

FR_GERICHTE 608 2013 86 vom 24. Juli 2015

FR Kantonsgericht, 2015-07-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_86

FR: FR_GERICHTE 608 2013 86 du 24 juillet 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2013 86 del 24 luglio 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 8

juin 2011 (dossier AI, p. 139). Produisant plusieurs rapports médicaux, il a en particulier demandé une réévaluation de sa capacité résiduelle de travail, compte tenu de ses problèmes cardiaques, orthopédiques et psychiques. A la demande de la Caisse de pension Gastrosocial (la Caisse de pension), assureur LPP du recourant, une expertise bidisciplinaire psychiatrique et neurochirurgicale a été réalisée en août et septembre 2011 (dossier AI, p. 163 et 173). Se fondant sur cette expertise, la Caisse de pension a communiqué à l'Office de l'assurance-invalidité qu'elle admettait une capacité de travail résiduelle de 60% dans une activité adaptée légère. Le 17 février 2012, se fondant notamment sur l'expertise susmentionnée, l'Office de l'assurance- invalidité a rendu un nouveau projet de décision reconnaissant au recourant, à partir du 1er mars 2011, un droit à un quart de rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 49 % (dossier AI, p. 194). Par rapport au premier projet de décision du 8 juin 2011, le revenu de valide de 65'000 francs a été confirmé et le revenu d'invalidité a été augmenté à 33'068 fr. 85, réalisable dans une activité adaptée, par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère, à 60% sans diminution de rendement, en tenant compte d'une réduction de 10% au titre de désavantage salarial.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 17 Agissant par sa mandataire le 7 mai 2012, le recourant a déposé des objections au projet de décision du 17 février 2012 (dossier AI, p. 238). Il en particulier contesté les modalités et les conclusions de l'expertise bidisciplinaire psychiatrique et neurochirurgicale. Il a également reproché à l'Office de l'assurance-invalidité d'écarter désormais les rapports médicaux sur lesquels il s'était dans un premier temps fondé pour retenir l'existence d'une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Enfin, s'appuyant sur de nouveaux certificats médicaux établis par ses médecins traitants, il a conclu à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité à partir du 1er février 2011, sur la base d'un taux d'incapacité de travail de 80%. Par décision du 2 mai 2013, reprenant pour l'essentiel le contenu du projet du 17 février 2012, sous réserve d'une légère modification du revenu d'invalidité fixé à 33'359 fr. 20 au lieu de 33'068 fr. 85, l'Office de l'assurance-invalidité a écarté les objections du recourant et lui a octroyé un droit à un quart de rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 49 %, à partir du 1er mars 2011 (dossier AI, p. 291). C. Par mémoire de sa mandataire du 5 juin 2013, le recourant interjette recours contre la décision du 2 mai 2013. Il requiert l'assistance judiciaire et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité, à partir du 1er février 2011. A titre

subsidaire, il demande la mise en œuvre d'une surexpertise multidisciplinaire. A l'appui de ses conclusions, il conteste le caractère probant de l'expertise bidisciplinaire sur laquelle s'appuie l'Office de l'assurance-invalidité pour retenir une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée. En particulier, il reproche aux experts d'avoir omis certains diagnostics et minimisé certaines symptomatologies et leurs entraves dans la vie quotidienne, de sorte à estimer de manière incorrecte et irréaliste la capacité résiduelle de travail, ce aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychique. Il reproche par ailleurs à l'Office de l'assurance-invalidité d'avoir fait abstraction des avis des médecins traitants, sans justification, alors que ces avis avaient été pris en considération dans un premier projet de décision. Le recourant fait enfin valoir des arguments subsidiaires. Il affirme que le salaire de valide aurait été de 65'650 francs en 2011, après indexation de 1%, en lieu et place de 65'000 francs. Il conteste également le taux de réduction de 10% au titre de désavantage salarial, en affirmant que, compte tenu notamment des diverses limitations qu'il subit et de son âge, ce taux devrait être de 20%. D. Dans ses observations du 10 juillet 2013, l'Office de l'assurance-invalidité conclut au rejet du recours. S'appuyant en particulier sur un avis établi le 27 novembre 2012 par un médecin du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure, il confirme le caractère probant de l'expertise interdisciplinaire et explique les raisons qui l'ont conduit à retenir les conclusions de celui-ci plutôt que celles ressortant des avis des médecins traitants. S'agissant du revenu de valide, l'Office de l'assurance-invalidité indique qu'il a retenu le montant de 65'000 francs sur la base des indications de l'employeur et qu'il n'y a dès lors pas lieu d'indexer ce montant. Enfin, il a indiqué que tous les éléments pertinents ont été pris en compte pour déterminer le taux de réduction de 10% au titre de désavantage salarial, étant précisé que les connaissances limitées, l'âge et le taux d'activité ne constituent pas un élément susceptible de réduire encore le salaire statistique. E. Par décision du 15 juillet 2013, le Greffier-rapporteur délégué à l'instruction a octroyé au recourant l'assistance judiciaire.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 F. Dans leurs contre-observations du 21 octobre 2012 et ultimes remarques du 13 novembre 2012, les parties ont maintenu leurs positions respectives. G. Par courrier du 20 mai 2014 de sa mandataire, le recourant indique qu'il a subi un infarctus le 11 avril 2014 et que son état de santé sur le plan cardiaque s'est péjoré, puisque sont apparues des lésions coronariennes. Tout en admettant que cet infarctus est un fait nouveau qui est postérieur à la décision querellée et qui n'a en soi entraîné une incapacité de travail seulement provisoire, il relève que l'hypertension artérielle et le syndrome d'apnées du sommeil sont des facteurs de risque de sa maladie coronarienne et de nouveaux infarctus, de telle sorte qu'il doit d'autant plus se ménager. Cela confirme selon lui le taux d'incapacité de travail global de 80% ressortant des avis de ses médecins traitants. Dans une détermination du 20 juin 2014, l'Office de l'assurance-invalidité relève lui aussi que l'infarctus survenu le 11 avril 2014 est un fait nouveau. Il considère toutefois que les atteintes à la santé ayant conduit à la décision attaquée sont d'ordre psychologique et neurochirurgical uniquement. Par courrier du 7 juillet 2014 de sa mandataire, le recourant se réfère à sa détermination du 20 mai 2014. Par courrier du 13 avril 2015 de sa mandataire, le recourant produit des rapports médicaux attestant une aggravation de son état de santé liée en particulier à d'importantes modifications dégénératives cervicales, indépendamment de l'apparition d'une maladie de Parkinson. Il indique qu'il a déjà déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance- invalidité. Il ajoute que les nouveaux rapports produits confirment que le rapport d'expertise neurochirurgical, sur

