

FR_GERICHTE 605 2015 124 vom 12. August 2016

FR Kantonsgericht, 2016-08-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_124

FR: FR_GERICHTE 605 2015 124 du 12 août 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2015 124 del 12 agosto 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 31

octobre 2006. B. Dans le cadre d'une procédure de révision d'office initiée en novembre 2011, outre les rapports médicaux requis auprès des médecins de l'assuré et du Service médical régional (ci- après: SMR), l'OAI a mandaté le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans le but de réaliser une expertise. Dans son rapport du 17 janvier 2013, l'expert conclut à l'existence d'une "personnalité du registre sensitif" qui influe sur la capacité de travail et suggère la réalisation d'un stage d'appréciation à un taux initial de 50%. Ce n'est qu'après ce stage que, selon l'expert, l'exigibilité pourra être établie. Suite à cette expertise, l'assuré a effectué un stage d'endurance auprès de E._____ du 11 novembre 2013 au 7 février 2014. Dans ce cadre, la plupart des objectifs n'ont pas été atteints, seuls quelques-uns ne l'ont été que partiellement. Le rendement n'a pas été évalué. Par projet de décision du 12 janvier 2015, l'OAI a considéré que l'état de santé de son assuré s'était amélioré et a remplacé la rente entière octroyée jusqu'alors par une demi-rente. Se fondant sur la méthode ordinaire de comparaison des revenus, elle a fixé le degré d'invalidité à 57%. Malgré les objections de l'assuré, ce projet a été confirmé par décision du 8 avril 2015 et la rente réduite dès le 1er juin 2015. C. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Bruno Kaufmann, avocat, interjette recours le 13 mai 2015, concluant, avec suite de frais et octroi d'une équitable indemnité, au maintien de son droit à une rente entière. Dans le cadre de son recours, l'assuré requiert notamment la tenue de débats publics avec audition du recourant et de ses médecins traitants. A l'appui de ses conclusions, il conteste d'abord la valeur probante de l'expertise psychiatrique de 2013. Il soutient qu'il n'a pas été tenu compte de ses difficultés linguistiques, que l'entretien avec le psychiatre était un "interrogatoire" et qu'il n'avait pas été informé du but de l'expertise. Il considère que l'expertise n'est qu'un avis divergent. Par ailleurs, il considère que son stage d'endurance n'a apporté aucun élément nouveau. A cet égard, il souligne avoir plus de 55 ans et qu'une réinsertion semble illusoire. Enfin, il critique la comparaison des revenus faite par l'Office.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 Par requête (605 2015 125) du même jour, l'assuré requiert d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire dans le cadre de la procédure au fond. Par décision du 28 septembre 2015, cette requête a été admise, l'assuré mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et Me Bruno Kaufmann nommé en tant que défenseur d'office. Dans ses observations du 23 juillet 2015, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il souligne en particulier que la décision initiale avait été précédée de l'obligation de suivre un traitement recommandé par le Dr C._____. Or, de l'aveu même du psychiatre traitant, l'assuré ne le suivait pas. C'est ce

qui a justifié la mise sur pied de l'expertise psychiatrique auprès du Dr D. _____ qui a démontré une amélioration du trouble de l'humeur. L'Office relève aussi que le recourant affirme que l'expertise du Dr D. _____ n'est qu'un avis divergent sans pour autant en mettre la valeur probante en cause. Malgré un délai prolongé à sa demande, le recourant n'a pas transmis ses contre-observations dans le délai imparti. Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures entre les parties. Il sera fait état des arguments, invoqués par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle 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 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 c) Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est 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; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). 3. a) 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, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. b) L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire, la méthode spécifique, la méthode mixte et la méthode extraordinaire. En particulier, la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). 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 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). 4. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, 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; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a

contrario). 5. 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). a) 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 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 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). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. 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). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). c) Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise

administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 6. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est amélioré au point d'entraîner, non plus un degré d'invalidité de 100%, justifiant l'octroi d'une rente entière, mais un degré d'invalidité de 57%, ne donnant plus droit qu'à une demi-rente. Il s'agit dès lors de comparer ici les faits qui prévalaient au moment de la décision attaquée avec ceux prévalant au moment de l'octroi initial d'une rente entière par décision du 15 juin 2004 et sa confirmation par communication du 31 octobre 2006. Cela étant, il n'est pas sans intérêt de rappeler pour quels motifs l'autorité intimée avait initialement retenu l'existence d'un degré d'invalidité de 100%, justifiant l'octroi d'une rente entière. L'Office s'était alors fondée sur les conclusions du Dr C. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qu'il avait mandaté pour la réalisation d'une expertise. Dans son rapport du 26 janvier 2004, l'expert diagnostiquait une dépression caractérisée, ou dépression majeure (ICD- 10 F32.3), laquelle influençant la capacité de travail. Cette dernière était inexistante depuis juillet 2002. Par contre, l'expert considérait que les troubles de la personnalité étaient sans influence sur la capacité de travail. Il recommandait la mise sous médication antidépressive du recourant ainsi que le maintien de l'encadrement psycho-médico-social. Toutefois il précisait que cela ne

