

FR_GERICHTE 608 2015 181 vom 10. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_181

FR: FR_GERICHTE 608 2015 181 du 10 février 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2015 181 del 10 febbraio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 10

juin 2015, le SMR a campé sur sa position, estimant en substance que l'aggravation invoquée n'était que passagère. L'OAI a dès lors maintenu le droit à une demi-rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité inchangé de 58%, par décision du 30 juillet 2015. B. Contre cette décision, A. _____, représenté par Me Nicolas Charrière, avocat à Fribourg, interjette recours de droit administratif le 14 septembre 2015 auprès du Tribunal cantonal. Il conclut, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, le tout sous suite de frais et dépens. Selon lui, seule une observation sur une longue durée permet d'évaluer la dégradation, lente et inexorable, de son état de santé. En cela, les rapports établis par ses trois médecins traitants (généraliste, rhumatologue et psychiatre) sont bien plus probants que les expertises sur lesquelles l'OAI s'est fondé, qui ne donnent qu'une vision ponctuelle de la situation. A tout le moins se justifie-t-il, selon lui, d'entreprendre des mesures d'instruction supplémentaires. Le 21 octobre 2015, il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale et son mandataire désigné en qualité de défenseur d'office. Dans ses observations du 26 février 2016, l'OAI conclut au rejet du recours. Il retient que les documents médicaux déposés dans le cadre de la procédure de révision ne démontrent qu'une aggravation passagère de l'état de santé du recourant, suite à l'introduction d'un nouveau médicament, aggravation qui a pu être levée par une prise en charge multidisciplinaire à la Clinique F. _____. Des investigations supplémentaires ne sont dès lors pas nécessaires.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 A l'appui de ses contre-observations du 14 octobre 2016, le recourant dépose un nouveau rapport établi le 24 août précédent par son rhumatologue traitant, établissant à sons sens une aggravation durable de son état de santé. Le 10 novembre 2016, l'OAI annonce qu'il renonce à se déterminer à nouveau. Le 18 novembre 2016, la Fondation collective LPP G. _____, en sa qualité de fonds de prévoyance LPP intéressé, a été appelée en cause. En réponse du 16 décembre 2016, elle a toutefois indiqué renoncer à se déterminer. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le

renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après 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 selon le taux d'invalidité (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 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). 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 En outre, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b). 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; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, 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; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation

de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). c) 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, respectivement lorsqu'elle a été revue, 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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 810.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 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). d) 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; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). La durée de l'expertise n'est en soi pas un critère déterminant pour juger de la valeur probante de l'expertise (arrêt TF 9C_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2 et les références citées). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois le

simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008), 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. 3. En l'espèce, le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente, soit ici celle du 24 juillet 2014, avec son état de santé au moment de la décision querellée, soit le 30 juillet 2015, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. a) Pour fonder sa décision initiale, l'OAI a considéré, à l'instar de son SMR, que le rapport d'expertise du 18 février 2013 du Dr D. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie, et celui du 20 février 2013 du Dr E. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, étaient pleinement probants. Lesdits rapports confirmaient les constats posés lors des expertises réalisées par les mêmes spécialistes moins d'une année plus tôt, écartant de fait l'existence de l'aggravation alléguée par le recourant. En résumé, l'expert-psychiatre retenait la présence d'une aggravation tout au plus passagère (d'août à novembre 2012), sous forme de réaction dépressive liée à une perte de confiance dans le rhumatologue traitant, à des recherches de travail infructueuses ainsi qu'aux effets secondaires d'un médicament (infusions de Remicade®). Il

