

# FR\_GERICHTE 608 2017 160 vom 15. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2017\\_160](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_160)

FR: FR\_GERICHTE 608 2017 160 du 15 juin 2018

IT: FR\_GERICHTE 608 2017 160 del 15 giugno 2018

## Regeste

Arrêt de la I<sup>ère</sup> Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 17

octobre 2011 rendue pendente lite alors que la cause avait été portée devant le Tribunal cantonal, a déclaré entrer en matière et instruire la nouvelle demande déposée par l'assuré. Au terme de cette instruction, l'OAI a, par décision du 10 novembre 2014, octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité (taux d'invalidité de 51%), avec effet à partir du 1er juillet 2013; procédant aux comparaisons des revenus de l'assuré, l'OAI a en effet abouti à un taux d'invalidité de 21.7% pour la période du 1er septembre 2011 au 30 juin 2013 (revenu sans invalidité en 2011 de CHF 98'776.- comparé au revenu effectivement réalisé à 50% adapté à une activité exigible de 80% de CHF 77'313.60) et à un taux de 51% pour la période postérieure au 1er juillet 2013 (revenu sans invalidité en 2013 de CHF 100'116.50 comparé au revenu réalisable à 50% dans un poste adapté de CHF 48'321.-).

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 Le 6 décembre 2014, l'assuré a contesté cette décision auprès du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi d'une demi-rente à partir du 1er juillet 2012. Par courrier du 21 septembre 2016, le Président de la I<sup>ère</sup> Cour des assurances sociales a informé le recourant que cette dernière envisageait de réformer la décision attaquée dans un sens qui pourrait lui être défavorable (reformatio in pejus). Il a relevé que, d'une part, durant la période pour laquelle le droit à la demi-rente lui a été reconnu, le recourant avait exercé son activité lucrative habituelle à un taux supérieur à celui indiqué par son médecin et que, d'autre part, auparavant, il aurait pu l'exercer à 80% au moins, de sorte que la perte de gain subie pour cette première période n'excédait probablement pas 20%. Ainsi, la décision querellée pourrait être modifiée en ce sens que, finalement, seul un quart de rente lui serait octroyé pour une période limitée du 1er décembre 2012 au 31 juillet 2013. Par courrier du 11 octobre 2016, l'assuré, désormais représenté par Me Lionel Ducret, avocat, a retiré son recours et la procédure a été classée par décision présidentielle du 13 octobre 2016. D. Le 4 mai 2015, l'assuré a déposé une demande de révision de sa rente AI, arguant que son état de santé physique et psychique se serait dégradé depuis une année. Par décision du 23 mai 2017, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité. Il a estimé, qu'hormis une incapacité de travail totale temporaire du 20 janvier au 28 février 2016 en raison de la mise en place d'une prothèse totale de hanche à gauche, il ne pouvait retenir une incapacité de travail sur le plan psychiatrique, puisque sa psychiatre traitante déclarait que l'incapacité de travail était en lien avec l'état de santé somatique. Il a retenu que la reprise d'une activité professionnelle définie aux conditions antérieures restait exigible et a confirmé le droit à une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 51 %. E. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Ducret,

interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 29 juin 2017, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée et, principalement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale et à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. A l'appui de ses conclusions, il conteste l'avis du médecin du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), lui reprochant de s'être prononcé sans l'avoir personnellement examiné, et estime qu'une expertise médicale aurait dû être mise en œuvre auprès d'un expert externe. En outre, il considère qu'il ne peut plus du tout exercer une activité lucrative, quelle qu'elle soit, de sorte que le droit à une rente entière lui est ouvert. Enfin, il sollicite d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (ci-après: AJT). Dans ses observations du 28 août 2017, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Elle relève qu'en déposant sa demande de révision le 4 mai 2015, l'assuré devait démontrer que son état de santé s'était aggravé depuis la date de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit depuis le 10 novembre 2014. Elle maintient que la seule incapacité de travail à prendre en compte depuis lors est celle attestée par l'orthopédiste pour une durée limitée du 20 janvier au 28 février 2016 et que la psychiatre traitante ne retient, quant à elle, aucune incapacité de travail pour motif psychiatrique. Elle confirme que le médecin SMR a fait correctement son travail et qu'il a retenu à juste titre qu'aucune aggravation de l'état de santé n'était démontrée par les différents rapports médicaux versés au dossier. Enfin, elle conclut au rejet de la requête d'AJT.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 Le 12 septembre 2017, la Fondation interprofessionnelle sanitaire de prévoyance, à qui la décision attaquée avait également été notifiée, a été appelée en cause en tant que fonds LPP intéressé. Dans un courrier du 19 septembre 2017, cette dernière a indiqué que, sur la base des éléments figurant au dossier constitué par l'OAI, la position de ce dernier lui semble pertinente et qu'elle n'a pas d'autres éléments à apporter à ce dossier sur le fond. En lien avec la demande d'AJT, elle a précisé qu'elle verse au recourant sur un compte qu'il détient à E.\_\_\_\_\_ une rente d'invalidité mensuelle de CHF 537.- ainsi que trois rentes d'enfant d'invalidité mensuelles de CHF 108.- chacune. Le 14 novembre 2017, le recourant est intervenu spontanément, par le biais de son mandataire, pour déposer un rapport médical complémentaire du 1er octobre 2017 de son médecin traitant confirmant la péjoration de l'état de santé en raison du caractère évolutif de la maladie, laquelle a eu pour conséquence l'interruption de toute activité, et indiquant qu'une reprise de l'activité de technicien radiologue n'est plus envisageable. Dans une détermination du 24 novembre 2017, l'autorité intimée relève que la capacité de travail exigible de 50 % retenue tient déjà compte d'une activité dans un poste adapté et non plus dans l'activité de technicien en radiologie telle qu'initialement exercée à 100 %. Elle maintient dès lors ses conclusions. Sur demande de la Greffière-rapporteuse déléguée à l'instruction, l'ancien employeur du recourant a produit, en date du 9 mai 2018, différents documents relatifs au taux d'activité et aux incapacités de travail de ce dernier, ce dont les parties ont été informées en date du 17 mai 2018. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales

(LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2. 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 citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

2.3. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (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 (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi- rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière.

3. 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 à 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).

3.1. 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 6 de 13 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). 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). 3.2. L'art. 59 al. 2 LAI prévoit que les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires et que le Conseil fédéral délimite les régions après avoir consulté les cantons. L'art. 59 al. 2bis LAI précise que les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. En vertu de l'art. 49 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral. L'al. 2 ajoute qu'ils peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit, avec copie à l'assuré. Enfin, l'al. 3 relève que les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller. Selon la jurisprudence, les médecins SMR ont pour fonction, outre celle d'aider les laïcs en médecine qui travaillent dans l'administration ou les tribunaux, à qui il appartient ensuite de trancher le droit aux prestations, non seulement de compiler et de résumer la situation médicale, mais aussi, en cas de rapports contradictoires, de dire sur quel avis se fonder, voire de proposer un examen supplémentaire. Les rapports des médecins SMR fondés sur l'art. 49 al. 3 RAI ne se

