureuse dans la région glutéale droite et à la face postérieure de la cuisse et du mollet jusqu'à la cheville droite ainsi qu'un syndrome douloureux du poignet et de la main droite, avec des paresthésies sur le côté externe de la main, un déficit de mobilité du poignet et un déficit de la force de préhension de la main droite. Il conteste la conclusion du médecin du SMR et s'étonne du fait que l'autorité intimée n'ait pas interrogé les médecins traitants en ce qui concerne les capacités fonctionnelles du dos à la suite de l'intervention chirurgicale de 2012 et que, par ailleurs, à sa connaissance, un expert n'ait pas non plus été interrogé.

Dans un rapport du 27 novembre 2014 (dossier OAI, p. 2338), le Dr E. _____ fait les constatations suivantes: *"On doit malheureusement constater que le geste chirurgical lombaire ne lui a pas suffisamment amélioré sa qualité de vie pour pouvoir reprendre une activité lucrative à temps plein. Je suis fortement étonné, en effet de constater que nos confrères de l'AI lui ont proposé une activité à temps plein à 100 %, même si celle-ci est adaptée. Ce patient présente des lombalgies qui rendent tout travail lourd difficile. Il présente également des séquelles d'un traumatisme de la main avec des douleurs (le patient porte en permanence une attelle) et un travail adapté serait également entravé. Je serai intéressé de voir quelle serait l'évaluation des capacités fonctionnelles de ce patient, par exemple à la SUVA. Il me paraît difficile de concevoir un emploi à plein temps chez ce patient même dans une activité adaptée, en raison de problèmes orthopédiques qui entravent d'un côté les travaux physiques lourds (la lombalgie) et d'un autre côté les travaux plus légers (séquelles du traumatisme de la main)".*

Dans un rapport du 4 décembre 2014 (dossier OAI, p. 2340), ce praticien précise que l'IRM cervicale du recourant montre des troubles dégénératifs importants cervicaux entre C4 et C5 avec une ostéophytose antérieure et une protrusion postérieure mais pas vraiment de compression médullaire importante ou de myélopathie clairement visible qui pourrait expliquer l'examen

neurologique. Par conséquent, il estime qu'il n'y a pas lieu à proposer un geste chirurgical au niveau cervical.

Dans son rapport du 13 juillet 2015 (dossier OAI, p. 2377), le Dr F. _____ relève qu'il n'a pas trouvé de nouveaux éléments susceptibles de mettre en question l'exigibilité médico-théorique concernant la capacité de travail de l'assuré. Au vu des importantes divergences d'appréciation concernant les répercussions fonctionnelles entre les divers intervenants médicaux, il suspecte un trouble douloureux somatoforme.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 14 novembre 2016 (dossier OAI, p. 2464), le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retient uniquement des troubles anxieux spécifiés secondaires à la douleur non handicapants (F41.8) comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail. Il conclut donc qu'en l'absence d'atteinte à la santé du point de vue psychiatrique, l'assuré a toujours été capable de travailler à 100 % dans l'activité exercée jusqu'ici. Il précise qu'il n'y a pas de divergences entre l'appréciation pendant l'entretien et les rapports médicaux et signale que, dans le dossier, il y a deux rapports médicaux concernant l'évaluation psychiatrique effectuée par la SUVA lors des hospitalisations à I. _____, dans lesquels aucun diagnostic psychiatrique ou trouble de la personnalité n'a été retenu, ce qui coïncide avec sa propre appréciation.

Dans un certificat médical du 26 janvier 2017 (dossier OAI, p. 2765), le Dr G. _____ atteste que le recourant est en incapacité de travail à 100 % en raison de lombalgie et d'un syndrome douloureux du membre supérieur droit.

