

FR_GERICHTE 605 2014 39 vom 17. Mai 2016

FR Kantonsgericht, 2016-05-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_39

FR: FR_GERICHTE 605 2014 39 du 17 mai 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2014 39 del 17 maggio 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 23

novembre 2015, en lien avec la nouvelle jurisprudence en matière de troubles douloureux somatoformes persistants ressortant de l'arrêt TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015. Enfin, par courrier du 5 janvier 2016, le recourant a annoncé l'existence d'un fait nouveau, à savoir un infarctus du myocarde subi le 15 décembre 2015. Ce courrier a fait l'objet d'un nouvel échange de déterminations déposées respectivement 19 janvier 2016 et le 15 mars 2016. Par courrier du 18 avril 2016, C._____, institution de prévoyance du recourant, a été appelée en cause. Elle n'a pas adressé de détermination dans le délai imparti. Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leurs moyens de preuve et notamment les expertises et rapports médicaux dont elles se prévalent l'une et l'autre. en droit 1. 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 recours est recevable, la recourante étant en outre directement atteinte par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. b) Il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Pour qu'une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA soit reconnue, il est ainsi nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant

leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a et les références). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de retrouver du travail. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs et peut se voir attribuer une rente. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Dans une jurisprudence récente (arrêt TF 9C_492/2014 précité du 3 juin 2015), le Tribunal fédéral a décidé d'abandonner la présomption qui valait jusqu'alors, selon laquelle les syndromes douloureux somatoformes et autres affections somatiques assimilées pouvaient en principe être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il a en effet estimé que cette présomption construite sur le modèle règle/exception, également consacré par l'ATF 130 V 352 susmentionné, conduisait dans les faits à un refus quasi systémique des rentes aux personnes atteintes de tels troubles. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit ainsi être bien plutôt évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurés, sur la base d'une vision d'ensemble et d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux problématiques de nature psychosomatique, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat défini, la personne assurée continuant toutefois à supporter le fardeau de la preuve. Il conviendra notamment de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose cette dernière, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. c) Selon l'art. 28 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 (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 (al. 1). La rente est échelonnée de la façon suivante: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50 % au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60 % au

moins donne droit à trois quarts de rente; enfin, un taux de 70 % au moins donne droit à une rente entière (al. 2). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 un marché du travail équilibré. Ce n'est ainsi 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). d) 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). Toutefois, 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 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). En outre, 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). e) 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.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi 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 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314; VSI 1996 p. 192 consid. 2d; ATF 113 V 22 et les références). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314 et les références citées), respectivement du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108, 103 V 71). 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. a) Est d'abord litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'état de santé et la capacité de travail du recourant se sont améliorés au point de justifier la réduction de sa rente d'invalidité. Pour répondre à cette question, il convient de comparer la situation médicale au moment du dernier examen matériel du droit à la rente avec celle au moment de la décision querellée. b) Le dernier examen matériel du droit à la rente a été effectué lors de la révision d'office ayant abouti à la communication du 27 septembre 2012. L'état de santé du recourant avait évolué jusqu'alors comme suit. aa) Sous l'angle physique, il ressort en particulier du rapport d'expertise rhumatologique du

E. 26

décembre 2011 (dossier AI, p. 235) établi par Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, que le recourant a subi les opérations suivantes à partir de 2007: cure de hernie inguinale à droite (8 janvier 2008), pose d'une prothèse totale de hanche à gauche (3 novembre 2008), pose d'une prothèse totale de hanche à droite (16 mars 2009), changement partiel de la prothèse totale de hanche à droite (13 juillet 2010) et neurolyse pour syndrome canalaire des branches terminales du nerf iliohypogastrique droit à l'aîne droite et neurolyse de la branche perforante (16 février 2011). Dans ses conclusions, l'experte se réfère aux douleurs dont fait état le recourant en notant une nette discrédance avec les données de l'examen clinique. Elle note qu'il est possible qu'il y ait, sur le plan psychologique, une surcharge ou une majoration des symptômes. S'agissant de la capacité de travail, il existe une limitation pour les ports de charges de 10 kg de manière non répétitive et de 5 kg de manière répétitive, pour la marche au-delà de ½ heure – ¾ d'heure, pour la station assise au-delà de 2 ½ heures (sans pause, au-delà de 2 ½ heures avec une possibilité de se lever pour se délasser les membres inférieurs). Il y a par ailleurs une restriction pour monter sur une échelle, emprunter de manière fréquente les escaliers, s'accroupir ou se mettre à genoux. Ces limitations et restrictions ont pour effet une incapacité totale de travail dans l'activité d'électricien

exercée avant les opérations, mais une capacité de travail à 100%, avec diminution de rendement de 20%, dans toute activité qui permet d'alterner les positions assise et debout et la marche, sans mouvement