lequel s'appuie la décision attaquée, minimise l'atteinte à la santé et n'a pas de valeur probante suffisante. H. Il sera fait état des arguments, développés par les parties 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. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. Les modifications de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) sur l'assurance-invalidité du 18 mars 2011 (6ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), les circonstances commandent d'examiner le bien-fondé de la décision du 2 mai 2013 à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2012. Cela étant, les dispositions applicables en l'espèce n'ont en principe pas été modifiées ou n'ont subi que des adaptations formelles de sorte que, par souci de simplification, il sera fait référence

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 au droit en vigueur au 1er janvier 2012. Enfin, le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 129 V 1 consid. 1.2). 3. a) Aux termes 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 comme suit selon le taux d'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. 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). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus, 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). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être

chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus, susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (arrêt TF 9C_399/2007 du 14 mars 2008; ATF 128 V 174; 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 c) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine; Tribunal fédéral, arrêt I 797/06 du 21 août 2007). d) 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 des preuves. 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. En particulier, si des rapports médicaux sont contradictoires, le juge 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). 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). Enfin, 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).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 e) Dans le cas particulier, la comparaison des revenus se heurte à deux éléments litigieux, à savoir le revenu que le recourant serait en mesure de réaliser sans atteinte à la santé (voir ci-dessous chiffre 3) et le revenu 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 (voir ci-dessous chiffres 4 et 5). S'agissant de l'année déterminante pour la comparaison, il n'est pas contesté qu'il s'agit de 2011, année durant laquelle est né le droit à la rente. 4. a) Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente. Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1 et la référence). b) En l'espèce, l'Office de l'assurance-invalidité retient dans sa décision que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait perçu en 2011 un salaire annuel brut de 65'000 francs, soit un salaire mensuel de 5'000 francs par mois versé treize fois, en poursuivant son activité de cuisinier auprès du restaurant de l'Escale, à Givisiez. Le recourant indique quant à lui que ce salaire correspond au salaire mentionné par son ancien employeur depuis le 1er octobre 2009 et durant l'année 2010, de telle sorte qu'il doit être indexé à l'indice des salaires nominaux qui a augmenté de 1% entre 2010 et 2011. Il ressort en particulier d'un questionnaire rempli par l'ancien employeur du recourant le

E. 11

novembre 2010 à la demande de l'Office de l'assurance-invalidité (dossier AI, p. 73) que le contrat de travail était encore en cours à cette date, qu'aucune date de fin des rapports de travail n'avait été prévue, que le salaire contractuel était de 5'000 francs brut et qu'il n'avait pas été modifié depuis le 1er octobre 2009. Prenant en considération le fait qu'au 1er janvier 2011, le salaire initialement prévu n'avait subi aucune adaptation depuis 15 mois, il peut être admis comme vraisemblable que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait pu bénéficier d'une légère augmentation de salaire correspondant à l'évolution des salaires nominaux entre 2010 et 2011, soit 1% (tableau de l'évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2012, publié par l'Office fédéral de la statistique). En conséquence, le revenu annuel brut réalisable sans invalidité doit être fixé à 65'650 francs, correspondant à 13 salaires mensuels de 5'050 francs. 5. a) S'agissant ensuite du revenu d'invalidité, le litige porte d'abord sur la capacité de travail résiduelle du recourant. b) Dans son rapport d'expertise neurochirurgicale du 26 août 2011 (dossier AI, p. 163), Dr B. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, procède à une anamnèse en retraçant la situation professionnelle et sociale du recourant et l'évolution de son état de santé. Elle fait état des plaintes subjectives du recourant, en relevant en particulier des

paresthésies, des douleurs notamment à la nuque et dans la région lombaire, ainsi que des douleurs dans toute la colonne vertébrale qui rendent son sommeil difficile. Elle mentionne également des éléments objectifs qu'elle a constatés, en décrivant en résumé un patient obèse et fort, une démarche sans particularité et des mouvements harmonieux. Elle pose en particulier les diagnostics de syndrome

