

FR_GERICHTE 605 2013 116 vom 31. März 2015

FR Kantonsgericht, 2015-03-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_116

FR: FR_GERICHTE 605 2013 116 du 31 mars 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 116 del 31 marzo 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 5

juillet 2011 en présence de l'assuré, d'un représentant de l'OAI et du maître de stage. Elle précise que ce dernier devait encore lui adresser un compte-rendu qui ne lui est toutefois jamais parvenu, mais que son audition – requise par l'assuré – ne paraît néanmoins pas nécessaire vu le dossier médical constitué depuis lors. Dans le cadre d'un second échange d'écritures, le recourant a produit un rapport médical établi le 13 octobre 2013 par un spécialiste en rhumatologie; les parties ont campé pour l'essentiel sur leur position. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre ces dernières. Il sera fait état des arguments développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. 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. 2. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Conformément à 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. b) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et non 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). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré

d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c). c) En vertu de 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 selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C_89/2013 du 12.08.2013 consid. 4.1 et les références citées). Dans le cadre d'une nouvelle demande comme lors d'une procédure de révision, le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité est la dernière décision entrée en force 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C_89/2013 du 12.08.2013 consid. 4.1; ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5 et 130 V 71 consid. 3). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3a; Tribunal fédéral, arrêts non publiés 8C_456/2010 du 19.04.2011 consid. 3, 9C_745/2010 du 30.03.2011 consid. 3.1, et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 aa) Les rapports des services médicaux régionaux (SMR) des offices AI (cf. art. 59 LAI et art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]) ont notamment pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (Tribunal fédéral, arrêts non publiés 9C_542/2011 du 26.01.2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13.12.2005 consid. 4, et les références citées). bb) S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne

saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (Tribunal fédéral, arrêt non publié I 81/07 du 08.01.2008 consid. 5.2). cc) Les informations des organes d'observation professionnelle (COPAI) ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assurée est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (Tribunal fédéral, arrêts non publiés I 531/04 du 11.07.2005 consid. 4.2, I 606/01 du 20.03.2002 consid. 3a et I 481/00 du 19.06.2001 consid. 2b). Le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est en effet pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et des répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C_631/2007 du 04.07.2008 consid. 4.1; ATF 125 V 256 consid. 4). e) D'après la jurisprudence, tant dans les cas de tableaux cliniques objectivables que non objectivables, le droit aux prestations présuppose de la même manière une appréciation médicale compréhensible des effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain. Si les effets d'une symptomatologie douloureuse objectivable ou non objectivable (par imagerie médicale) sur la capacité de travail restent vagues et indéterminés malgré des investigations consciencieuses et complètes et si les limitations ne peuvent pas être justifiées autrement que par les données subjectives fournies par la personne assurée, la preuve du fondement de la prétention n'est pas apportée et n'est pas rapportable. L'absence de preuve correspondante doit être supportée par la personne assurée (ATF 140 V 290 consid. 4.2; cf. ég. Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C_911/2011 consid. 3.2).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 3. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable, de manière à influencer son droit à la rente, entre le moment où la décision initiale du 20 février 2008, confirmée par arrêt du 11 novembre 2010, a été rendue – laquelle repose sur un examen matériel du droit à la rente et constitue dès lors le point de départ temporel pour l'examen du degré d'invalidité dans le cadre de la procédure de révision – et le 8 mai 2013, date à laquelle l'OAI a décidé de maintenir le droit de ce dernier à un (seul) quart de rente. Il s'agit dès lors de comparer l'état de santé de l'assuré et ses répercussions sur sa capacité de travail, respectivement de gain, dans cet intervalle, ce qui relève d'une appréciation médicale de la situation. a) Situation initiale lors de la décision du 20 février 2008: En 2008, lorsque l'OAI a statué pour la première fois sur le droit de l'assuré à la rente, ce dernier souffrait d'une hernie discale (L4-L5), accompagnée de lombo-sciatalgies, lui imposant des limitations fonctionnelles (restriction des ports de charges, mouvements et positions) et impliquant des répercussions sur sa capacité résiduelle de travail (diminution de rendement de 15 à 20%) dans une activité qui, seule adaptée, restait exigible de sa part. D'autres diagnostics (syndrome douloureux somatoforme persistant; majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques; coxalgies bilatérales sur coxarthrose débutante) avaient été posés, mais sans répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, référence étant ici faite au rapport d'expertise – rhumatologique et psychiatrique – de la Clinique E._____ du 15 septembre 2006 (dossier AI, pièces 270-309) et au rapport du SMR du 16 novembre 2011 (dossier AI,