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 répétitif de flexion/extension du buste, sans port de charges excessif, activité exercée de manière prépondérante en position assise, avec liberté de changement de position. Ces constats et appréciations ne sont pas remis en cause par les éléments figurant au dossier, notamment les rapports des médecins suivants: - Dr E._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique: rapport du 19 mars 2009 (dossier AI p. 31) mentionnant la pose de prothèses totales de hanche des deux côtés, avec une évolution marquée à gauche par une calcification du muscle droit fémoral; rapport du 25 août 2009 (dossier AI, p. 93) faisant état, en plus du status après deux prothèses totales de hanche, de la présence d'inguinalgies bilatérales d'origine inconnue, éventuellement neurogènes ou vasculaires (voir ci-dessous rapports des médecins concernés), d'une impossibilité de s'accroupir et de se relever d'une position en flexion profonde et de difficultés dans le déplacement sur escaliers; rapport d'entretien du 8 mars 2010 avec l'Office de l'assurance-invalidité (dossier AI, p. 105) qualifiant l'évolution de mauvaise (calcification suite à la pose de la prothèse totale de hanche à gauche, irradiation pour éviter la calcification avant la pose de la prothèse à droite, sans succès) et indiquant qu'il faut penser à une nouvelle activité professionnelle; rapport d'entretien 4 mai 2010 avec l'Office de l'assurance-invalidité (dossier p. 115) et rapport du 13 juillet 2010 (dossier AI p. 131) dont il ressort qu'il s'agit d'un cas complexe et qu'un changement partiel de la prothèse droite a été effectué en raison d'une allergie aux métaux, notamment au cobalt; rapport du 23 juillet 2010 (dossier AI p. 136) selon lequel la prothèse à gauche doit être révisée, de telle sorte qu'il faut compter un délai de 6 à 9 mois pour une reprise envisageable du travail; rapport du 31 mars 2011 (dossier AI p. 161) mentionnant un status après la cure d'une hernie inguinale à droite le 16 février 2011, avec une évolution lentement favorable; rapport du 11 avril 2011 (dossier AI p. 163) faisant ressortir une capacité de travail à 100% dans un travail adapté, avec diminution de rendement. - Dr F._____, spécialiste FMH en chirurgie: rapport du 5 mai 2011 (dossier AI p. 172) faisant suite à l'opération du 16 février 2011 qui a été effectuée en raison de douleurs invalidantes du pli de l'aîne droite, irradiant sur la face interne de la cuisse et les parties génitales, et d'une douleur traçante latérale sur les deux jambes. Le rapport émet le pronostic d'une évolution favorable avec disparition du syndrome canalaire après la neurolyse. - Dr G._____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant: rapport du 15 août 2011 (dossier AI p. 185) indiquant comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des douleurs inguinales bilatérales persistantes et invalidantes suite à l'implantation des prothèses totales de hanche, une hypersensibilité au cobalt qui a justifié un changement partiel de la prothèse droite en juillet 2010, ainsi qu'un état cicatriciel après cure d'une hernie inguinale qui a conduit à une neurolyse du nerf ilio-hypogastrique en février 2011. Le rapport décrit une amélioration des douleurs inguinales droites après neurolyse et mentionne une réintervention à la hanche gauche. Il ne se prononce par contre pas sur la capacité de travail et renvoie aux informations de Dr E._____.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 - Dr H._____, spécialiste FMH en antalgie: rapport du 21 décembre 2009 (dossier AI p. 98) faisant état de troubles sensitifs plaidant pour des douleurs neuropathiques, même si des lésions ne peuvent être démontrées, et n'excluant pas une origine mécanique ou musculaire aux douleurs; rapport du 11 avril 2011 (dossier AI p.