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 basent pas sur les propres investigations du médecin en question mais sur les autres rapports médicaux, qu'ils compulsent et résument en vue d'émettre une recommandation. De ce fait, les rapports remplissent une autre fonction que les expertises au sens de l'art. 44 LPGA ou que les examens auxquels ils peuvent également procéder sur les assurés au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Ils ne font qu'apprécier les rapports médicaux existants. Leurs rapports ne doivent dès lors pas remplir les exigences formelles des expertises. On ne peut pas pour autant leur dénier toute valeur probante ou leur impact vers l'extérieur; ils constituent en effet des pièces déterminantes pour la prise de décision (arrêts TF I 143/2007 du 14 septembre 2007 consid. 3.3, 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1, 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_858/2014 consid. 3.3.2 et 3.3.3). Le médecin SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, mais il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt TF 9C\_144/2009 du 10 décembre 2010 consid. 4). 4. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 126 V 75 / VSI 2000 p. 314 consid. 1b). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b; arrêt TF I 532/05 du 13 juillet 2006, consid. 3; arrêt TAF C-2882/2006 du 14 octobre 2009, consid. 6.3). Pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office), constitue le point de départ temporel pour l'examen du degré d'invalidité la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5). 5. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'autorité intimée a refusé d'augmenter la rente d'invalidité du recourant. Pour répondre à cette question, il faut, selon la jurisprudence susmentionnée en matière de révision, déterminer si son taux d'invalidité s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la décision du 10 novembre 2014, dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec celui qui était le sien à la date à laquelle la décision querellée a été rendue, soit le 23 mai 2017. 5.1. Au moment de la décision du 10 novembre 2014, l'autorité intimée s'est basée principalement sur le rapport du 18 novembre 2013 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie auprès du SMR (dossier OAI, p. 437), lequel donnait son appréciation concernant les rapports médicaux figurant au dossier, et sur le rapport du 19 mai 2014 de la Dresse

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie auprès du SMR (dossier OAI, p. 287), laquelle avait examiné l'assuré en date du 10 mars 2014. Dans le premier rapport, le Dr F.\_\_\_\_\_ constatait que tant l'orthopédiste (rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 23 février 2012; dossier OAI, p. 563) que la rhumatologue (rapport de la Dresse I.\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2012; dossier OAI, p. 494) attestaient une capacité de travail de 50 %. Il considérait que cette capacité de travail était cohérente avec l'état de

santé de l'assuré et retenait que ce taux d'activité était effectif depuis le 1er février 2012. Il précisait cependant que cette activité n'était pas adaptée aux atteintes à la santé de l'assuré et qu'elle ne serait vraisemblablement pas possible jusqu'à l'âge de l'AVS, du moins pas sans la mise en place de prothèses de la hanche droite [recte: gauche] et des deux épaules. Il ajoutait qu'une activité adaptée devrait être légère, sans mouvements des membres supérieurs au-dessus de 80°, sans longs déplacements à pied, permettant l'alternance des positions assise et debout et que l'exigibilité médicale dans une activité adaptée devrait être déterminée par un orthopédiste après stabilisation de l'état de santé par la mise en place des prothèses de la hanche et des épaules. Dans le deuxième rapport, la Dresse G. \_\_\_\_\_ retenait, comme diagnostics avec influence sur la capacité de travail, une polyarthrose évolutive avancée touchant les articulations périphériques dans le cadre d'une arthropathie endocrinienne in status post acromégalie [status post résection par voie transsphénoïdale (03.05.2002) et traitement complémentaire par Gamma Knife (janvier 2003) d'un macro-adénome hypophysaire], un status post mise en place d'une prothèse totale de la hanche droite (05.03.2009) pour coxarthrose droite, des cervicalgies et lombalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs et une surdité neurosensorielle gauche idiopathique avec tinnitus (mars 2006). Ses conclusions étaient les suivantes: "Au vu de l'état médical actuel, sur le plan rhumatologique, une capacité de travail supérieure à 25-30% dans l'activité de technicien en radiologie ne peut être exigée, admettant qu'il s'agisse d'une activité de technicien en radiologie comportant également la réalisation d'investigations radiologiques impliquant des mouvements en hauteur, le positionnement des patients, le port de cassettes de radiologie lourdes, etc... A ce jour, nous ne pouvons nous prononcer de façon réaliste sur la capacité de travail dans une activité adaptée qui serait autre que celle de technicien en radiologie, car des interventions de mise en place de prothèses des épaules des deux côtés ont été prévues, de même que la mise en place d'une prothèse de la hanche gauche. On pourrait cependant estimer exigible, en l'état médical actuel, une capacité de travail de 50% dans son activité de technicien en radiologie qui serait adaptée, à savoir programmation des examens, réalisation des examens radiologiques conventionnels, c'est-à-dire une activité dans son domaine de compétences mais tenant compte des limitations fonctionnelles découlant de son affection. Suite aux interventions subies, la capacité de travail de [l'assuré] devra être réévaluée dans l'optique de l'activité de technicien en radiologie ou d'une autre activité. Les limitations fonctionnelles vont également dépendre du résultat des interventions d'une part et de l'évolution de l'arthropathie endocrinienne d'autre part". 5.2. Dans le cadre de la demande de révision déposée le 4 mai 2015 par le recourant, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, rappelle, dans un rapport du 30 mars 2015 (dossier OAI, p. 195), que le patient présente une polyarthrose évolutive touchant de façon très importante les articulations des hanches et des épaules, sur acromégalie consécutive à un macro-adénome hypophysaire. Il explique que ce dernier va être opéré pour la mise en place d'une prothèse totale à la hanche gauche, que cette intervention devrait être suivie par la mise en place de prothèses aux deux épaules et que cela impliquera des incapacités de travail de plusieurs mois pour chaque