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 cervico-vertébral, avec paresthésies récidivantes, sans déficit sensitivo-moteur, bonne mobilité de la colonne cervicale, présence de troubles statiques, modifications dégénératives et hernie discale, avec impact médullaire mais sans compression médullaire, ni radiculaire. Elle fait également état de lombalgies chroniques, sans déficit sensitivo-moteur, avec hernie discale, sans compression radiculaire. Elle se réfère en outre à l'existence d'une cardiomyopathie hypertrophique et d'une hypertonie, mises en évidence par le médecin cardiologue, à la présence de troubles psychiques, à évaluer par l'expert psychiatre, et à une hernie de la paroi abdominale, cette dernière étant sans influence sur la capacité de travail. S'agissant plus particulièrement de l'affection à la colonne cervicale, l'experte indique que celle-ci a certainement causé une incapacité de travail de 100% au début, vraisemblablement depuis l'automne 2010 et que par la suite une activité légère et à taux réduit est devenue exigible. Quant à l'affection à la colonne vertébrale lombaire, elle est sans effet sur la capacité de travail. Se fondant sur les éléments qui précèdent, l'experte conclut que, du point de vue neurochirurgical, la capacité de travail du recourant est de 65% (5 à 6 heures par jour) dans une activité en position alternée assise et debout, sans posture figée de la nuque et sans lourde tâche nécessitant l'usage des bras. Des travaux de surveillance ou des tâches similaires seraient envisageables. L'experte précise que l'état actuel de la problématique de la colonne vertébrale cervicale ne peut être considéré comme définitif et que la capacité de travail estimée peut évoluer dans le sens d'une amélioration ou d'une aggravation. c) Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 7 septembre 2011 (dossier AI, p. 173), Dr C. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, effectue une anamnèse sur les plans familial, personnel, socioprofessionnel et médical. Se référant aux descriptions subjectives du recourant et à ses propres constatations objectives, l'expert pose les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger (F33.0), traits de personnalités accentués (Z73.1), avec phobie des hôpitaux, et de difficultés financières et familiales (Z59/63). Il relève en particulier dans son appréciation l'existence de facteurs psychosociaux défavorables, à savoir des difficultés familiales, un endettement important et des saisies de salaire. Quant à la capacité résiduelle de travail, l'expert mentionne que des incapacités de travail supérieures à 20% ont existé lors de deux épisodes dépressifs de quelques mois en 2004 et d'avril 2010 à février 2011, mais qu'actuellement, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est limitée de 10% tant dans une activité d'employé de production (travaux de surveillance et autres activités légères) que dans une activité d'agent de surveillance. Cette capacité de travail est même totale dans une activité légère d'employé de bureau de type saisie de donnée ou centre d'appel. d) Dans leurs rapports respectifs du 26 août et du 7 septembre 2011, les deux experts concluent, par une approche interdisciplinaire, à l'existence d'une capacité résiduelle de travail de 60% dans une activité légère bien adaptée, un travail physiquement exigeant n'étant plus supportable. Dans son rapport de synthèse du 20 décembre 2011 (dossier AI, p. 181), Dr D. _____, médecin auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), rappelle d'abord que l'affection cardiaque mentionnée dans le rapport d'expertise neurochirurgical est à considérer comme sans répercussion sur la capacité de travail dans une activité ne demandant pas des efforts

physiques intenses (voir également rapport du même médecin du 2 février 2011, dossier AI, p. 105). Il reprend ensuite les conclusions des rapports d'expertise selon