167) indiquant que les douleurs sont en diminution suite à l'opération de février 2011 et qu'une crème aux huiles essentielles a été prescrite. - Dr I. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie: rapport du 7 décembre 2009 (dossier AI p. 100) arrivant en l'état à la conclusion que l'étiologie des inguinalgies bilatérales et de la périarthrite de la hanche bilatérale reste ouverte; - Dr J. _____, spécialiste FMH en neurologie: rapport du 11 novembre 2010 (dossier AI p. 159) constatant, du point de vue neurologique, l'absence d'explication aux plaintes formulées; - Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du SMR: rapport du 15 août 2011 (dossier AI p. 186) relevant que la mise en place d'une double prothèse de hanche contre-indique de manière définitive les travaux sur les chantiers et qu'il convient de procéder à une expertise en ce qui concerne un travail dans une activité adaptée. L'état de santé du recourant sur le plan physique, tel que constaté dans le rapport d'expertise rhumatologique du 26 décembre 2011 et non remis en cause par les rapports médicaux susmentionnés, a été modifié, à tout le moins provisoirement, par une opération de changement de la prothèse de hanche à gauche le 28 juin 2012. A cet égard, il ressort du rapport du 18 septembre 2012 de Dr L. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, que la situation médicale n'était alors pas stabilisée, qu'il fallait compter 4 à 6 mois après l'opération pour la récupération d'une capacité de travail et que, pour autant que l'évolution soit favorable, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité devraient être, dès que la situation serait stabilisée, celles définies par l'expertise. Il résulte de ce qui précède qu'au moment du dernier examen de la rente, lors de la communication du 27 septembre 2012, le recourant se trouvait en phase de récupération suite à l'opération de changement de la prothèse totale de hanche à gauche. A ce moment, il était ainsi en incapacité totale de travail. bb) Sous l'angle psychique, il ressort en particulier du rapport d'expertise psychiatrique du 5 janvier 2012 (dossier AI, p. 252) établi par Dr M. _____, spécialiste FMH en psychiatrie- psychothérapie, que le recourant présentait alors un trouble de type somatisation ou équivalent qui ne pouvait toutefois être reconnu comme invalidant, en présence d'une altération de l'humeur de faible intensité, sans perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie, sans état psychique cristallisé et en l'absence de traitement antidépresseur à visée antalgique centrale. Les diagnostics posés de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis mars 2009 au moins et d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique depuis juillet 2010 n'avaient donc pas d'influence sur la capacité de travail. On pouvait néanmoins admettre une baisse de rendement de l'ordre de 10% à 15% en présence d'une symptomatologie algique chronique et d'une symptomatologie dépressive légère.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 Le constat qui précède ne remet évidemment pas en question l'existence d'une incapacité de travail totale du recourant lors de la communication du 27 septembre 2012, pour des raisons liées à sa santé physique. c) Dans la décision attaquée, l'Office de l'assurance-invalidité affirme que l'état de santé et la capacité de travail du recourant se sont améliorés depuis le 27 septembre 2012. Il se fonde sur un rapport de Dr L. _____, médecin auprès du SMR précité, et plus particulièrement sur l'avis de celui-ci selon lequel l'extension des douleurs rapportées ne peut en aucun cas se rattacher directement aux suites de l'opération de la hanche, mais s'expliquent uniquement par le syndrome douloureux persistant déjà connu. Par cette motivation, l'Office de l'assurance-invalidité retient premièrement comme établi que les douleurs liées au syndrome douloureux persistant déjà connu ne fondent pas une incapacité de travail plus importante que celle ressortant de l'expertise rhumatologique et psychiatrique et que la situation n'a en conséquence pas évolué sur ce point entre la communication du 27

septembre 2012 et la décision de réduction de rente du 21 janvier 2014. Il constate deuxièmement que le recourant a désormais dû se remettre de son opération de changement de la prothèse totale de hanche à gauche et que l'incapacité de travail à 100% qui lui avait été reconnue sur cette base lors de la communication du 27 septembre 2012 n'est plus d'actualité. Il convient dès lors d'examiner ces deux motifs de façon séparée, en commençant par la question des suites de la dernière opération et en discutant les éléments qui suivent, confrontés au besoin aux rapports médicaux précédant la communication du