Dans son rapport du 16 février 2017 (dossier OAI, p. 2525), le Dr J. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès du SMR, fait les constatations suivantes: *"L'exigibilité médicale retenue dans le projet de décision du 06.01.2017 repose d'une part, sur le plan somatique, sur le rapport d'examen final du 25.06.2013 par le médecin d'arrondissement de la SUVA, date à partir de laquelle l'état de santé somatique est considéré comme stabilisé, d'autre part, sur le plan psychiatrique, sur le rapport d'expertise du 14.11.2016. Or le rapport d'examen final du 25.06.2013 ne prend en compte que la lésion du poignet droit à la charge de la SUVA, mais ne tient pas compte de l'atteinte lombaire, non-SUVA. Cette atteinte lombaire a été évaluée par une expertise rhumatologique en 2010. Une spondylodèse a ensuite été réalisée en 2012. Les conclusions de l'expertise rhumatologique de 2010 ne sont donc plus valides. Le projet de décision contesté du 06.01.2017 ne prend pas en considération toutes les atteintes à la santé. L'atteinte lombaire n'a pas été réévaluée médicalement de manière complète, neutre et objective postérieurement à la spondylodèse. L'exigibilité somatique basée sur la seule atteinte du poignet D définie par la SUVA ne peut donc pas être validée du point de vue de l'AI puisqu'il ne s'agit pas d'un « cas commun LAA ». Les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 14.11.2016 sont valides"*. Il estime donc que les limitations fonctionnelles somatiques exhaustives et l'exigibilité somatique dans une activité adaptée doivent être définies par une expertise orthopédique, prenant en compte l'atteinte du poignet D et l'atteinte lombaire.

Dans le rapport d'expertise du 23 juin 2017 du Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dossier OAI, p. 2549), les constatations objectives de l'examen orthopédique sont les suivantes: *"Taille : 162 cm. Poids : 51 kg (la personne assurée déclare avoir perdu 14 kg depuis qu'elle est inactive). Rachis : présence d'une cyphose dorsale assez importante avec des flèches de 10/0/4 cm. Elle se tient voûtée en avant et ne redresse pas son rachis cervical, qu'elle déclare être douloureux à la palpation, mais la mobilisation est physiologique. Pas de contracture de la musculature paravertébrale. Distance au*

sol : la personne assurée refuse de se pencher en avant, disant qu'elle est incapable de faire ce geste. Cependant, en montrant qu'elle ne peut pas le faire, une distance d'environ 20 cm est constatée. Lorsqu'elle passe de la position couchée à la position assise sur la table d'examen, la mesure est la même, avec d'importantes douleurs déclarées derrière les 2 genoux liées à la tension des ischios jambiers. Les rotations et les flexions du tronc sont impossibles à faire effectuer car la personne assurée refuse. Membres supérieurs : au niveau de l'épaule droite, la personne assurée déclare ne pas pouvoir lever son bras avec plus de 90° d'abduction. En lui faisant faire d'autres mouvements, il est constaté que la mobilité de l'épaule est parfaitement libre, aussi bien activement que passivement. Au niveau de l'épaule gauche, il n'y a pas de plainte ni de signe pathologique. Les 2 coudes sont libres en flexion/extension ainsi qu'en prosupination. Pas de pathologie du nerf ulnaire. Au niveau du poignet droit, la cicatrice opératoire est calme. La mobilité est indolore. La mesure des 2 poignets est identique. La personne assurée déclare des paresthésies au bout de tous les doigts, tant de la main gauche que de la main droite. La force de préhension paraît identique au niveau des 2 mains et la mobilité des doigts est également normale. Une déformation au niveau de la MP 1 de la main gauche est constatée, que la personne assurée attribue à l'accident, mais qui n'a jamais été mentionnée dans le dossier médical. Membres inférieurs : hanches libres des 2 côtés. Cependant, la personne assurée se crispe pendant l'examen et déclare d'importantes douleurs sur le lieu du prélèvement de la greffe osseuse lors de la mobilisation de la hanche droite. Il n'y a pas de paresthésie. En dehors de l'achilléen gauche, les réflexes sont présents. Lasègue négatif. Cependant, douleurs derrière les 2 genoux liées à des ischios courts. Il n'y a pas de paresthésie. La marche sur le talon et les pointes s'effectue normalement, l'accroupissement également, la personne assurée peut se relever sans aide. Bas des genoux et pieds sans particularité". L'appréciation de l'expert est la suivante: "La personne assurée a des capacités qu'elle refuse de mettre en avant. Elle déclare ne pas pouvoir être assise pendant plus d'un quart d'heure alors que, lors de l'examen, elle est restée assise environ une heure sans bouger et qu'elle est capable d'être en voiture pour un long voyage avec une halte toutes les 2 heures. Elle déclare également que, lors de l'utilisation de sa main droite, qu'elle protège toujours par une attelle, alors qu'il n'y a aucune inflammation, elle présente des lâchages du membre supérieur droit, par exemple lorsqu'elle mange. Elle déclare également ne pas avoir de force pour sortir en raison de son état général déficient. Comme rapporté dans le dossier de la personne assurée, elle est installée dans un «système d'invalidation» complète et collabore assez mal à l'examen. A la fin de l'expertise, pendant les explications disant qu'au niveau de son poignet la fonction est actuellement bonne, qu'il n'y a pas de signe inflammatoire, que la force est bien retrouvée, qu'elle peut utiliser normalement sa main et qu'au niveau de son rachis ce dernier manque de qualité musculaire mais ne présente pas de problème insurmontable, la personne assurée se met en colère, utilisant tous les noms d'oiseaux pour définir l'expert en hurlant et ne veut plus collaborer du tout". S'agissant de la capacité de travail, l'expert arrive à la conclusion suivante: "La personne assurée est capable d'effectuer un travail léger en position alternée une demi-heure assise et 5 minutes à un quart d'heure debout. Elle doit éviter une flexion antérieure du rachis et les charges sont limitées à une dizaine de kilos. Elle est capable d'utiliser sa main droite, même pour des mouvements fins, mais sans charge, ce qui pourrait, dans le cas contraire, réactiver une inflammation de son poignet. Du point de vue exclusivement orthopédique, le pronostic est bon le cas étant actuellement stabilisé, tant au niveau du rachis que du poignet." Au vu du dossier et son expertise, il considère que la capacité de travail a été de 0 % du 4 janvier 2010 à octobre 2014 et, qu'à partir de novembre 2014, la capacité de travail dans une activité adaptée a été de 100 %, ce qui est encore le cas au moment de l'expertise.