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 lesquelles, du point de vue psychiatrique, les limitations fonctionnelles sont légères, entraînant tout au plus une diminution de rendement de 10% dans une activité légère dans la production ou dans une activité de surveillance et, du point de vue neurochirurgical, les limitations fonctionnelles concernent une alternance positionnelle assis/debout, pas de posture figée au niveau de la nuque, pas d'efforts physiques autres que légers, en particulier des membres supérieurs. Sur cette base, il considère comme probante l'expertise interdisciplinaire qui conclut à un taux d'activité exigible de 60% et qui précise qu'il n'est pas possible, à ce moment, de présumer d'une exigibilité future, étant donné que l'état cervical est susceptible de se modifier. Il ajoute que l'état de santé psychique et général du recourant peut être qualifié d'amélioré et que les limitations fonctionnelles sont à mettre en rapport essentiellement avec le problème cervical et exigent une activité légère sans sollicitation importante du rachis. La synthèse effectuée par Dr D._____ est fondée sur deux expertises convaincantes établies en pleine connaissance du dossier par des médecins indépendants, spécialistes reconnus dans leur domaine, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes. Les conclusions auxquelles parviennent tant ce médecin que les deux experts ne sont par ailleurs pas remises en cause par les autres rapports médicaux figurant au dossier : - Dans un précédent avis médical du 2 février 2011 complété le 17 mars 2011 (dossier AI, p. 113), Dr D._____ mentionne les diagnostics avec conséquences sur la capacité de travail suivants: épisode dépressif moyen, obésité morbide, hernie discale L4-L5 et crises hypertensives. Se référant au plan psychiatrique à l'existence de troubles de la concentration et de l'attention liés à une importante fatigabilité se manifestant surtout l'après-midi, il conclut à l'exigibilité d'une activité adaptée tenant compte des limitations somatiques, à raison de 4 heures par jour le matin, en principe sans diminution de rendement. Il précise également que la capacité de travail dans une activité adaptée sera de 100%, en cas d'évolution favorable. Il faut relever d'emblée que ce précédent avis médical a été rédigé essentiellement sur la base des indications données par les médecins traitants avant que les expertises susmentionnées ne soient effectuées. Rien ne s'opposait en particulier à ce que, suite à la réalisation des expertises neurochirurgicale et psychiatrique, Dr D._____ prenne en compte les éléments résultant de ces expertises et révisé son évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant en la portant de 4 heures par jour à un taux de 60%. - Dans leur rapport du 24 novembre 2010 (dossier AI, p. 91), Dr E._____ et Dr. F._____, médecins traitants auprès du Centre G._____, diagnostiquent un épisode dépressif moyen (F32.1) et des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (réorganisation professionnelle, solitude, conflit conjugal) existant depuis mars 2010. Ils mentionnent une incapacité de travail à 100% depuis le mois de juin 2010, liée selon le patient à une fatigabilité importante, des troubles de concentration et d'attention, un manque d'intérêt, des idées de dévalorisation et une diminution de la confiance en soi qui conduisent à des difficultés de gérer le stress au travail, à de la fatigue et à des difficultés relationnelles. Au moment de l'établissement de leur rapport, ces médecins indiquent qu'ils ne peuvent pas encore se prononcer sur une date et sur le degré de reprise de l'activité professionnelle. Dans leur rapport du 14 mars 2011 (dossier AI, p. 111), les médecins susmentionnés indiquent en particulier que depuis décembre 2010, le recourant a vécu plusieurs complications au niveau de sa santé physique qui ont causé une incapacité de travail à 100%. Concernant l'état de santé psychique, ils notent une

diminution de la symptomatologie dépressive avec une

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 meilleure thymie et un retour de l'élan vital. Ils relèvent que le recourant se dit motivé à reprendre une activité professionnelle, mais qu'il se plaint toujours d'une fatigue permanente, de troubles de l'endormissement et de rumination anxieuses. En lien avec cette fatigabilité importante, les médecins retiennent des troubles de la concentration et de l'attention qui se manifestent surtout l'après-midi. Ils estiment en conséquence la capacité journalière de travail à 50%. Dans leur rapport du 23 avril 2012 (dossier AI, p. 206) établi sur la base d'un questionnaire formulé par la mandataire du recourant, Dr E. _____ et Dr H. _____, médecins traitants auprès du Centre G. _____, se déterminent sur l'expertise psychiatrique du 7 septembre 2011. Ils donnent des compléments et précisions sur l'anamnèse et les constatations objectives, sans remettre fondamentalement en cause celles effectuées par l'expert. Il relèvent en particulier l'existence de plusieurs troubles psychiques en précisant qu'au printemps 2011, une amélioration de l'état psychique de leur patient a été relevée, d'une part grâce au traitement médicamenteux et à la prise en charge psychothérapeutique, et d'autre part grâce à l'arrêt de travail durant cette période, qui a permis de diminuer les différentes pressions, les souffrances et les tensions internes. S'agissant des diagnostics, ils indiquent être d'accord avec ceux retenus dans l'expertise, en y ajoutant un trouble anxieux de l'agoraphobie (F40.0) et un trouble anxieux avec phobie sociale (F40.1). Quant au taux d'incapacité de travail à partir du mois de mars 2011, ils contestent le taux de 10% retenu par l'expert en indiquant que celui-ci n'a pris en compte que le trouble dépressif, alors que les troubles anxieux ont un impact important sur la capacité de travail. Ils évaluent le taux d'incapacité de travail liée aux troubles psychiques à 50% au moment de leur rapport. Après discussion avec le médecin généraliste traitant, ils retiennent un taux d'incapacité de travail global de 80%, en relevant également l'existence d'une asthénie généralisée diurne qui est en rapport direct avec le trouble de l'humeur et avec les pathologies somatiques, notamment la cardiopathie. Dans un certificat médical du 23 mai 2013 produit à l'appui du recours, Dre I. _____ et Dr J. _____, médecins traitants auprès du Centre G. _____, indiquent en substance que l'état psychique du recourant est marqué par une importante fragilité, sans amélioration notable depuis le 23 avril 2012. En lien avec le rapport susmentionné du 23 avril 2012 des psychiatres traitants, Dr D. _____ indique dans son rapport médical du 27 novembre 2012 (dossier AI, p. 252) les raisons pour lesquelles l'expertise psychiatrique est selon lui probante. Il mentionne en particulier que celle-ci est suffisamment détaillée et qu'elle prend en considération l'importance de facteurs non pris en compte par l'assurance-invalidité, susceptibles d'influencer la perception du tableau clinique. S'agissant de la pondération entre éléments dépressifs et éléments phobiques, il se réfère à l'avis de l'expert, en précisant une nouvelle fois que les nombreux facteurs étrangers à l'assurance-invalidité indiqués par celui-ci peuvent modifier considérablement l'appréciation selon le point de vue adopté (celui du thérapeute ou celui de l'expert). Enfin, Dr D. _____ indique que le taux d'incapacité global de 80% déterminé de concert par les médecins traitants résulte d'un cumul de pathologies non indépendantes les unes des autres, partiellement non invalidantes et n'induisant pas chacune des limitations supplémentaire, ce qui constitue une erreur de méthode. Les éléments qui précèdent permettent de confirmer, sous l'angle psychiatrique, le taux d'incapacité limité à 10% tant dans une activité d'employé de production (travaux de surveillance et autres activités légères) que dans une activité d'agent de surveillance. En