E. 27

septembre 2012. aa) Le dossier comprend les éléments suivants relatifs aux suites de l'opération de changement de la prothèse de hanche à gauche le 28 juin 2012: - Dans son rapport du 31 janvier 2013 (dossier AI p. 301), Dr E._____, médecin traitant, mentionne une sensation électrique à la palpation à gauche, une force musculaire des quadriceps amoindrie des deux côtés, des douleurs aux deux cuisses niveau latéral, un bassin à niveau, l'absence d'inégalité de longueur des membres inférieurs, une force musculaire des fessiers, du psoas et des rotateurs externes abaissée et une marche avec des petits pas. Il confirme que l'activité d'électricien n'est plus exigible et indique qu'une autre activité professionnelle, plutôt sédentaire, de type travail de bureau, informatique, sans déplacement fréquents et avec plusieurs limitations (notamment alternance position assise et debout, pas d'horaire de travail irrégulier) peut par contre être exercée, au taux de 50%, sans diminution de rendement. - Dans son rapport du 13 décembre 2012 (dossier AI p. 306), PD Dr N._____, médecin associé auprès du Service d'orthopédie et traumatologie de O._____, après avoir examiné le recourant à la demande de Dr E._____, fait le constat d'une situation peu claire en précisant que les taux de métaux (cobalt et chrome) sont normalisés suite aux changements des couples de frottement des prothèses. Il conclut en indiquant que, radiologiquement et cliniquement, les douleurs ne peuvent pas être expliquées par un problème mécanique des hanches. - Dans son rapport du 19 avril 2013 (dossier AI p. 319), Dr G._____, médecin traitant, indique en particulier que la neurolyse du nerf ilio-hypogastrique à droite le 16 février 2011 a soulagé les douleurs sur la cuisse, mais que les douleurs inguinales bilatérales invalidantes persistent et sont présentes dans toutes les positions et également au repos. Elle se réfère par ailleurs expressément à l'examen clinique qui ressort de l'expertise rhumatologique du 26 décembre 2011 et relève qu'elle n'a pas constaté de changement. Elle ajoute en conclusion qu'une

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 évaluation de la capacité de travail est difficile après une si longue absence du travail due aux interventions multiples. - Dans son rapport du 3 septembre 2013, Dr L._____, médecin auprès du SMR, constate en résumé que l'opération du 28 juin 2012 s'est déroulée sans complication, que les douleurs ne peuvent pas être mises en relation avec la pathologie des hanches, que le changement de prothèse totale de hanche a justifié une incapacité de travail totale dans toute activité du 28 juin 2012 au 31 décembre 2012 et qu'ensuite, le recourant a recouvré la capacité de travail retenue dans les expertises. Les rapports qui précèdent rejoignent pour l'essentiel, sur la problématique des douleurs aux hanches et à l'aîne, le contenu de l'expertise rhumatologique de 26 décembre 2011. Il faut dès lors en conclure avec Dr L._____ que l'incapacité de travail totale justifiée par la dernière opération du 28 juin 2012 a cessé à la fin de l'année 2012 environ et que, depuis lors, l'état de santé du recourant sur le plan physique est proche de celui qui prévalait lors de l'expertise rhumatologique du 26 décembre 2011 retenant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, avec

diminution de rendement de 20%. En particulier, l'incapacité de travail de 50%, sans diminution de rendement, attesté par Dr E. _____ le 31 janvier 2013 ne remet pas en cause ce constat, dans la mesure où une telle incapacité n'est pas justifiée par une atteinte ostéo-articulaire objective. L'allergie au cobalt et au chrome invoquée par le recourant dans ses écritures ne change rien aux constats qui précèdent. En particulier, contrairement aux témoignages de patients repris dans le recours du 20 février 2014 (p. 8), le recourant a été entendu par son chirurgien puisque celui-ci a procédé, à un intervalle discuté avec son patient, à un changement de prothèse. Quant à la référence faite au rapport de Dr E. _____ du 4 avril 2012 (soit avant la dernière opération - dossier AI p. 277) qui faisait état de valeurs pathologiques, elle n'est plus d'actualité sur le vu du rapport ultérieur de PD Dr N. _____ qui constate le 13 décembre 2012 (dossier AI p. 306), que les taux de métaux sont normalisés suite aux changements des couples de frottement. Par ailleurs, le recourant se trompe lorsqu'il affirme que l'expertise rhumatologique du 26 décembre 2011 ne traite pas cette question d'allergie. En effet, elle mentionne les rapports du 27 avril 2010 et du 20 juillet 2011 de Dr P. _____, spécialiste FMH en médecine interne et immuno-allergologie, qui aboutit à la conclusion que le patient a certes été sensibilisé à ces métaux, mais que cette sensibilisation ne permet pas de présumer de l'origine des douleurs (voir dossier AI p. 230). L'expertise discute ensuite ces rapports de façon convaincante en indiquant que l'argument de sensibilisation aux métaux pour expliquer les douleurs reste peu probant (voir dossier AI p. 218). Ainsi, contrairement à ce qui est avancé dans le recours, il n'a pas été démontré que les douleurs dont souffre le recourant aujourd'hui sont liées à une allergie au chrome et au cobalt. L'existence d'une amélioration de l'état de santé physique par rapport au moment du dernier examen du droit à la rente le 27 septembre 2012 doit dès lors être confirmée. bb) Il reste encore à vérifier si, au contraire de ce que retient l'Office de l'assurance- invalidité, les douleurs liées au syndrome douloureux persistant déjà connu pourraient fonder à eux seuls une incapacité de gain totale au moment de la décision de réduction de rente, ce qui amènerait à conclure que, malgré l'amélioration de l'état de santé physique constatée ci-dessus, le taux d'invalidité du recourant était resté le même et ne justifiait dès lors aucune réduction. Le dossier comprend les éléments suivants à cet égard: - Dans son rapport du 3 septembre 2013 (dossier AI p. 321), Dr L. _____, médecin auprès du SMR, indique que le recourant se plaint toujours des mêmes douleurs qui ne peuvent pas être mises en corrélation avec la pathologie des hanches et doivent, conformément aux conclusions