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 écartait par contre un trouble somatoforme douloureux, considérant que les critères déterminants n'étaient pas remplis et que la surcharge psychosomatique était inhérente aux douleurs chroniques dont se plaignait l'assuré. Au plan somatique, le diagnostic de spondylarthrite séronégative était seul retenu, associé à des éléments psychiatriques. Le spécialiste en rhumatologie expliquait ne pas être en mesure d'expliquer objectivement l'origine des nombreuses plaintes émises par l'assuré (perturbations du sommeil, nervosité, fatigue, douleurs dans le ventre, nausée, transpiration, vertiges, sensations de chaleur); l'examen détaillé des rapports établis dernièrement lui permet de conclure à l'absence de limitation supplémentaire depuis sa précédente expertise. Il concluait dès lors à une restriction de la capacité de travail de 20% au plus dans l'ancienne activité (peintre en bâtiment) et à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ce depuis 2009. Le pronostic, décrit comme défavorable, est mis sur le compte de facteurs étrangers à l'invalidité. En consensus, les experts retenaient ainsi une capacité de travail réduite de moitié, augmentée de 10 à 20% entre août et novembre 2012. Après comparaison des revenus, l'OAI a conclu, dans sa décision du 24 juillet 2014, à l'existence d'une invalidité de 69% dès le 1er novembre 2012, donnant droit à un trois-quarts de rente, puis de 58% dès le 1er mars 2013, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité. b) La documentation médicale suivante a pour l'essentiel été produite depuis lors: - Le rapport du 10 novembre 2014 du Dr H. _____, psychiatre FMH traitant, indique que l'état de santé du recourant est à la fois stationnaire (sur de courtes périodes), s'est aggravé (quand l'effet des médicaments diminue ou quand les effets secondaires augmentent) et s'est brièvement amélioré. Le diagnostic principal est, outre la spondylarthrite ankylosante, un syndrome anxieux et dépressif, réactionnel. Le pronostic est incertain, dès lors que l'état de santé est influencé par les effets indésirables des médicaments pour le traitement de la spondylarthrite précitée. Il renvoie de ce fait à l'avis du rhumatologue traitant. - Le rapport du 30 décembre 2014 du Dr I. _____, rhumatologue FMH traitant, atteste d'une

incapacité de travail de plus de 80% dans l'ancienne activité et exclut la possibilité d'une autre activité adaptée. Il décrit un "patient malheureusement fortement limité par l'association d'une atteinte articulaire, axiale et périphérique touchant les membres supérieurs et inférieurs, ainsi que des comorbidités psychiatriques. Les possibilités de reclassement dans ces conditions sont nulles". - Le rapport du 20 janvier 2015 de la Dresse J. _____, généraliste FMH traitante, annonce une aggravation de l'état de santé depuis octobre 2012 et pose les diagnostics de spondylarthrite ankylosante et d'état dépressif chronique. Sous la rubrique "Evolution/Modification du status", elle signale la persistance d'une synovite périphérique des membres supérieurs et signe d'entésopathie. Elle nie l'existence d'un potentiel de réinsertion et dénie à l'assuré toute capacité fonctionnelle. Elle indique que des consultations ont lieu tous les trois mois environ. Elle termine en notant un rhumatisme articulaire sévère aggravé par de multiples comorbidités psychiatriques. - Le rapport du 29 avril 2015 établi par le Dr K. _____, généraliste FMH œuvrant au sein du SMR. Celui-ci prend position sur les rapports précités et relève que les médecins traitants signalent une aggravation de la symptomatologie avec incapacité de travail totale. Toutefois, il estime que les avis en question présentent des lacunes ou des imprécisions. Il considère dès lors que l'exigibilité retenue par les experts en 2013 doit être confirmée. - Le rapport établi le 30 avril 2015 par le Dr I. _____ et la Dresse L. _____, consécutivement à l'hospitalisation de l'assuré au sein du Service de médecine physique et de rééducation de la Clinique de rhumatologie de M. _____, du 13 au 30 avril 2015, dans un contexte de perte de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 poids depuis plusieurs mois et de vertiges mal systématisés. Les diverses investigations alors menées ne fournissent cependant que des résultats normaux: "Actuellement, aucune cause somatique à la symptomatologie actuelle du patient n'a [pu] être objectivée, et il semble avant tout s'agir d'une angoisse sévère avec possible somatisation. Dans tous les cas, un effet secondaire du Cimzia ne peut être exclue, bien que raisonnablement peu probable, et ce traitement a été mis en suspens et une demande pour une autre molécule est en cours le cas échéant". Ce contexte de déconditionnement et d'angoisse aboutit à un transfert à la Clinique F. _____, pour une prise en charge multidisciplinaire. - Le rapport du 16 juin 2015 du Dr N. _____ et de la Dresse O. _____, œuvrant tous deux au sein de la Clinique F. _____, Centre de réadaptation médicale et neurologique, dans laquelle l'assuré a séjourné du 30 avril au 10 juin 2015. Les diagnostics principaux suivants sont retenus: anxiété généralisée, spondylarthrose ankylosante et hypertrophie de la base de la langue. Au cours du séjour, une adaptation de la thérapie médicamenteuse a été effectuée; de la physiothérapie et des séances de psychothérapie ont également été mises en place. "Am Ende des Aufenthaltes war er viel selbstsicherer, war motiviert, weiterhin aktiv zu sein, eine geregelte Tagesstruktur zu haben, seinen Alltag zu kontrollieren und die Verantwortung für sich selber zu übernehmen. Auch die Schmerzen waren am Ende des Aufenthaltes rückläufig. Der Patient könnte lernen, wieder die Kontrolle für sein Leben zu übernehmen und selber Entscheidungen zu treffen. Wir konnten den Patienten in gutem Allgemein- und Ernährungszustand und stabilem psychischen und emotionalen Zustand nach Hause entlassen". - Le rapport du Dr H. _____ du 23 septembre (recte: juin) 2015, adressé au mandataire du recourant, indique que l'assuré traverse depuis plusieurs mois une période difficile au plan psychique (peurs, dépression, doutes, résignation, suicidalité). Ce spécialiste craint par ailleurs que la médication visant à soigner la spondylarthrite n'influence négativement l'état psychique (effet secondaire). Tout en relevant les efforts