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 particulier, les médecins traitants n'indiquent pas en quoi les troubles anxieux de l'agoraphobie et de la phobie sociale qu'ils diagnostiquent conduiraient à un taux d'incapacité plus élevé dans une telle activité. Par ailleurs, les facteurs psychosociaux qui imprègnent l'anamnèse - tels que les difficultés familiales, financières et professionnelles rencontrées par le recourant -, associées à la règle d'expérience rappelée ci-dessus selon laquelle les médecins traitants s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients, permettent d'expliquer la différence entre les taux d'incapacité sous l'angle psychiatrique retenus par l'expert à partir du mois de mars 2011, soit 10%, et celui retenu par les médecins traitants, soit 50%. Enfin, les critiques formulées par le recourant quant au déroulement de l'expertise psychiatrique ne remettent pas non plus en causes les conclusions de celle-ci. En particulier, le fait que la discussion proprement dite entre l'expert et le recourant n'aurait duré que 40 à 45 minutes et aurait porté essentiellement sur des sujets sans rapport avec les troubles psychiques subis par le recourant n'est pas déterminant. En effet, la durée d'un entretien n'est pas un critère retenu par la jurisprudence pour juger du caractère probant d'un rapport d'expertise (voir arrêt TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 2). Quant aux sujets de discussion abordés, on ne voit pas en quoi le fait de ne pas diriger l'entretien uniquement sur les troubles ressentis par l'expertisé empêcherait l'expert de faire les constatations nécessaires à l'établissement de son expertise. - Dans son rapport du 14 décembre 2010 faisant référence en particulier à un rapport d'échographie cardiaque (dossier AI, p. 94), Dr K. _____, médecin cardiologue, rappelle que le recourant souffre d'une hypertension artérielle et présente des crises hypertensives. Elle mentionne l'existence d'une cardiomyopathie hypertrophique homogène avec obstruction dynamique intra ventriculaire modérée au repos. Elle indique ensuite que du point de vue cardiologique, l'activité exercée par le recourant jusqu'à ce jour reste exigible, sans diminution de rendement. Cette conclusion a été reprise dans les rapports d'expertise et dans le rapport de synthèse mentionnés ci-dessus. Dans son nouveau rapport du 1er juillet 2011 adressé à Dr L. _____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant (dossier AI, p. 136), Dr K. _____ fait référence à des douleurs précordiales atypiques accompagnées de poussées hypertensives. Elle relève qu'il n'y a pas d'angor, de palpitation ou de syncope. Dans la discussion, elle indique en particulier que le bilan cardiologique est compatible avec une cardiopathie hypertensive débutante, que les douleurs rétrosternales sont très atypiques et n'évoquent pas une origine ischémique. Vu l'existence de plusieurs risques cardiovasculaires, elle propose toutefois de compléter le bilan par une scintigraphie myocardique. Les éléments susmentionnés ne permettent pas de remettre en cause la conclusion du rapport de synthèse du Dr D. _____ selon laquelle l'affection cardiaque mentionnée dans le rapport d'expertise neurochirurgicale est à considérer comme sans répercussion sur la capacité de travail dans une activité ne demandant pas des efforts physiques intenses.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 La seule affirmation figurant dans le rapport du 23 février 2011 de Dr G. M. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (dossier AI p. 126), selon laquelle le recourant est alors en incapacité de travail pour des problèmes cardiologiques en cours d'investigation et de traitement, ne suffit pas non plus à remettre en doute cette conclusion. Il en va enfin de même du rapport médical établi le 14 mai 2014 par Dr N. _____, Cheffe de clinique auprès de O. _____, faisant état d'une hospitalisation du recourant le 11 avril 2014 pour un infarctus dans le cadre d'une cardiopathie hypertensive et coronarienne. En effet, premièrement, cet infarctus et ses conséquences sur l'état de santé sont survenus postérieurement à la décision attaquée et ne doivent pas être