Dans un rapport du 19 septembre 2017 (dossier OAI, p. 2765), le Dr E. _____ constate que le contrôle radiologique ne montre aucun signe de pseudo-arthrose entre L5 et S1 et que les images

sont superposables à celles du 26 novembre 2014. Il pense qu'il y a un tableau classique d'un douloureux chronique avec des éléments de non-organicité peut-être et une composante fonctionnelle évidente. Il précise que l'examen clinique lors de l'expertise a été très mal vécu. Il conclut qu'il a mis l'accent sur des exercices réguliers pour assouplir son rachis et étirer les ischio-jambiers et lui a donné 9 séances de physiothérapie en insistant sur le fait qu'il devrait s'agir de physiothérapie active.

Dans un courrier à caractère médical du 6 octobre 2017 (dossier OAI, p. 2643), le Dr G. _____ estime que, depuis le mois d'août 2017, le patient a présenté une aggravation de son syndrome douloureux lombaire avec une accentuation de ses limitations en particulier à la marche. Il ajoute qu'une physiothérapie pourrait progressivement améliorer les choses mais, dans l'ensemble, la pathologie reste inchangée depuis 2014. Il souligne que les problèmes énumérés dans son rapport de novembre 2014 sont exactement les mêmes, avec en plus, un problème de trouble du sommeil et de baisse de moral qui ont motivé la prescription d'un traitement antidépresseur avec un succès partiel. Il atteste enfin d'une incapacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès le 4 novembre 2014 qui perdure au jour de son rapport et pour l'avenir proche.

Dans son rapport du 17 octobre 2017, le Dr J. _____ du SMR dépose les conclusions suivantes: *"Aucune des pièces médicales susmentionnées n'atteste un fait nouveau sur le plan médical objectif depuis l'expertise orthopédique, dont les conclusions ne sont pas contestées par leurs auteurs respectifs. La contestation du rapport d'expertise par l'avocat ne porte pas sur l'aspect médical, qui n'est pas remis en cause. Le Dr G. _____, médecin traitant, atteste une incapacité de travail (100 % depuis le 04.11.2014). Il s'agit d'une appréciation différente d'une situation médicale identique à celle constatée par l'expert. De jurisprudence constante, 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"*.