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 permettrait pas de supprimer tout état dépressif résiduel et était sceptique quant à la récupération d'une capacité de travail supérieure à 25% (dossier OAI, pièce 102). Par la suite et jusqu'à la procédure de révision d'office initiée en novembre 2011, l'état de santé a été désigné comme stationnaire par les médecins traitants de l'assuré, les Drs F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et G. _____, généraliste (dossier OAI, pièces 123 et 135; cf. ég. pièce 140). Manifestement, pour ces motifs, le droit à la rente a été prolongé sans autre mesure d'instruction par communication du 31 octobre 2006 (dossier OAI, pièce 142). 7. Dans la décision litigieuse du 8 avril 2014, l'autorité intimée a considéré que l'assuré était en mesure d'augmenter son activité professionnelle jusqu'à un taux de 50% dans une activité simple et répétitive d'ouvrier ou pouvant disposer d'une certaine autonomie sans être soumis aux contraintes majeures de la hiérarchie, par exemple dans la production industrielle légère (dossier OAI, pièces 298, 334 et 339). Il convient dans un premier temps de trancher la question de la présence ou non d'une amélioration de l'état de santé. a) Dans son rapport du 17 janvier 2013 (dossier OAI, pièce 220), le Dr D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, constate l'absence de "symptomatologie dépressive ou anxieuse cliniquement significative. Le facteur essentiel conduisant à l'existence de son incapacité de travail est l'existence d'un trouble de la personnalité". Pour ces motifs, il mentionne une "personnalité du registre sensitif (traits narcissiques?)" comme seul diagnostic influençant la capacité de travail. Pour leurs parts, les diagnostics d'"état dépressif majeur sub-clinique" et de "dépendance éthylique [...] (actuellement abstinent)" n'ont, selon l'expert, pas d'influence sur la capacité de travail. La valeur probante de ce rapport est soulignée par le Dr H. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, dans son rapport du 28 mars 2014 (dossier OAI, pièce 274). La Cour se rattache à l'appréciation du médecin du SMR, à tout le moins s'agissant de l'évaluation de la présence ou de l'absence d'une amélioration de l'état de santé. En effet, l'expertise repose sur l'étude du dossier assécurologique, un rapport complémentaire du psychiatre traitant et un entretien du 20 novembre 2012. L'expert avait dès lors pleine

connaissance de l'anamnèse et du contexte médical. Lors de l'entretien – dont la durée n'est pas seule pertinente pour qualifier la valeur probante d'un rapport médical – l'assuré a été en mesure de discuter des charges que devait avoir un éventuel travail selon lui, de sa vie quotidienne et de ses plaintes. Pour sa part, l'expert a pu personnellement examiner l'assuré et procéder à des tests psychométriques. Le rapport se fonde dès lors sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées. L'expert discute des différents diagnostics et motive ses conclusions de manière détaillée. Par exemple, il indique les motifs l'ayant conduit à retenir que la dépression doit désormais être considérée comme sub-clinique. b) Comparés avec la situation lors de l'octroi initial de la rente en 2004, l'expertise et le rapport du Dr H._____ mettent en exergue une amélioration de l'état de santé de l'assuré. Le trouble de l'humeur était initialement qualifié d'entièrement invalidant, avec "quasiment tous les symptômes" et un score maximal au test de Hamilton. Il est désormais considéré comme non- invalidant, asymptomatique et un degré léger selon le test de Hamilton. Pour sa part, le trouble de