prises en considération dans la présente procédure. Deuxièmement, ce rapport confirme entre autres que, sur le plan fonctionnel, le recourant ne devrait pas ressentir de conséquence ni de son infarctus, ni de sa maladie coronarienne étant donné que la fonction cardiaque reste normale. - Dans son rapport du 23 février 2011 (dossier AI p. 126), Dr G. M. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, mentionne une hernie discale C5-C6 avec compression médullaire. Cet élément a été repris dans le rapport d'expertise neurochirurgicale. - Dans son rapport du 2 novembre 2010 (dossier AI, p. 60), Dr L. _____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant, fait état d'une incapacité de travail à 100% entre le 18 novembre 2009 et le 7 décembre 2009 et à partir du 25 février 2010 pour une durée indéterminée. En plus d'une hernie discale sans effet sur la capacité de travail, elle mentionne notamment l'existence d'une hypertension artérielle sévère, de crises hypertensives, d'une obésité morbide et d'un état dépressif profond. Elle indique que l'ancienne activité de cuisinier n'est plus exigible, mais qu'on peut s'attendre à une reprise du travail dans une activité adaptée, à un taux de 50%, voire 70%. Les constats effectués par ce médecin dans ce rapport ainsi que l'évaluation du taux d'activité réalisable dans le futur sont ainsi compatibles avec les conclusions de l'expertise bidisciplinaire et du rapport de synthèse reprises ci-dessus. Dans son rapport ultérieur du 23 février 2012 (dossier AI, p. 211) établi sur la base d'un questionnaire formulé par la mandataire du recourant, Dr L. _____ se détermine ensuite sur l'expertise neurochirurgicale du 26 août 2011. Elle donne des compléments et précisions sur l'anamnèse et les constatations objectives effectuées par l'expert. Elle mentionne en particulier des cervicalgies, brachialgies, paresthésies aux deux membres supérieurs en position couchée amenant des insomnies sévères, des céphalées et une asthénie dues à un syndrome des apnées du sommeil, des lombalgies, une obésité invalidante. Elle estime que le problème cervical a été minimisé. Sur le plan cardiovasculaire, elle confirme par contre que la situation s'est stabilisée. Quant au taux d'incapacité de travail lié aux seules affections somatiques, Dr L. _____ conteste le taux de 35% retenu par l'experte et affirme que ce taux est très certainement de 60 à 80%. Elle ne motive toutefois pas sa conclusion. Enfin, après discussion avec les médecins psychiatres traitants, elle retient également un taux d'incapacité de travail global de 80%, en relevant les diagnostics non pris en compte par l'experte et la gravité du problème cervical. Dans son certificat médical du 24 mai 2013 produit à l'appui du recours, Dr L. _____ confirme les éléments qui précèdent en ajoutant en particulier que les cervicalgies et brachialgie dont souffre son patient se sont péjorées depuis l'expertise neurochirurgicale du

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 26 août 2011 et plus particulièrement depuis le mois de juin 2012 selon un rapport un rapport IRM du 25 juin 2012 faisant état dans sa conclusion de discopathies dégénératives étagées, prédominant en C5-C6, associées à des protrusions discales. En lien avec le rapport susmentionné du 23 février 2012 du médecin généraliste traitant, Dr D. _____ indique dans son rapport médical du 27 novembre 2012 déjà cité les raisons pour lesquelles l'expertise neurochirurgicale est selon lui probante. Il mentionne en particulier que celle-ci relève les plaintes de façon assez complète, qu'elle prend en compte les douleurs tout en les corrélant aux éléments objectifs de l'examen clinique et radiologique qui permettent de conclure à une affection cervicale légère, constituée surtout par des symptômes subjectifs, en l'absence de troubles objectivables. Il ajoute que les limitations énoncées par le médecin traitant ne sont pas bien détaillées et ne comportent pas d'argumentation permettant de comprendre pourquoi son estimation de la capacité résiduelle est si faible. Enfin, comme il a déjà été mentionné plus haut, Dr D. _____

indique que le taux d'incapacité global de 80% déterminé de concert par les médecins traitants résulte d'un cumul de pathologies non indépendantes les unes des autres, partiellement non invalidantes et n'induisant pas chacune des limitations supplémentaires, ce qui constitue une erreur de méthode. Ces éléments permettent de confirmer, sous l'angle somatique, le taux d'incapacité estimé par l'experte à 35% tant dans une activité en position alternée assise et debout, sans posture figée de la nuque et sans lourde tâche nécessitant l'usage des bras. Cette conclusion n'est notamment pas remise en cause par les griefs émis par le recourant, selon lequel l'experte n'aurait en particulier pas pris en compte des douleurs causant des insomnies sévères, l'existence d'un syndrome d'apnées du sommeil, des limitations fonctionnelles ayant aussi pour conséquence qu'il ne peut se tenir debout qu'une heure au maximum. Plus spécifiquement, dans la mesure où l'expert admet l'existence de douleurs ayant un effet sur la capacité de travail, la seule mention par le médecin traitant d'une péjoration des douleurs à partir du mois de juin 2012, même assortie d'un rapport IRM faisant état de lésions pouvant expliquer une symptomatologie irritative, ne remet pas en cause l'estimation du taux d'incapacité de travail sous l'angle neurochirurgical. Quant à l'existence d'une obésité morbide, mentionnée comme diagnostic avec conséquence sur la capacité de travail dans le rapport du SMR du 2 février 2011, le recourant tombe à faux lorsqu'il indique que cet élément n'a pas été pris en considération par l'expertise. En effet, celle-ci fait le constat que le recourant est obèse et fort (« adipöser kräftiger Versicherter »), pesant 113 kg pour une taille de 175 cm. Quant au rapport médical établi le 17 mars 2015 par Dr P. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, il fait certes état d'une péjoration de l'état de santé du recourant, en diagnostiquant entre autres une maladie de Parkinson probable et des discopathies cervicales multiples. Il a toutefois été établi plus de deux ans après la décision attaquée, de telle sorte que son contenu ne peut être repris dans le cadre de la présente procédure. De plus, contrairement aux affirmations du recourant, on ne saurait déduire des diagnostics de ce rapport que l'experte aurait minimisé la gravité de l'état de santé du recourant en précisant dans son rapport du 26 août 2011 que cet état de santé était susceptible de s'améliorer ou de se péjorer. e) Il résulte de ce qui précède que l'état de santé du recourant et sa capacité de travail résiduelle ont été établis dans le cadre de deux expertises réalisées par des spécialistes reconnus, en pleine connaissance du dossier, en se référant aux avis médicaux antérieurs, ainsi qu'à des