pièces 315-318) sur lesquels l'OAI s'était essentiellement fondé. Ainsi, sur la base du dossier médical de l'époque, en particulier des deux rapports précités, l'Office intimé avait retenu, dans sa décision du 20 février 2008 aujourd'hui entrée en force, que l'assuré était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée à son handicap, par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère, avec une diminution de rendement de 20%. b) Situation nouvelle lors de la décision du 8 mai 2013: Pour rappel, le recourant allègue que, depuis la décision initiale de l'OAI du 20 février 2008, sa situation s'est notablement modifiée, essentiellement parce qu'il souffre désormais d'une anémie qui ne préexistait pas et que ses douleurs ont augmenté. A ce sujet, il ressort du dossier médical notamment ce qui suit: Dans son rapport du 26 janvier 2012 (dossier AI, pièces 655-656), le Dr F. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, expose ce qui suit: "A l'examen radiologique, j'ai pu comparer l'IRM du 15.12.2011 à celle de 2004, la hernie volumineuse s'est totalement résorbée, il existe une protrusion voire une petite hernie discale L4-5 droite et L5-S1 droite avec une discrète progression de la discopathie L5-S1, il n'y a pas de réaction inflammatoire des plateaux aux deux niveaux, la sténose me paraît modérée. Il n'y a pas d'arthrose facettaire importante. Chez ce patient qui souffre de douleurs chroniques, invalidantes, il me paraît difficile d'envisager d'emblée de la chirurgie de la colonne. Je pense que chez lui les drapeaux sont tous nettement levés, que ce soit les facteurs psychosociaux, sociaux-économiques, professionnels etc. Il n'est donc pas un très bon candidat de la chirurgie majeure du dos". Dans son rapport du 2 février 2012 (dossier AI, pièces 615-616), qui reprend et complète pour l'essentiel le contenu de son précédent rapport du 5 septembre 2011 (dossier AI, pièces 587-589), le Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, fait état – entre autres

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 diagnostics – de celui d'une "anémie ferriprive sur AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens] en 2011". Dans son rapport du 2 mars 2012 (dossier AI, pièces 622-625), la Dresse H. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR, atteste que l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis la décision du 20 février 2008, en ce sens que ce dernier souffre désormais d'une coxarthrose à gauche qui implique des limitations fonctionnelles supplémentaires dues à un manque de mobilité de la jambe gauche ainsi qu'à des douleurs. Dans son rapport du 19 juin 2012 (dossier AI, pièce 659), le Dr I. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expose que "le patient souffre à [son] avis purement de lombalgies chroniques. Il y a un début d'arthrose au niveau des deux hanches mais cela uniquement d'aspect radiologique, non pas d'aspect subjectif, vu l'absence de toute douleur dans le pli inguinal. A [son] avis, les douleurs que le patient présente depuis de multiples années d'origine lombaire doivent être traitées soit par des moyens conservateurs soit par de la physiothérapie soit par des infiltrations". Dans leur rapport du 4 juillet 2012 (dossier AI, pièces 660-661), le Dr J. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, et le Dr K. _____, médecin assistant, de L. _____, suspectent que l'assuré est également atteint d'une méralgie paraesthétique à gauche. Ils estiment qu'il n'existe pas d'option thérapeutique chirurgicale significative et recommande le suivi d'un traitement conservateur. Dans son rapport du 27 septembre 2012 (dossier AI, pièce 669), le Dr G. _____ atteste que l'état de santé de son patient s'est aggravé mais qu'il n'y a pas de changements dans les diagnostics. Il souligne que les douleurs ont évolué en ce sens qu'elles nécessitent des repos de plus en plus fréquents pour limiter leur intensité, ce qui rend toute activité inadaptée et illusoire. Dans leur rapport du 20 novembre 2012 (dossier AI, pièces 672-675), le Dr M. _____ et le Dr N. _____, spécialistes FMH en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, attestent que l'état de santé de l'assuré est resté stationnaire et qu'il n'y a pas de changements dans les diagnostics. Ils relatent un début d'arthrose à la hanche gauche, toutefois asymptomatique. Ils relèvent une persistance des lombalgies, avec irradiations dans le membre inférieur gauche, sans changement depuis 2004. Ils estiment que l'assuré pourrait reprendre à 50%, puis même à 100%, un travail adapté sans port de charges lourdes de plus de 10 à 15 kg et où il peut changer fréquemment de position (assise, marche, debout). Dans son rapport du 4 décembre 2012 (dossier AI, pièces 677-678), le Dr O. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, relève, en référence à un rapport établi le 5 juin 2012 par L. _____ (cf. dossier AI, pièces 662-663), que l'intervention d'antalgie n'a pas amélioré les douleurs, qu'une discographie L3-L4, L4-L5 et L5-S1 n'a pas permis de démontrer l'origine "discogène" de celles-ci, que le traitement est considéré comme terminé, et que ce rapport ne fait pas état d'une incapacité de travail. Il expose qu'"en résumé, malgré des investigations tous azimuts, aucun fait nouveau n'a été identifié sur le plan médical, aucune intervention n'est proposée et les facteurs psycho-sociaux et socio-économiques sont régulièrement mis en avant". Il conclut qu'"en l'absence de tout fait nouveau médical sur le plan objectif, aucune aggravation objective ne peut être démontrée et il n'y a pas lieu de revenir sur l'exigibilité médicale précédemment établie".