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 la personnalité n'a pas évolué de manière significative entre 2004 et 2012, étant relevé le constat inchangé entre les deux expertises de projections (persécution, victimisation), d'interprétations, de déni et de retrait social présents. Au demeurant, le constat d'une amélioration est partagé par le psychiatre traitant du recourant, le Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 23 mars 2012, il indique que l'état de santé s'est amélioré depuis le dernier rapport. Le traitement avait été interrompu par l'assuré fin mai 2010, mais repris en novembre 2011 "ersichtlich weil die IV-Anfrage erhalten" (sic). Depuis, les consultations sont mensuelles, mais le médecin affirme que son patient est plus stable, même sans prise en charge. Le médecin indique par ailleurs que le traitement médical n'est pas pris par son patient (dossier OAI, pièce 163; cf. ég. pièce 198). Pour ces motifs, l'avis isolé et succinct du médecin traitant de l'assuré, le Dr G._____ (dossier OAI, pièces 57 et 246; cf. ég. pièces 233 et 238), n'est pas convaincant face à des avis bien motivés et, qui plus est, émis par des psychiatres. Force est de constater que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré. 8. Reste à déterminer l'incidence de l'amélioration de l'état de santé sur la capacité de travail. a) Dans son expertise, le Dr D._____ indique qu'avant "d'envisager une reprise d'activité professionnelle, nous suggérons de procéder à un stage d'appréciation [...] d'abord à un taux de 50%, dans une activité simple, répétitive d'ouvrier, ou pouvant disposer d'une certaine autonomie, sans être soumis aux contraintes de la hiérarchie. [...] Aux termes de ce bilan, l'exigibilité pourra être établie". L'expert indique qu'il s'agit de procéder à un stage d'évaluation au sein des ateliers de l'AI permettra de déterminer si l'assuré est capable de s'adapter à son environnement professionnel. Il estime notamment ne pas être en mesure d'établir la capacité d'insertion sociale, l'aptitude à fonctionner dans un groupe, la qualité du travail, les compétences, le rendement et la motivation de l'assuré (dossier OAI, pièce 220). L'expertise ne tranche pas la question de la capacité de travail. Elle renvoie à la réalisation d'un stage d'évaluation. Or, le stage effectué entre le 11 novembre 2013 et le 7 février 2014 au sein de E._____ n'avait pas pour but principal l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, mais sa réinsertion. Contrairement aux conseils de l'expert psychiatre, il n'a pas été effectué à un taux de 50%, mais à hauteur de 2h par jour, ce qui équivaut à un 20% (dossier OAI, pièces 226 et 259). On peut à ce titre difficilement tirer des conclusions s'agissant de la capacité de travail de l'assuré, qui plus est à un taux de 50%. Cela est d'autant plus le cas que le rapport de stage indique expressément que "les rendements n'ont pas été calculés". En outre, contrairement à ce que soutient l'autorité intimée, on ne peut pas inférer des

conclusions des responsables de E._____ l'existence d'une capacité de travail de 50%. Même au taux équivalent à un 20%, "la plupart des objectifs prévu n'avaient pas été atteints, certains que partiellement, et clairement, l'assuré n'a pu trouver ne serait-ce qu'une stabilité sur 2h par jour. A aucun moment l'assuré n'a pu atteindre un palier qui lui aurait permis de bénéficier d'un certain équilibre professionnel" (dossier OAI, pièce 288). Enfin, il convient de rappeler que, de jurisprudence constante, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et des