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 des expertises effectuées en 2011, être rattachées à un syndrome douloureux somatoforme persistant. - Dans son rapport du 9 décembre 2013 (dossier AI p. 334), Dr G. _____, médecin traitant du recourant, relève que malgré les opérations subies à la hanche et à l'aîne, les douleurs sont restées invalidantes et sont même plus intenses. Son patient ne peut abandonner ses cannes même à l'intérieur du domicile. Le traitement antalgique institué permet d'atténuer les douleurs mais a l'inconvénient d'être très sédatif. Par ailleurs, les douleurs se sont étendues de la région inguinale où elles étaient situées à la région thoracique parfois même sous la mâchoire. Sur cette base, elle conclut à l'existence d'un syndrome douloureux chronique persistant et invalidant aggravé parce qu'elle soupçonne des troubles de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse dépressive. Elle ne se prononce toutefois pas sur la capacité de travail du recourant. - Dans ses objections du 12 décembre 2013 (dossier AI p. 337), le recourant indique que son état de santé s'est aggravé, qu'il souffre de problèmes d'hypertension avec douleurs au bras et au thorax qui l'ont obligé par deux fois à se rendre aux urgences, qu'il ne peut pas marcher

plus d'une demi-heure sans douleur, qu'il ne peut pas conduire sans douleur dans les jambes, qu'il ne peut pas faire des travaux ménagers intérieurs et ne peut pas entretenir ses extérieurs, qu'il ne peut pas monter et descendre des escaliers s'il n'y a pas de main courante, qu'il est réveillé toutes les deux heures en raison de ses douleurs, qu'il a de nombreux problèmes de concentration, qu'il a toujours des douleurs persistantes aux bras et au thorax, qu'il ne peut plus enfiler ses chaussettes et ses chaussures seul, qu'il souffre d'une constante fatigue et qu'il est très régulièrement atteint de crampes musculaires. - Dans son rapport du 18 décembre 2013 (dossier AI p. 340), Dr L. _____ se prononce en particulier sur le rapport du 9 décembre 2013 de Dr G. _____. Il retient d'abord qu'il est médicalement indiscutable que l'extension des douleurs rapportée ne peut en aucun cas se rattacher directement aux suites de l'opération de la hanche, mais qu'elles s'expliquent uniquement par le syndrome douloureux somatoforme persistant déjà connu. Il dénie ensuite toute pertinence au soupçon de trouble de l'adaptation, aux motifs que celui-ci n'est pas établi, qu'il n'a fait l'objet d'aucune prise en charge spécialisée et, du fait qu'il s'agit d'une affection réactionnelle, ne constituerait de toute façon pas une atteinte durable à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Selon lui, la situation médicale est dès lors claire et ne s'est pas durablement modifiée depuis la dernière expertise. Les rapports qui précèdent rejoignent pour l'essentiel le contenu de l'expertise psychiatrique du 5 janvier 2012 concluant à l'existence d'un trouble de type somatisation ou équivalent. En particulier, les références faites par le recourant et son médecin traitant à des douleurs qui se sont étendues, sans qu'il soit possible d'identifier une affection physique les justifiant, vont également dans ce sens. Quant au rattachement du trouble somatoforme douloureux à un « soupçon de trouble de l'adaptation », il est écarté de façon convaincante par Dr L. _____ dans son rapport du 18 décembre 2013. Il y a dès lors lieu de confirmer que le recourant est certes atteint d'un tel trouble qui ne s'accompagne toutefois d'aucune atteinte psychiatrique attestée. La question qui reste posée est donc uniquement celle de l'influence du trouble somatoforme douloureux sur la capacité de gain. Au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral ressortant de l'arrêt 9C_492/2014 précité du 3 juin 2015 précité (voir consid. 2b), ce type de syndromes ne peut plus être déclaré non invalidant par principe. Il convient au contraire d'examiner si tel est le cas en se fondant sur une vision d'ensemble et un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux problématiques de nature psychosomatique, en prenant en compte en