Le 29 novembre 2017, le recourant a subi un pontage aorto-fémoral droit iliaque gauche par laparotomie. Dans un rapport du 6 décembre 2017 (dossier OAI, p. 2663), le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie vasculaire, pose le diagnostic d'ischémie critique sur occlusion aorto-di-iliaque selon Leriche. Il fait les constatations suivantes: *"Les suites opératoires sont simples avec des plaies propres et calmes. Les membres inférieurs sont bien perfusés avec des pouls périphériques palpables, des extrémités chaudes et un bon temps de recoloration. La remobilisation et la renutrition du patient se passent sans problème. Le patient observe une disparition des douleurs à la marche et une diminution des douleurs en décubitus. Au niveau vasculaire, le bilan angiologique de contrôle à J7 post-opératoire du 06.12.2017 montre une perméabilité sans sténose du pontage, une perfusion distale conservée avec des ABI dans la norme (à noter, des altérations segmentaires connues en tibial antérieure à droite en pré-op). Au vu de la bonne évolution clinique [du patient] et du bilan angiologique de contrôle post-opératoire favorable, le patient rentre à domicile le 06.12.2017"*.

Dans son rapport du 21 décembre 2017 (dossier OAI, p. 2673), le Dr J. _____ du SMR relève que cette affection vasculaire est une nouvelle atteinte à la santé, mais que celle-ci a été traitée rapidement de manière adéquate et efficace, avec une évolution simple. Il estime qu'une convalescence postopératoire de quelques semaines justifie une incapacité de travail temporaire. En revanche, il est d'avis que cette affection n'induit pas a priori d'incapacité de travail permanente ou de longue durée au sens de l'AI, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déjà reconnues.

Dans un rapport du 6 février 2018 (pièce 8 du bordereau déposé par le recourant à l'appui de son recours), la Dresse L._____, médecin généraliste, indique qu'elle est le nouveau médecin traitant du recourant depuis le 29 janvier 2018 et qu'elle a vu celui-ci à deux reprises. Comme diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail, elle retient un syndrome douloureux chronique lombaire ainsi qu'un probable trouble de la personnalité à investiguer et un trouble dépressif majeur insuffisamment traité. Elle maintient une incapacité de travail à 100 % même dans une activité adaptée et estime qu'une évaluation psychiatrique devrait être mise en œuvre.

4.2. Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate tout d'abord qu'en ce qui concerne uniquement la problématique du poignet droit, on peut effectivement se référer aux conclusions du rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la SUVA, selon lesquelles le recourant présentait une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée dès le 25 juin 2013. A noter que la décision sur opposition rendue par la SUVA le 18 octobre 2013 a été confirmée par arrêt de la 1^e Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 29 septembre 2015 (dossier 605 2013 247) et que cet arrêt n'a pas été contesté par le recourant.

S'agissant de la problématique lombaire, suite à l'accident du 23 mars 2009, la SUVA a pris le cas en charge jusqu'au 31 janvier 2010, date à partir de laquelle elle a mis fin à ses prestations, par décision du 10 février 2010, estimant que les troubles qui subsistaient n'avaient plus de rapport de causalité avec l'accident, mais résultaient d'une maladie préexistante. Cette décision n'a pas été attaquée. En outre, dans sa décision sur opposition du 18 octobre 2013, la SUVA s'est refusé à entrer en matière sur la demande de reconsidération de la décision susmentionnée, étant précisé que le recours portant sur la demande de reconsidération a été déclaré irrecevable par le Tribunal cantonal dans son arrêt du 29 septembre 2015.

C'est donc à juste titre que le médecin SMR a retenu, dans son rapport du 16 février 2017, que l'exigibilité somatique basée sur la seule atteinte du poignet droit définie par la SUVA ne peut pas être validée du point de vue de l'AI, puisqu'il ne s'agit pas d'un pur cas commun. Il a ajouté que l'atteinte lombaire a été évaluée par une expertise rhumatologique en 2010, mais qu'une spondylodèse a ensuite été réalisée en 2012 et que, depuis cette intervention, la situation n'a pas été réévaluée médicalement de manière complète, neutre et objective, seuls les rapports des médecins traitants figurant au dossier. C'est la raison pour laquelle l'autorité intimée a mis en œuvre une expertise orthopédique.