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 observations et investigations complètes. Par ailleurs, aucun élément ressortant des rapports médicaux établis avant et après ces expertises ne remet en cause les résultats auxquels aboutissent ces médecins. La cause est dès lors suffisamment instruite et la requête de surexpertise multidisciplinaire déposée à titre subsidiaire par le recourant doit être rejetée. Dans ces conditions, il convient de se référer aux conclusions des rapports d'expertise, reprises par le rapport de synthèse du 20 décembre 2011 établi par Dr D. _____ pour constater, comme l'a fait l'Office de l'assurance-invalidité, que le recourant est limité dans sa capacité de travail depuis le 25 février 2010 (début du délai d'attente d'un an) et que, depuis la date du 26 mars 2011 correspondant à l'échéance du délai de six mois à compter du dépôt de la demande en date du 26 août 2010, cette capacité de travail est de 60% dans une activité adaptée, par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère, sans diminution de rendement. 6. a) Après avoir vérifié la capacité résiduelle de travail du recourant, il reste à calculer le revenu qu'il est en mesure de réaliser en mettant celle-ci à profit. A cet égard, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé pouvant servir de référence au sens de ce qui précède, le revenu d'invalidité doit être évalué sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires

(ci-après: ESS) (ATF 126 V 75, 124 V 321 consid. 3b/aa). Le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (arrêt TF I 724/02 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). En effet, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit mais s'étend à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4 et 5; ATF 137 V 71 consid. 5.2). Par ailleurs, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour la même raison (arrêt TF 8C_490/2011 précité consid. 4.2). b) En l'espèce, vu l'inexistence d'un revenu pouvant servir de référence à la fixation du revenu d'invalidé, c'est à bon droit que l'Office de l'assurance-invalidité a fixé le revenu réalisable après l'atteinte à la santé en se référant aux données statistiques de l'ESS correspondant à une

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 activité adaptée à l'état de santé du recourant. Considérant l'absence de formation professionnelle dans les domaines concernés et les limitations fonctionnelles qui lui sont reconnues, c'est à juste titre que l'Office de l'assurance-invalidité s'est basé sur le montant correspondant au salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2010 (ESS 2010, tableau TA 1, total, cat. 4), soit 4'901 francs. Comme les salaires bruts standardisés correspondent à un horaire de travail de quarante heures, c'est également à bon droit que ce montant a été porté à 5'097 fr. 05 par mois, soit 61'164 fr. 60 par année, pour tenir compte de la durée hebdomadaire normale du travail dans les entreprises privées (41.6 heures, La Vie économique, 9/2013, p. 94). Il en va de même de l'indexation au taux de 1% (voir tableau de l'évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2012, publié par l'Office fédéral de la statistique), augmentant le montant déterminant à 61'776 fr. 25. Dans sa décision du 2 mai 2013, l'Office de l'assurance-invalidité a réduit le salaire d'invalidé fondé sur les données statistiques de 10%, au titre de désavantage salarial. Le recourant soutient quant à lui que ce taux de réduction devrait être de 20%. A cet égard, le taux de capacité de travail prend déjà en considération certaines limitations fonctionnelles subies par le recourant, telle que qu'une durée de travail maximale de 5 à 6 heures par jour. Dans ces circonstances, compte tenu de