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (arrêt TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1). Aucun taux ni rendement n'a été évalué tant dans l'expertise du Dr D._____ que dans le cadre du stage à E._____. Ces rapports ne quantifient pas la capacité de travail résiduelle de l'assuré et ne permettent pas de trancher la question ici litigieuse de la capacité de travail. A cet égard, on doit relever que ces manques sont expressément mentionnés dans les rapports du Dr D._____ et de E._____. Il était dès lors clair que ces deux rapports ne tranchaient pas la question de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, a fortiori l'évaluaient de manière qualitative ou quantitative. b) Dans ces circonstances, on peut s'étonner que le Dr H._____ ait considéré d'entrée que le Dr D._____ fixait la capacité de travail de l'assurée à 50% dans une activité adaptée dans son rapport sur dossier du 28 mars 2014 (dossier OAI, pièce 271). Force est d'admettre qu'il partait d'une prémisse inexacte dans la mesure où l'expert ne tranche pas la question de la capacité de travail. A cet égard, aucun autre médecin ne fait mention d'une capacité de travail de 50%. Au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral, un rapport du SMR rédigé sans examen de l'assuré ne peut qu'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 consid. 3.3 précité). Il ne saurait – sans examen – dépasser cette mission de conseil et émettre de nouvelles conclusions médicales, ce qui est pourtant le cas en l'espèce. En outre, dans le même rapport, le médecin-SMR se contredit lorsqu'il considère que les troubles dont souffre l'assuré ne justifient que des limitations sur le plan social mais tient quand même compte d'une capacité de travail restreinte à 50%. Si les limitations dont souffre l'assuré ne devaient exister que sur le plan social, il semble logique que la capacité de travail serait entière et non réduite. Quoi qu'il en soit, l'examen de la présence, et de l'influence, d'éventuels facteurs extra-médicaux susceptibles de délier l'assurance-invalidité de toutes ou parties de ses obligations n'a pas lieu d'être à ce stade, dès lors que la capacité de travail n'est pas encore suffisamment établie. Enfin, force est de constater que le rapport du SMR a été rédigé bien avant que les conclusions de E._____ ne figurent au dossier, plus de six mois plus tard. A cet égard, entre la fin du stage en février et la rédaction du rapport en octobre, le dossier ne contient aucun document faisant état des résultats de la mesure. Le rapport du SMR précité ne saurait permettre de trancher la question de la capacité de travail. c) Les rapports Dr G._____ et F._____ ne permettent pas non plus à la Cour d'examiner si le recourant possède à nouveau une capacité de travail. En effet, dans ses rapports, le Dr G._____ fait état d'une capacité de travail nulle. Toutefois, il ne mentionne, au titre de diagnostics, que des troubles psychiques. A cet égard, il convient de tenir compte du fait que le médecin est un généraliste, et n'est donc pas spécialiste en matière de trouble psychiques. Par ailleurs, on souligne que ces rapports ne sont que sommairement motivés. Par exemple, dans ses derniers rapports, le médecin se contente de cocher des cases et de répondre par des "oui" ou "non". Ces affirmations ne sont jamais étayées. Cela ne peut suffire pour permettre à la Cour de statuer (dossier OAI, pièce 157 et 246; cf. ég. pièces 28, 64 et 123).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Pour sa part, le Dr F. _____ considère également que son patient n'est en aucune mesure capable de travailler en raison de ses troubles psychiques (dossier OAI, pièce 135). Toutefois, depuis son rapport du 23 mars 2012, il indique que la question de la capacité de travail n'est pas claire et ouverte, et que "eine weitere Abklärung bzw. Ein psychiatrisches Gutachten scheinen heute angezeigt zu sein" (sic). Il n'examine pas la question de la capacité de travail (dossier OAI, pièces 163 et 198). Enfin, il convient de prendre en compte le fait que ces rapports ont été rédigés par les médecins traitants de l'assuré, lesquels sont susceptibles de prendre parti pour leur patient.

9. Il ressort de ce qui précède que le dossier asséculologique permet de constater une amélioration de l'état de santé. Toutefois, les pièces ne permettent pas de quantifier cette amélioration, en particulier de chiffrer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Partant, le recours doit être admis. En l'occurrence, il aurait suffi à l'autorité intimée de requérir un rapport complémentaire du Dr D. _____, lequel aurait pu trancher cette question à la lumière des résultats du stage auprès de E. _____. En présence de la nécessité d'un seul complément d'expertise, un renvoi à l'assureur est clairement justifié. Par ailleurs, le recourant est né en 1960 et est, au jour de la décision litigieuse, âgé de plus de 55 ans. Il remplit, dès lors, une des deux conditions alternatives justifiant l'octroi éventuel de mesures d'accompagnement à la réintégration professionnelle. On doit rappeler, à cet égard, qu'un stage d'évaluation ne saurait seul suffire pour réintégrer l'assuré dans le circuit économique. Partant, si une amélioration de la capacité de travail devait être confirmée par les mesures d'instruction complémentaires, il appartient à l'autorité intimée de vérifier le droit de son assuré à de telles mesures et, dans la positive, lui en octroyer. Compte tenu de l'admission du recours et du renvoi à l'autorité intimée, la requête de débats publics est sans objet.

10. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, bien fondé, doit être admis et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour des mesures d'instruction complémentaire. Dans ces circonstances, il se justifie de mettre à la charge de l'autorité intimée des frais de justice fixés à CHF 800.-. Ayant pour l'essentiel obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens. Bien qu'informé de la clôture de la procédure probatoire, le mandataire du recourant n'a pas donné suite à l'invitation qui lui a été faite de produire sa liste de frais dans le délai imparti. Il sied dès lors de fixer l'indemnité à laquelle il peut prétendre ex aequo et bono, compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives du litige et à la présence d'un seul échange d'écritures, à un montant total de CHF 2'808.-, soit CHF 2'500.- – équivalant à 10 heures à CHF 250.-/heure au titre d'honoraires et CHF 100.- au titre de débours – plus CHF 208.- au titre de la TVA. Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision du 8 avril 2015 est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour mesures d'instruction complémentaire. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. III. L'indemnité de partie est fixée à CHF 2'808.-, TVA à hauteur de CHF 208.- comprise, et mise intégralement 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 12 août 2016/pte Président Greffier

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