4.2.1. L'expertise du Dr C._____ remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître formellement une pleine valeur probante. En effet, elle a été établie en pleine connaissance du dossier, se fonde sur un examen orthopédique complet et tient compte des plaintes exprimées par l'assuré. En outre, l'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions de l'expert sont motivées. Certes, les réponses, notamment en lien avec l'appréciation de la capacité de travail, sont relativement succinctes, mais les conclusions se comprennent à la lecture complète du rapport.

Les reproches avancés par le recourant ne sont pas convaincants et n'arrivent pas à mettre en doute l'avis de l'expert. En effet, dans ses objections du 12 octobre 2017, le recourant indique qu'en raison des douleurs ressenties, il a mis un terme à l'examen après à peine 20 minutes, alors que, dans son recours du 12 février 2018, il est moins catégorique et estime que l'examen a duré moins d'une heure. Par contre, l'expert a quant à lui indiqué que l'examen avait duré 1 heure et 15 minutes (rapport d'expertise, p. 3, dossier OAI, p. 2551) et la facture établie par l'interprète indépendant qui a participé à l'examen mentionne également une durée de 1 heure et 15 minutes (dossier OAI, p. 2548). En outre, l'expert a bien souligné que la personne assurée s'est mise en

colère à un moment donné et n'a plus voulu collaborer du tout, mais il a expliqué que cette réaction est arrivée à la fin de l'examen, lorsqu'il lui expliquait ses conclusions.

Compte tenu de ces éléments, les allégations du recourant ne paraissent pas crédibles. De plus, comme le relève le médecin SMR, le recourant n'amène pas d'élément médical à l'encontre des conclusions de l'expertise. L'autorité intimée était donc en droit de se baser sur cette expertise pour trancher.

4.2.2. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, l'expert retient que le recourant est capable d'effectuer un travail léger en position alternée une demi-heure assise et 5 minutes à un quart d'heure debout. Il doit éviter une flexion antérieure du rachis et les charges sont limitées à une dizaine de kilos. Il est capable d'utiliser sa main droite, même pour des mouvements fins, mais sans charge, ce qui pourrait, dans le cas contraire, réactiver une inflammation de son poignet. Il ajoute que, du point de vue exclusivement orthopédique, le pronostic est bon, le cas étant actuellement stabilisé tant au niveau du rachis que du poignet. Il relève certes que les douleurs et les plaintes perdurent, mais précisent que ce sont des troubles totalement subjectifs.

L'expert fait remonter la capacité de travail totale dans une activité adaptée au mois de novembre 2014. Pour se faire, il se réfère à la date du rapport du Dr E. _____ du 27 novembre 2014, même s'il précise que ce médecin considère quant à lui qu'un travail adapté n'est en réalité pas possible à effectuer.

Il faut reconnaître que cette partie des conclusions de l'expert est quelque peu laconique, mais on peut néanmoins la suivre au vu de l'ensemble du dossier. En effet, l'expert avait pour mission d'analyser l'état de santé et la capacité de travail du recourant en particulier depuis la spondylodèse réalisée en mars 2012. Pour se faire, il a dû se baser sur le dossier médical qu'il a d'ailleurs résumé de manière circonstanciée dans une annexe à son rapport d'expertise. Depuis cette intervention chirurgicale et jusqu'au moment de l'expertise, le Dr E. _____ s'est prononcé dans ses rapports du 15 avril 2013 et du 27 novembre 2014. Dans ces deux documents, le médecin constate que le geste chirurgical réalisé en 2012 n'a pas eu le résultat escompté, même si le patient a vu une amélioration de ses lombalgies en constatant moins de blocage et plus de chute. Dans le rapport du 15 avril 2013, le praticien souhaitait revoir le patient l'année suivante pour refaire le point. Dans le rapport du 27 novembre 2014, le chirurgien constate qu'il n'y a toujours pas d'amélioration et relève que les clichés radiographiques du rachis du 26 novembre 2014 sont superposables à ceux effectués en 2013. On peut donc déduire de ces deux rapports que la situation n'a pas évolué entre leur date d'émission, mais que c'est dans le deuxième seulement que le médecin constate définitivement que l'état est stabilisé et qu'il n'y a plus de traitement à envisager. Dans ces conditions, on peut suivre l'expert qui retient qu'au niveau du rachis, le cas est stabilisé depuis le mois de novembre 2014 et que, dès cette date, le recourant est capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles en lien avec ses atteintes au dos et au poignet droit.