entrepris par son patient, il constate que l'état de ce dernier s'est singulièrement détérioré. Le pronostic est dès lors mauvais. Selon lui, l'assuré présente une incapacité totale de travail dans son activité de peintre et il conteste en cela l'avis des experts. - Le rapport du Dr K. _____, médecin SMR, du 28 juillet 2015, dans lequel ce dernier estime que l'assuré n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé avec effet sur la capacité de travail. "Une aggravation passagère de l'état de santé psychique depuis l'introduction du Cimzia® ainsi que de l'état de nutrition et d'hydratation de l'assuré sont clairement à mettre sur le compte d'une tolérance initialement réduite au nouveau médicament qui s'avère très efficace au point de vue des douleurs rhumatismales mais dont l'introduction a provoqué une augmentation passagère de l'état d'angoisse relevé tout aussi bien par la Dresse J. _____ que par le Dr H. _____. Cet état d'angoisse et de somatisations mis en évidence à M. _____ a pu être levé par la prise en charge pluridisciplinaire intensive de l'assuré à la Clinique F. _____ et sont à considérer comme ayant été passagers, réversibles et accessibles à la thérapeutique. Ils n'ont pas influencé durablement la capacité de travail exigible de l'assuré". A l'appui de son recours, l'assuré a encore fourni les documents médicaux suivants: - Le rapport du 20 juillet 2015 de la Dresse J. _____, laquelle précise que son rapport du 7 janvier 2015 doit être compris en ce sens que l'assuré est connu pour sa maladie depuis 2012 mais que son état de santé s'aggrave au fil des ans. "Je l'ai reçu la première fois en date du 03.03.2015 soit deux mois après l'écriture de ce rapport et j'ai pu mettre en évidence que l'état de santé de ce patient était aggravé depuis son dernier contrôle, il présente des polyalgies