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 particulier la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue, et les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. A ces égards, le dossier fait ressortir les éléments suivants: - concernant ses ressources personnelles, il ressort du rapport d'expertise psychiatrique du 5 janvier 2012 notamment que le recourant est marié depuis de nombreuses années et qu'il a ainsi une vie familiale qui peut être qualifiée de stable, indépendamment des disputes liées à une irritabilité elle-même causée par ses douleurs. Jusqu'à ses interventions orthopédiques sur les hanches, il se présentait comme un homme dynamique, sportif, bon vivant et sociable, impliqué dans son travail. Certes, on peut admettre avec l'expert que les interventions orthopédiques ont causé de multiples pertes à cet égard, en particulier une perte de l'image de soi, une limitation des activités, une perte d'activités auparavant plaisantes telles que promenades, cueillette de champignons, l'apparition de troubles sexuels et enfin la présence de douleurs constantes.

Toutefois, dans un contexte social préservé – le rapport d’expertise rhumatologique du 26 décembre 2011 mentionne que le couple a un bon réseau d’amis – et compte tenu des qualités personnelles énumérées plus haut, on peut admettre que le recourant a conservé certaines ressources. Cela est confirmé non seulement par le constat de l’expertise selon lequel il n’est pas complètement abattu, mais également plus spécifiquement par le fait que, confronté à une consommation excessive d’alcool, il est parvenu à la réduire et la contrôler sans aide extérieure. - s’agissant des limitations alléguées, les deux rapports d’expertise font état de limitations qui réduisent également dans une certaine mesure les activités de loisirs. On peut toutefois relever le constat de l’expertise psychiatrique selon lequel le recourant, à une reprise au moins, s’est repris lorsque décrivant sa journée quotidienne, il allait dire « je me mets à bricoler », retenant sa phrase pour dire je me mets à brico... euh finalement ensuite je me recouche », ce qui donne à penser qu’il fait un certain nombre de choses de plus qu’annoncé. Même s’il est antérieur de 2 ans, ce constat conduit également à relativiser les déclarations du recourant dans ses objections du 12 décembre 2013, reprises uniquement et seulement partiellement par la médecin traitant, selon lesquelles il doit en permanence se déplacer à l’aide de béquilles, même à l’intérieur, et ne peut plus faire le moindre travail dans le ménage et à l’extérieur. - quant à l’utilisation des offres thérapeutiques existantes, il résulte des rapports figurant au dossier que le recourant ne prend que peu ou pas de médicaments. En particulier, le rapport d’expertise rhumatologique indique qu’il n’y a plus de traitement antalgique depuis novembre 2010. Or, le rapport d’expertise psychiatrique mentionne que « l’introduction d’un traitement antidépresseur pourrait également participer à une régulation centrale de l’antalgie, ce qui est un point important dans cette situation ». - plusieurs autres éléments extra-médicaux vont dans le même sens que ce qui précède. En particulier, on peut retenir avec l’expert rhumatologue qu’il « paraît pour le moins incompréhensible, qu’une douleur moyennement intense, continue, ne motive pas une prise antalgique » et ajouter que ce comportement relève de l’auto-limitation. A cela s’ajoute que le recourant reste convaincu que ses douleurs sont justifiées par une cause physique, qui ne serait pas encore établie, et qu’il est en colère contre cette situation. Il pense ainsi que l’arrivée de douleurs plus importantes est due à l’irradiation de sa hanche gauche avant la première pose de prothèse (voir expertise psychiatrique, dossier AI p. 245). D’après lui le fait que ses douleurs proviendraient d’une allergie au cobalt aurait par ailleurs été prouvée (voir expertise psychiatrique, dossier AI p. 224). Ces éléments et d’autres paraissent à même de conforter le