Certes, le Dr E. _____ est d'avis que le recourant ne peut pas travailler à 100 % même dans une activité adaptée. Il ne se prononce toutefois pas sur le taux d'activité qui est, selon lui, exigible. Il n'indique pas non plus des limitations fonctionnelles autres que celles retenues par l'expert et qui justifieraient son avis divergent. Il en est de même du Dr G. _____ dans son rapport du 27 octobre 2014. Par ailleurs, ce médecin atteste à plusieurs reprises une incapacité de travail à 100 % (cf. notamment certificats du 12 janvier 2015 et du 26 janvier 2017) et cela même dans une activité adaptée (cf. rapport du 6 octobre 2017), mais il ne donne aucune explication

pour justifier son appréciation différente par rapport à celle de l'expert, si ce n'est en invoquant les douleurs ressenties par le patient.

Il faut donc conclure que ces avis divergents, émanant des médecins traitants et basés essentiellement sur les plaintes exprimées par le recourant, ne sont pas suffisants pour remettre en cause les conclusions de l'expertise.

Au demeurant, il convient de relever que l'expert suspecte des exagérations des symptômes et des simulations. En effet, il observe que l'expertisé essaie de démontrer que son épaule droite ne bouge pas correctement alors qu'elle est totalement libre et qu'il rapporte ne pas pouvoir se pencher en avant et démontre justement le contraire en se penchant en avant. Il relève également d'autres incohérences, par exemple, lorsque l'expertisé déclare de pas pouvoir être assis pendant plus d'un quart d'heure alors que, lors de l'examen, il est resté assis environ une heure sans bouger et qu'il est capable d'être en voiture pour un long voyage avec une halte toutes les deux heures. L'expert conclut ainsi que le recourant a des capacités qu'il refuse de mettre en avant, car il est installé dans un "système d'invalidation complète". Cette constatation avait d'ailleurs déjà été faite dans le rapport du 7 mars 2012 des médecins de I. _____ (dossier OAI, p. 1575), lequel mentionnait un examen clinique marqué par des autolimitations, relevait une tendance à la catastrophisation, une hypervigilance, une kinésiophobie chez un patient se mettant en position de victime, dans l'attente d'une réparation et concluait que le processus d'invalidation était installé.

4.2.3. C'est donc à juste titre que l'autorité intimée a retenu que, dès le mois de novembre 2014, le recourant était en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à 100 %, sans diminution de rendement.

Depuis lors, la situation n'a pas changé en ce qui concerne les atteintes au dos et au poignet. En effet, les médecins traitants eux-mêmes le reconnaissent. Dans son rapport du 19 septembre 2017, le Dr E. _____, qui n'a plus revu le patient depuis le 26 novembre 2014, indique que les images radiologiques sont superposables à celles de 2014. Pour sa part, le Dr G. _____ mentionne, dans son rapport du 6 octobre 2017, que, dans l'ensemble, la pathologie reste inchangée depuis 2014 et que les problèmes énumérés dans son rapport de novembre (recte: octobre) 2014 sont exactement les mêmes, avec, en plus, un problème de trouble du sommeil et de baisse de moral qui ont motivé la prescription d'un traitement antidépresseur avec un succès partiel.

S'agissant de la nouvelle atteinte vasculaire sous forme d'une ischémie des membres inférieurs sur occlusion aorto-iliaque bilatérale, le rapport du 6 décembre 2017 du Dr K. _____ est probant et indique que les suites opératoires ont été favorables, le patient observant une diminution des douleurs à la marche et une diminution des douleurs en décubitus. On peut donc suivre l'avis du médecin SMR du 21 décembre 2017 qui retient que cette affection n'induit pas a priori d'incapacité de travail permanente ou de longue durée au sens de l'AI, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déjà reconnues, de sorte que les conclusions antérieures au sujet de la capacité de travail exigible ne sont pas remises en cause. Cette dernière atteinte n'est d'ailleurs pas retenue par la nouvelle médecin traitante du recourant dans son rapport du 6 février 2018 comme ayant un impact sur la capacité de travail.