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 abdominales, plusieurs facteurs sanguins perturbés, des polyarthralgies dues à sa spondylarthrite ankylosante, il est d'ailleurs suivi régulièrement par le Dr I. _____ à ce propos. Il a également été hospitalisé à l'hôpital cantonal [...]. En définitive, l'état de santé de Monsieur A. _____ est diagnostiqué depuis 2012 mais s'aggrave d'année en année". - Le rapport du Dr I. _____ du 9 septembre 2015, dans lequel il confirme avoir attesté, en décembre 2014, une aggravation de l'état de santé depuis octobre 2012, aggravation qui s'est ensuite accélérée assez brusquement depuis le début de l'année et qui a abouti à plusieurs hospitalisations en 2015. "En d'autres termes, j'ai noté une dégradation et une progression de la maladie avec les années avec une situation définitivement et significativement moins bonne en 2014 et 2015 qu'en octobre 2012 ou sur le courant de l'année 2013. En terme d'activité de la maladie et de ses conséquences algiques et fonctionnelles, les années 2012-2013 et 2014-2015 ne sont pas du tout comparables". Enfin, le recourant a déposé, à l'appui de ses contre-observations, le rapport du 24 août 2016 dans lequel ce même Dr I. _____ fait part de son désaccord avec les conclusions du médecin SMR. Relevant suivre l'assuré depuis 2012 en sa qualité de spécialiste en rhumatologie, il note une dégradation en 2014, et surtout en 2015, avec une hospitalisation en raison d'une aggravation de la problématique articulaire, compliquée par des troubles digestifs probablement liés à une maladie inflammatoire digestive. Ces problèmes digestifs ont d'ailleurs motivé l'interruption des traitements d'anti-TNF α . L'aggravation au plan physique se traduit par une aggravation des douleurs, une augmentation du nombre de synovites, d'enthésopathies et désormais l'association de troubles digestifs marqués; une coxarthrose est également mentionnée. Cette dégradation a "un effet clair et direct sur sa capacité fonctionnelle et de travail, que ce soit dans son ancienne activité ou dans une activité adaptée". Le rhumatologue traitant relève encore que le médicament Cimzia a dû être rapidement interrompu en raison de ses effets secondaires et qu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique pour limiter les douleurs ostéoarticulaires.

"En conclusion, même si on note des périodes plus ou moins de stabilisation, la tendance globale est une péjoration lente avec dégradation de l'état de santé de Monsieur A._____, particulièrement marquée ces 2 à 3 dernières années en particulier suite à l'interruption des traitements". Concernant la prise en charge par la Clinique F._____, le Dr I._____ confirme une amélioration à sa sortie, notamment au niveau des angoisses. Il ajoute néanmoins que cette amélioration n'était que passagère et que, suite à l'arrêt du Cimzia, les douleurs ont à nouveau augmenté. "La situation a depuis lors été fluctuante, associant de courtes périodes de stabilisation à des périodes plus difficiles avec globalement une dégradation progressive par rapport à l'état de santé observé à son retour de F._____". c) Au terme de cet exposé, on constate que le litige oppose principalement l'avis du médecin SMR, sur lequel l'OAI s'est fondé pour rendre sa décision, à celui des trois médecins traitants du recourant. Le premier considère en bref que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas durablement modifié, contrairement aux seconds. Appelée à statuer, la Cour de céans constate ce qui suit. Les rapports recueillis auprès des médecins traitants jusqu'au moment du recours ne sont manifestement pas aptes à démontrer la présence d'une telle aggravation. Le rapport du psychiatre traitant est pour le moins déroutant, puisqu'il décrit l'état de santé comme stationnaire, aggravé et amélioré. Evoquant avant tout les effets indésirables des médicaments pour le traitement de l'atteinte articulaire, il renvoie à l'avis du rhumatologue traitant. Ce dernier atteste d'une incapacité de 80% dans l'ancienne activité et exclut également la possibilité d'exercer une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 autre activité, sans toutefois réellement expliquer pourquoi, dès lors qu'il se limite à évoquer des diagnostics connus de longue date (atteinte articulaire et comorbidités psychiatriques), sans indiquer en quoi la situation se serait péjorée. Il en va de même du rapport de la généraliste traitante, qui évoque les mêmes diagnostics de même que la persistance d'autres symptômes (synovite et signe d'entésopathie), là encore sans expliquer en quoi ils se seraient modifiés entre-temps. En outre, le rythme de consultation annoncé (une fois tous les trois mois) démontre implicitement que la situation est loin d'être préoccupante. L'avis du médecin SMR établi à ce moment-là (fin avril 2015), en vertu duquel l'exigibilité retenue par les experts en 2013 doit être confirmée, peut être avalisé par les juges de céans. Peu après, un nouveau rapport du Dr I._____ fait état de problèmes de perte de poids avec vertiges. Faute de pouvoir trouver une origine somatique à ces nouveaux symptômes, il envisage une double piste, à savoir: soit une angoisse sévère avec possible somatisation, soit un effet secondaire du médicament Cimzia. Ce constat débouche sur l'hospitalisation du recourant à la Clinique F._____ pendant un peu plus d'un mois. Or, le rapport de sortie est pour le moins rassurant, puisqu'il décrit un patient ayant repris confiance en lui et motivé à retrouver un équilibre de vie; il est d'ailleurs capable de rentrer chez lui dans de bonnes conditions: "Wir konnten den Patienten in gutem Allgemein- und Ernährungszustand und stabilem psychischen und emotionalen Zustand nach Hause entlassen". Il ne saurait donc être question de parler d'aggravation durable dans ces conditions. Quant au rapport du Dr H._____ émis environ trois mois après cette sortie, il reprend des symptômes connus de longue date (peurs, dépression, doutes, résignation, suicidalité) et mentionne à cet égard de potentiels effets secondaires de la médication visant à soigner la spondylarthrite, ce alors même que dite médication a été interrompue avant même son entrée à la Clinique F._____. Il se limite par ailleurs à attester d'une incapacité totale de travail dans l'activité de peintre, sans évoquer une éventuelle capacité résiduelle dans une autre activité. Ainsi, une fois encore, l'appréciation effectuée par le médecin SMR – retenant une