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 Dans son rapport du 11 octobre 2013, produit en cours de procédure par le recourant, le Dr P. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, posent les diagnostics de "syndrome lombaire chronique fonctionnel associé à des radiculalgies L5 D et L3 G sur troubles dégénératifs et discopathies étagées de L1 jusqu'à S1" et d'"arthrose fémoro- acétabulaire bilatérale débutante". Il explique qu'"objectivement le syndrome lombaire est bien présent alors qu'il n'y a pas de véritable déficit moteur aux MI. L'hypoesthésie en raquette à G, l'hyporéflexie et l'irritation radiculaire des MI parlent en faveur d'une atteinte radiculaire chronique lombaire. (...). [II] pense que chez ce patient, la capacité maximale dans n'importe quel emploi est de 50%". c) Sur la base des renseignements médicaux figurant au dossier, en particulier des rapports rappelés ci-dessus, la Cour de céans constate que l'hernie discale, jadis volumineuse, dont souffrait l'assuré, s'est résorbée et que seule une petite hernie discale continuait d'affecter ce dernier en fin d'année 2011. En outre, il s'avère que l'assuré continue de pâtir d'une coxarthrose bilatérale débutante qui avait déjà été diagnostiquée, respectivement confirmée, lors de l'expertise de 2006. A ce propos, bien que le corps médical semble depuis lors s'être focalisé sur le début d'arthrose développé par l'assuré à sa hanche gauche, il n'en demeure pas moins que le diagnostic de coxarthrose bilatérale débutante demeure en soi inchangé. Enfin, deux éléments nouveaux ressortent du dossier médical: il s'agit du diagnostic, posé en 2012 par les spécialistes de L. _____, d'une suspicion de méralgie paraesthétique à gauche, ainsi que de celui, émis en 2011 par le médecin traitant de l'assuré, d'une anémie ferriprive. d) A la lumière des diagnostics susmentionnés et de leur évolution, reste toutefois à examiner si la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité légère et adaptée a connu une modification notable. aa) Sur le plan rhumatologique/orthopédique, malgré une amélioration de son état de santé avec la quasi disparition de son hernie discale et une coxarthrose qui ne semble pas avoir évolué de manière significative, l'assuré invoque une augmentation de ses douleurs, sans toutefois préciser davantage s'il s'agit de lombo-sciatalgies ou de coxalgies. Il n'est ni contesté ni contestable que l'assuré endure depuis de nombreuses années des douleurs chroniques au niveau du dos et des hanches, en relation avec son hernie discale et sa coxarthrose. Les

rapports médicaux établis tant avant qu'après la décision initiale du 20 février 2008 abondent en ce sens. Le médecin traitant de l'assuré affirmait même en 2012 que ces douleurs avaient évolué au point de nécessiter des repos de plus en plus fréquents. Pour leur part, les spécialistes en thérapie de la douleur de L. _____ relevaient qu'une discographie L3-L4, L4- L5 et L5-S1 n'avait pas permis de démontrer l'origine "discogène" des douleurs exprimées; ils constataient que le traitement d'antalgie instauré auprès de leur établissement n'avait pas produit l'effet escompté. Cela étant, force est de constater que l'augmentation des douleurs dont se plaint l'assuré ne repose sur la confirmation d'aucune nouvelle atteinte objectivable, étant précisé que les médecins de L. _____ n'ont pas établi, mais ont seulement suspecté, l'existence d'une meralgie paraesthétique, au demeurant sans en tirer de conclusions sur la capacité de travail de l'assuré. Ce dernier n'a pour sa part pas rendu plausible, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, l'existence de nouvelles lésions qui seraient susceptibles d'expliquer l'augmentation des