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 recourant dans la conviction que ces douleurs ont une cause particulière objective et qu’il est normal qu’elles persistent même en cas de prises d’analgésiques. Cette conviction, non reprise par les médecins, ne saurait toutefois permettre de reconnaître l’existence d’une invalidité au sens de la loi. Eu égard également au constat que les médecins qui se sont exprimés sur cette question s’accordent sur le fait que ce sont les douleurs, bien plus que l’atteinte objective, qui marquent le recourant, il résulte de ce qui précède que celles-ci semblent presque exclusivement dépendre de facteurs extra-médicaux n’engageant pas la responsabilité de l’assurance-invalidité. Il peut dès lors être confirmé, sans qu’il soit nécessaire de procéder à une nouvelle expertise, que les douleurs liées au syndrome douloureux ne fondent pas une incapacité de gain totale au moment de la décision de réduction de rente. Au contraire, la capacité de travail médico-théorique du recourant s’était effectivement améliorée à ce moment, tant sur le plan physique et psychique, et pouvait être fixée à 100% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%. Le recours est dès lors rejeté sur ce point. 4. a) Dans une

argumentation subsidiaire, le recourant affirme que l'Office de l'assurance- invalidité ne pouvait procéder à une révision et réduire son droit à une rente entière, sans avoir au préalable vérifié sa capacité de travail réelle par une mesure d'ordre professionnel. b) Selon le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision du droit à la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même). Dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable. Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt TF 9C_152/2013 du 3 septembre 2013 consid. 3 et les références citées). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées en principe comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une

réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente (arrêts TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid 3.1; 9C_152/2013 du 3 septembre 2013 consid. 3). Le droit à des mesures d'ordre professionnel présuppose en outre une aptitude subjective et objective de la personne assurée (arrêt TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014). c) Dès lors que le recourant, né en 1956, était ainsi âgé de plus de 55 ans au moment de la révision de la rente le 21 janvier 2014, il appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de leur capacité de travail. Il faut donc vérifier s'il existait au moment de la décision de réduction de rente des raisons particulières qui permettraient d'admettre que, malgré son âge et compte tenu de son éloignement de plus de cinq ans du marché du travail, il était en mesure de reprendre à bref délai une activité lucrative sans que ne soit mises préalablement en œuvre des mesures destinées à l'aider à se réinsérer dans le monde du travail. Il ressort du dossier que des mesures de réhabilitation ont été envisagées par les différents intervenants à plusieurs reprises depuis le début de l'incapacité de travail survenue en 2008: - selon un rapport d'entretien téléphonique du 16 juillet 2009 (dossier AI p. 55) entre l'employeur du recourant et l'Office de l'assurance-invalidité, celui-ci avait proposé une réhabilitation en entreprise, ainsi que la prise en charge d'une mesure sous la forme d'une aide dans le port de charges inhérentes à l'activité. L'incapacité de travail se prolongeant, cette proposition n'a pas été mise en œuvre (rapport de l'employeur du 31 août 2009, dossier AI p. 81); - il ressort d'un rapport intermédiaire sur la réadaptation professionnelle du 18 mars 2010 (dossier AI p. 114) que les tâches non qualifiées dans le domaine de l'électricité ne serait pas adéquat vu son CFC et que l'une des meilleures pistes envisageables serait la mise en situation dans le secteur de l'électricité auprès d'un centre Orif (montage de tableau électrique, câbleur en électricité). Une telle mesure d'ordre professionnel ne pourrait toutefois être mise en place qu'une fois l'état de santé du recourant amélioré. - le rapport d'expertise rhumatologique du 26 décembre 2011 mentionne que des mesures de réadaptation pourraient débiter de suite avant de reprendre sa conclusion selon laquelle le recourant est capable de travailler à 100% avec diminution de rendement de 20% dans toute activité adaptée (dossier AI p. 215).