aggravation passagère de l'état de santé psychique, liée à une tolérance initialement réduite au Cimzia, s'avérant être très efficace contre les douleurs rhumatismales mais dont l'introduction a provoqué une augmentation passagère de l'état d'angoisse - est parfaitement concluante et découle d'une analyse convaincante du contexte médical. Probante également la constatation que cet état d'angoisse et de somatisations a pu être levé par la combinaison d'une interruption du Cimzia et d'une prise en charge pluridisciplinaire intensive à la Clinique F._____ de sorte que la capacité de travail de l'assuré n'a pas été influencée durablement. Deux rapports supplémentaires ont été remis par l'assuré à l'appui de son recours. Sans parler du fait qu'ils ont été établis postérieurement à la décision litigieuse, la Cour constate qu'ils ne sont de toute manière pas aptes à remettre en cause l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Le rapport de la Dresse J._____ se borne en effet à alléguer l'aggravation dont son patient aurait été victime depuis sa prise en charge. Or, dans la mesure où dite prise en charge remontait à quelques mois seulement, il paraît bien difficile de s'y fier. Ce d'autant plus que l'aggravation n'est formulée que de manière très vague et en référence à des problèmes déjà connus. Elle ne se prononce par ailleurs pas sur la capacité de travail de l'assuré. Quant au rapport du rhumatologue traitant, il annonce une dégradation progressive depuis 2012, qui s'est accélérée en 2015 et a conduit à plusieurs hospitalisations. Or, comme mentionné plus haut, la situation prévalant jusqu'au moment de dites hospitalisations (i.e. à l'hôpital cantonal et à la Clinique F._____) ne permet pas de conclure à une aggravation déterminante de l'état de santé du patient. Le Dr I._____ ne fournit d'ailleurs aucun détail, s'agissant des diagnostics ou des limitations fonctionnelles, permettant de corroborer objectivement ses dires.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Quant au rapport de ce même Dr I._____ joint aux contre-observations de l'assuré, la Cour de céans constate qu'il a été établi plus d'une année après la décision querellée (cf. supra consid. 2a in fine). Quand bien même il se prononce sur le suivi qu'il exerce depuis 2012 sur l'assuré, il reprend en grande partie les éléments déjà évoqués dans ses précédents rapports. Il évoque en particulier l'aggravation survenue en 2015, avec un retour des problèmes articulaires doublé des troubles digestifs. Or, comme mentionné plus haut, dite aggravation a précisément justifié une hospitalisation dans son service, mais également une autre à la Clinique F._____, au terme de laquelle la situation a été considérée comme stabilisée. Par contre, l'appréciation du rhumatologue traitant en rapport avec l'arrêt du Cimzia et l'absence d'alternative thérapeutique doit tout au plus être considérée comme un élément postérieur à la décision, qui pourra le cas échéant être examiné dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision. On en veut pour preuve le fait que le rhumatologue n'a fait aucune mention à ce sujet dans son rapport du 9 septembre 2015, établi parallèlement au recours. Enfin, l'argument selon lequel son avis devrait être privilégié du fait qu'il est spécialiste FMH en rhumatologie et qu'il suit l'assuré de manière régulière depuis plusieurs années, bénéficiant de ce fait d'une vision longitudinale du dossier, contrairement au médecin SMR, n'est pas déterminant. On ne peut certes dénier qu'il dispose d'une connaissance approfondie de la situation médicale du recourant; il n'en demeure pas moins que cet argument n'est à lui seul pas suffisant pour convaincre tant le médecin SMR que la Cour de céans de la présence d'une aggravation notable de l'état de santé de son patient. En particulier, l'évocation d'une alternance de périodes bonnes et mauvaises, avec de manière générale une dégradation progressive, ne peut suffire à fonder une révision en l'espèce. Il sied de rappeler à cet égard que le taux d'incapacité attesté dans ce dernier rapport correspond à celui figurant en décembre 2014 déjà, ce qui tend implicitement à démontrer que la situation est demeurée, dans l'intervalle, stable du point de