En ce qui concerne enfin le volet psychiatrique, le Dr G. _____ évoque une baisse de moral ayant nécessité la mise en place d'un traitement antidépresseur et la Dresse L. _____ estime que le recourant présente un probable trouble de la personnalité et un trouble dépressif majeur. Il faut toutefois relever que le recourant, qui n'a jamais été suivi par un psychologue ou un

psychiatre, s'est soumis à une expertise psychiatrique le 17 octobre 2016. Dans son rapport du 14 novembre 2016, l'expert ne retient aucun diagnostic psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail. Il reconnaît en revanche la présence d'autres troubles anxieux spécifiés secondaires à la douleur mais non handicapants (F41.8). En outre, l'expert souligne que, lors de ses séjours auprès de l. _____ en 2009 et en 2012, les évaluations psychiatriques du recourant n'ont retenu aucun diagnostic psychiatrique ou trouble de la personnalité, ce qui coïncide avec sa propre appréciation. Au demeurant, à aucun moment, le recourant n'allègue souffrir d'un trouble psychique. Les avis des deux médecins traitants, qui ne sont par ailleurs pas spécialistes en psychiatrie, ne sont dès lors pas de nature à remettre en cause l'appréciation de la capacité de travail du recourant telle que retenue par l'expert somatique.

4.3. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, l'autorité intimée a conclu, à juste titre, que l'incapacité de travail totale du recourant dans toute activité était médicalement justifiée jusqu'au 31 octobre 2014, mais que, dès le 1^{er} novembre 2014, ce dernier était capable de travailler à 100 %, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée, ce qui implique un taux d'invalidité inférieur à 40 % justifiant la suppression du droit à la rente.

En revanche, l'autorité intimée aurait dû faire application de l'art. 88a al. 1 RAI pour déterminer la date de la suppression effective du droit à la rente, laquelle ne peut intervenir que lorsque l'amélioration de la capacité de travail a duré au moins trois mois sans interruption notable. L'expert ayant conclu à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} novembre 2014, la suppression de la rente d'invalidité ne peut être effective que trois mois après cette date, soit dès le 1^{er} février 2015, à défaut d'éléments contraires figurant au dossier.

Le recours est donc très partiellement admis et la décision querellée modifiée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est octroyée au recourant jusqu'au 31 janvier 2015 et que, dès le 1^{er} février 2015, le droit à la rente est supprimé.

Compte tenu du gain de cause très partiel, les frais de procédure, par CHF 800.-, sont répartis à raison de CHF 700.- à la charge du recourant et CHF 100.- à la charge de l'autorité intimée. Les frais à la charge du recourant sont prélevés sur l'avance de frais versée et le solde de CHF 100.- lui est restitué.

Pour la même raison, le recourant a droit à une indemnité de partie très partielle pour ses frais de défense. Celle-ci est fixée, compte tenu de la liste de frais déposée le 28 juin 2018 par son mandataire, étant précisé que les photocopies sont indemnisées à raison de 40 centimes par copie, conformément à l'art. 9 al. 2 du tarif fribourgeois du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), à CHF 221.50 (1/8 de CHF 1'771.95), débours compris, plus CHF 17.05 au titre de la TVA à 7,7 %, soit à un total de CHF 238.55, et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours est partiellement admis.

Partant, la décision querellée est modifiée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est octroyée à A. _____ jusqu'au 31 janvier 2015 et que, dès le 1^{er} février 2015, le droit à la rente est supprimé.

II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont répartis à raison de CHF 700.- à la charge de A. _____ et CHF 100.- à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

III. Les frais à la charge de A. _____ sont prélevés sur l'avance de frais versée et le solde de CHF 100.- lui est restitué.

IV. L'indemnité de partie partielle allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 221.50, débours compris, plus CHF 17.05 au titre de la TVA à 7,7 %, soit à un total de CHF 238.55, 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 2 mai 2019/meg

Le Président :

La Greffière-rapporteuse :