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 - le rapport d'expertise psychiatrique du 5 janvier 2012 indique que des mesures de réadaptation professionnelle sont « tout à fait envisageables, voire même souhaitables chez cet assuré encore jeune, dynamique et ayant démontré ses capacités sur la plan professionnel ». Il précise qu'il n'y a « pas de réelles limitations sur le plan psychique concernant cette réadaptation professionnelle » (dossier AI p. 238). - selon le rapport intermédiaire sur la réadaptation professionnelle du 2 avril 2012 (dossier AI p. 267), le recourant conteste avoir une capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 20%. Il pourrait tout au plus comprendre qu'une activité à 50% soit exigible. Il ajoute que « si on le force à avoir une activité supérieure à ce qu'il pense pouvoir faire, il va partir en dépression ». Il pense qu'il pourrait, s'il devait, faire des devis et travailler sur les tableaux électriques. Selon lui, il n'y a pas d'autre piste dans l'électricité. - dans son rapport du 19 avril 2013 (dossier AI p. 319), Dr G. _____, médecin traitant, relève qu'une évaluation de la capacité de travail est difficile après une si longue absence du travail due aux interventions multiples et elle propose des stages d'observation. - dans son rapport du 3 septembre 2013 (dossier AI p. 321), Dr L. _____, médecin traitant, répond aux questions spécifiques pour les mesures de réadaptation (MNR) en se limitant à confirmer que la capacité de travail du recourant n'est pas limitée à 50% et en se référant

pour le reste à l'expertise rhumatologique du 26 décembre 2011. Les éléments qui précèdent vont plutôt dans le sens d'une utilité de mesures d'ordre professionnel. En tout cas, ils ne permettent pas d'admettre que le recourant était capable, malgré son âge et l'éloignement prolongé du monde du travail, de reprendre à bref délai une activité lucrative sans mesure de réadaptation. L'Office de l'assurance-invalidité le reconnaît du reste dans une certaine mesure, puisqu'il a indiqué au recourant qu'il pourrait intervenir pour proposer de telles mesures (voir projet de décision du 19 décembre 2013 et décision du 21 janvier 2014). En particulier, le manque de motivation du recourant pour un retour au travail, qui ressort de certaines de ses déclarations, ne suffisait pas pour justifier qu'il soit renoncé à lui proposer de telles mesures. On ne saurait en effet inférer de son attitude, qui peut aussi être vue comme une crainte face aux défis d'une nouvelle activité professionnelle, qu'il n'était pas prêt à suivre des mesures d'ordre professionnel. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'Office de l'assurance-invalidité afin qu'il examine concrètement les besoins objectifs du recourant à ce propos. Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'autorité pourra définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité et, cas échéant, réduire celle-ci. Compte tenu du temps écoulé entre la décision attaquée et le présent arrêt et du fait nouveau survenu, à savoir l'infarctus du myocarde subi par le recourant le 15 décembre 2015, il faudra au préalable vérifier encore que l'évaluation de la capacité de travail médico-théorique du recourant, confirmée par le présent arrêt à la date de la décision attaquée, est toujours actuelle. 5. a) Il résulte de ce qui précède que, bien fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. b) La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800, seront mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais sera quant à elle restituée au recourant.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 c) Le recourant ayant gain de cause, il a droit à une indemnité pour ses frais et dépens, conformément à l'art. 61 let. g LPG. Son mandataire a produit une liste d'honoraires et débours totalisant CHF 9'250.70 (CHF 8'208.05 d'honoraires pour 32 heures 50 minutes au tarif de CHF 250.-/heure, CHF 357.40 de débours et CHF 685.25 de TVA). Considérant cette liste, l'importance et la relative complexité de l'affaire, en particulier l'existence de plusieurs questions litigieuses, le double échange d'écritures et le nouvel échange de déterminations faisant suite à un changement de jurisprudence du Tribunal fédéral, le temps nécessaire à l'exécution des démarches de défense des intérêts du recourant – y compris celles relevant de la gestion ordinaire du dossier – peut être estimé à environ 22 heures, dont 4 heures à partir du 1er juillet 2015. Compte tenu d'un tarif horaire fixé à CHF 230.- par analogie aux règles applicables à la fixation des dépens en matière civile pour les opérations effectuées avant le 30 juin 2015 et à CHF 250.- à partir du 1er juillet 2015 et d'un tarif de CHF 0.40 par photocopie justifiant la réduction des débours à un forfait de CHF 200.-, l'indemnité sera fixée à CHF 5'767.20 TVA comprise (CHF 5'140.- d'honoraires pour 18 heures au tarif de CHF 230.-/heure et 4 heures au tarif de CHF 250.-/heure, CHF 200.- de débours et CHF 427.20 de TVA), et sera mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance- invalidité pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais du même montant, versée par le recourant, est restituée

à celui-ci. III. L'indemnité de partie est fixée à CHF 5'767.20 (y compris CHF 427.20 de TVA). Elle est mise à la charge de l'autorité intimée. 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 17 mai 2016/msu Président Greffière-stagiaire

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