vue de la capacité de travail. On relèvera enfin que le recourant a tout de même été expertisé à trois reprises au plan psychiatrique et à deux reprises au plan rhumatologique entre 2011 et 2013 et que son dossier a été régulièrement réévalué non seulement par les médecins traitants, mais également par le médecin SMR, lequel a lui aussi été en mesure de se forger une opinion sur une durée suffisante. Vu ce qui précède, la mise sur pied d'investigations supplémentaires (expertise) ne se justifie pas. De même convient-il d'écarter la requête du recourant tendant à l'audition de ses médecins traitants en qualité de témoins, dès lors que ceux-ci ont eu largement l'occasion d'exprimer leur point de vue par le biais de leurs nombreux rapports. Enfin, on ne voit pas en quoi l'audition de l'assistante sociale, également requise, serait susceptible de fournir des informations déterminantes sur l'état de santé et/ou la capacité de travail du recourant. 4. C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a maintenu la demi-rente d'invalidité accordée au recourant, en retenant l'absence de changement notable des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité. Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, ce dernier étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. Il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle il a droit conformément aux art. 142 ss du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et à l'art.

E. 12

du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12). Dans la liste de frais produite le 24 janvier 2017, son

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 mandataire a requis 22h04, auquel il a ajouté CHF 675.- d'opérations facturées forfaitairement. Cela dépasse le cadre des opérations raisonnablement et usuellement nécessaires, au vu de la nature et de la complexité de ce type d'affaire. Ainsi, la Cour accorde, en équité, une indemnité de 20 heures à CHF 180.-, soit un montant de CHF 3'600.-, plus CHF 262.10 au titre de débours et CHF 308.95 au titre de la TVA à 8%, soit un total de CHF 4'171.05, indemnité intégralement mise à la charge de l'Etat de Fribourg. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.- sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. III. L'équitable indemnité allouée à Me Nicolas Charrière, avocat à Fribourg, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 3'600.-, plus CHF 262.10 de débours, plus CHF 308.95 au titre de la TVA, soit à un total de CHF 4'171.05, mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. 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 10 février 2017/hca/mba Président Greffier-rapporteur

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