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 douleurs qu'il allègue ou d'être à l'origine de limitations fonctionnelles nouvelles, autres que celles déjà connues. En effet, bien que la Dresse H. _____ met désormais en évidence le manque de mobilité de la jambe gauche et les douleurs résultant de la coxarthrose à gauche, il n'en demeure pas moins que les limitations fonctionnelles précédemment investiguées n'ont pas fondamentalement changé dans l'intervalle, l'assuré devant avant tout continuer à préserver son dos et ses hanches en évitant essentiellement les positions statiques ou les trajets prolongés ainsi que le port de charges lourdes, et étant ainsi limité dans sa mobilité. Ainsi, étant donné que l'importance de la symptomatologie douloureuse actuelle de l'assuré résulte pour l'essentiel des données subjectives qu'il a fournies, celles-ci ne sauraient suffire, selon la jurisprudence exposée ci-dessus, à justifier une modification notable de son état de santé, respectivement de sa capacité de travail. bb) En ce qui concerne l'anémie ferriprive apparue en 2011, qui est un effet secondaire des médicaments anti-inflammatoires (cf. rapport du SMR du 7 octobre 2011, dossier AI, pièce 592), rien au dossier ne permet d'établir, ni même de rendre vraisemblable, qu'elle soit à l'origine d'une incapacité de travail de l'assuré, de surcroît permanente ou de longue durée. Les rapports du médecin traitant, le Dr G. _____, ne font en effet qu'attester ce diagnostic mais n'apportent aucune démonstration permettant d'étayer le caractère invalidant d'une telle atteinte. cc) Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans retient, à l'instar de l'autorité intimée, que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas notablement modifié de manière à influencer sa capacité de travail, et qu'une activité adaptée à son handicap reste exigible de sa part à plein temps moyennant une diminution de rendement maximum de 20%. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a considéré que le taux d'invalidité du recourant – tel qu'il ressort du calcul, à juste titre non contesté, de la comparaison des revenus opérée par l'OAI en 2008 – n'a pas subi de modification notable, de manière à influencer son droit à la rente, entre le moment de la décision initiale du 20 février 2008 et celui de la décision du 8 mai 2013. Cette dernière décision peut même paraître bienveillante à l'égard de l'assuré dans la mesure où l'OAI – certes en l'absence d'éléments médicaux permettant de l'affirmer – n'a pas considéré que la quasi disparition de l'hernie discale dont souffre l'assuré était éventuellement susceptible d'influer sur sa capacité résiduelle de travail, de manière positive cette fois. Vu ces constatations, l'instruction menée par l'autorité intimée se révélait suffisante pour permettre à cette dernière de statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose. La décision du 8 mai 2013 doit en effet être lue non seulement à la lumière de l'avis du médecin interne (SMR) à l'assureur – avis qui, tel que figurant au

dossier, constitue une synthèse des documents médicaux recueillis –, mais aussi et surtout en référence à l'ensemble des pièces médicales du dossier qui ne laissent planer nul doute sur l'exigibilité retenue. Cette exigibilité ne saurait d'ailleurs être remise en cause par l'avis isolé du Dr G. _____ qui, le 27 septembre 2012, estimait l'exercice de toute activité comme inadapté et illusoire et continuait ainsi d'attester une incapacité de travail totale de son patient dans toute activité, étant rappelé ici que les rapports du médecin traitant doivent au demeurant être lus avec toute la retenue qu'impose la jurisprudence à cet égard. Quant au rapport du 11 octobre 2013 du Dr P. _____, il n'apporte aucun élément nouveau ou pertinent susceptible de remettre en question la solution adoptée par l'OAI dans sa décision du 8 mai 2013 et confirmée ce jour par la Cour de céans.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Dans ces circonstances, il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner – comme requis par le recourant – une nouvelle expertise médicale, ni même de procéder à l'audition du maître de stage de D. _____. S'agissant de cette dernière réquisition de preuve, il ressort du bilan des démarches de placement du 22 mars 2011 (dossier AI, pièces 703-704) qu'en fin de stage, l'assuré a augmenté son temps de travail du 5 juillet au 18 juillet 2011 pour atteindre avec beaucoup de difficultés de santé un taux d'activité de 90%. Force est dès lors d'admettre que cette information ne contredit nullement mais, au contraire, ne fait que corroborer l'évaluation de la capacité de travail faite par les médecins, étant rappelé ici qu'il revient de toute façon en premier lieu à ces derniers de se prononcer sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré, et non pas aux spécialistes en réadaptation professionnelle. Enfin, le recourant fait grief à l'autorité intimée d'avoir rendu une décision qu'il qualifie de lapidaire. Bien que son contenu puisse paraître sommaire, dite décision indique toutefois les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles elle repose. Sa motivation se limite à l'essentiel, mais reste compréhensible et suffisante pour en saisir la portée (cf. VSI 2001 114). Preuve en est que l'assuré n'a d'ailleurs pas été empêché de recourir en connaissance de cause. C'est pourquoi on ne saurait reprocher à l'OAI, contrairement à ce que semble vouloir faire le recourant, un défaut de motivation de la décision querellée. 4. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'OAI a retenu que seul un quart de rente continuait d'être dû à l'assuré. Le recours du 10 juin 2013, mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision du 8 mai 2013 confirmée. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, ici fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. Il n'est pas alloué de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, de 800 francs, sont mis à la charge de A. _____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est alloué aucune indemnité de partie. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 31 mars 2015/avi Présidente Greffier-rapporteur

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