l'âge du recourant (44 ans en 2011) et des autres limitations fonctionnelles existantes, à savoir essentiellement l'exigence d'une activité alternée assise et debout, sans posture figée de la nuque et sans lourde tâche nécessitant l'usage des bras, le facteur de réduction appliqué dans la décision attaquée respecte les principes jurisprudentiels susmentionnés et reste dans le cadre du pouvoir d'appréciation de l'Office de l'assurance-invalidité. Le taux de 10% sera dès lors confirmé. Compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 60% ainsi que d'un facteur de réduction de 10% sur le salaire statistique, le revenu annuel d'invalidité fixé par l'Office de l'assurance-invalidité à 33'359 fr. 20 (61'776 fr. 25 x 60% x 90%) doit dès lors être confirmé. 7. Après la fixation du revenu maximal du travail que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide, à savoir 65'650 francs (voir consid. 3) et du revenu qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui, à savoir 33'359 fr. 20 (voir consid. 5), il faut encore comparer ces deux montants pour évaluer le taux d'invalidité au sens de l'art. 16 LPGA. De cette comparaison résulte une perte de gain de 32'290 fr. 80 correspondant à un taux d'invalidité de 49.19 %, arrondi à 49% (voir ATF 130 V 221 consid. 3.2). Conformément à l'art. 28 LAI, le taux d'invalidité de 49% retenu ci-dessus ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité, de telle sorte que la décision attaquée doit être confirmée et le recours rejeté sur ce point. 8. a) Il reste encore à examiner à partir de quelle date cette rente est due. A cet égard, le recourant conclut à son octroi dès le 1er février 2011, alors que l'autorité intimée fixe le début du droit à la rente au 1er mars 2011. b) Il ressort de l'art. 29 al. 1 LAI que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. En conséquence, le droit à un quart de rente a pris naissance en l'espèce au plus tôt le 26 février 2011, soit à l'échéance de la période de six mois à compter du moment où le recourant a fait valoir ses droits par le dépôt de demande de prestations AI du 26 août 2010.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 Il est par ailleurs admis que les autres conditions de l'octroi d'une rente ressortant de l'art. 28 al. 1 LAI – en particulier l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et, au terme de cette année, une invalidité de 40% au moins (let. c) – étaient également remplies à la date du 26 février 2011. C'est dès lors à partir de cette date qu'existe le droit au quart de rente. A teneur de l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. En conséquence, le recourant a droit au versement d'un quart de rente d'invalidité à partir du 1er février 2011. Le recours sera dès lors admis sur ce point. 9. a) Il résulte de ce qui précède que le recours est très partiellement admis sur la seule question du début du droit versement du quart de rente qui doit être fixé au 1er février 2011 au lieu du 1er mars 2011, la décision attaquée étant confirmée pour le reste. La cause est par ailleurs renvoyée à l'autorité intimée pour le service de la rente, avec éventuels intérêts moratoires (voir art. 26 LPGA). b) Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). Considérant l'admission très partielle du recours sur un point accessoire, il y a lieu mettre les frais de justice, fixés globalement à 800 francs, à raison d'1/10ème à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité, soit 80 francs, et à raison de 9/10èmes à la charge du recourant, soit 720 francs. Compte tenu de l'assistance judiciaire accordée au recourant, ce dernier montant ne sera toutefois pas perçu. c) Le recourant obtenant très partiellement gain de cause, il a droit à une indemnité réduite pour ses frais et dépens, conformément à l'art. 61 let. g LPGA. La mandataire du recourant a produit une liste d'honoraires et débours totalisant 4'538 fr. 20 (4'002 francs d'honoraires pour 22 heures 14 minutes au tarif de 180

francs/heure, 200 fr. 10 de débours et 336 fr. 10 de TVA. Considérant cette liste, l'importance et la complexité de l'affaire, en particulier le double échange d'écritures et les autres opérations du dossier, le temps de 22 heures 14 minutes peut être confirmé. En tenant compte du gain de cause très partiel et d'un tarif horaire fixé à 230 francs par analogie aux règles applicables à la fixation des dépens en matière civile, l'indemnité sera fixée à 531 francs, ce qui correspond à 10% des opérations indiquées dans la liste de frais (2.22 heures à 230 fr./h + 20 francs de débours), + 42 fr. 50 de TVA et sera mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. d) Pour la partie des frais et dépens non couverte par l'indemnité ci-dessus, conformément aux art. 142 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), la mandataire de la recourante peut prétendre à une indemnité en sa qualité de défenseur d'office. En tenant compte du temps admissible de 22 heures 14 minutes, du solde de 90% non couvert par l'indemnité ci-dessus et du tarif horaire de 180 francs, il se justifie de fixer l'indemnité de défenseur d'office à 3'780 francs (20 heures à 180 francs + 180 francs de débours) + 302 fr. 40 de TVA. Cette indemnité est mise à la charge de l'Etat de Fribourg.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision du 2 mai 2013 de l'Office de l'assurance-invalidité est modifiée dans le sens que le recourant a droit au versement d'un quart de rente d'invalidité dès le 1er février 2011. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour le service de la rente, avec éventuels intérêts moratoires. Le recours est rejeté pour le surplus. II. Les frais judiciaires, fixés à 800 francs, sont mis en partie à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité, à raison de 80 francs, et en partie à la charge du recourant, à raison de 720 francs. Compte tenu de l'assistance judiciaire accordée au recourant, ce dernier montant ne sera toutefois pas perçu. III. L'indemnité partielle allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à 573 fr. 50 (y compris 42 fr. 50 de TVA). Elle est mise à la charge de l'autorité intimée. IV. Il est alloué à Me Séverine Monferini Nuoffer, en sa qualité de défenseur d'office, une indemnité mise à la charge de l'Etat de Fribourg de 4'082 fr. 40 (y compris 302 fr. 40 de TVA). V. 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 24 juillet 2015/msu Président Greffier-stagiaire

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