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 opération. Compte tenu de la situation actuelle et des interventions majeures qui sont prévues, il estime qu'une réévaluation de la situation lui paraît justifier dans le sens d'une invalidité complète. Un rapport de ce médecin daté du 9 juillet 2015 (dossier OAI, p. 178) est totalement identique à celui du 30 mars 2015. Dans son rapport du 16 septembre 2015 (dossier OAI, p. 175), le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR estime que, jusqu'à l'opération de la hanche, l'exigibilité médicale est celle attestée dans le rapport

d'examen rhumatologique du 19 mai 2014, qu'ensuite il y aura une incapacité de travail temporaire totale dans toute activité en raison des opérations prévues et que l'exigibilité médicale devra être réévaluée 4 mois après la dernière opération. Concernant le pronostic, il conclut que les interventions prévues devraient restaurer une capacité de travail, à définir une fois la situation médicale stabilisée. Dans un rapport du 23 septembre 2015 (dossier OAI, p. 167), la Dresse K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pose le diagnostic d'épisode dépressif récurrent (F33) en rapport avec l'acromégalie depuis plusieurs années. Elle explique que l'assuré a développé un état d'épuisement progressif avec une symptomatologie de la lignée dépressive, que sa fatigue intense associée à une diminution de l'élan vital et une perte de goût pour la vie s'accompagne aussi de difficultés de concentration dans son travail avec des conséquences sur la mémoire et une forte irritabilité. Elle indique que le recourant suit ponctuellement des séances auprès de leur Centre et prend un traitement médicamenteux. Enfin, elle précise que l'incapacité de travail est attestée par le médecin généraliste. Dans un rapport du 1er décembre 2015 (dossier OAI, p. 157), le Dr F. \_\_\_\_\_ relève qu'il n'y a pas de pièce médicale au dossier attestant une incapacité de travail pour raison psychiatrique et que la Dresse K. \_\_\_\_\_ ne précise pas le degré de gravité de l'épisode dépressif récurrent. Il confirme que la situation médicale et l'exigibilité devront être réévaluées après la dernière intervention chirurgicale. Dans un rapport du 8 décembre 2015 adressé au médecin-conseil de l'assureur perte de gain (dossier OAI, p. 130), la Dresse K. \_\_\_\_\_ confirme le diagnostic d'épisode dépressif, sans symptômes psychotiques (F32.2). Elle estime que la dépression diminue progressivement et qu'il subsiste une tristesse, avec de grandes difficultés de concentration, une irritabilité, des idées noires et un apragmatisme. Elle précise toutefois que l'incapacité de travail est en lien avec l'acromégalie et qu'il faut s'adresser au médecin traitant. En annexe, figurent six certificats médicaux signés par cette praticienne attestant une incapacité de travail totale du 25 septembre 2015 au 31 mai 2016. Dans un rapport du 24 avril 2016 (dossier OAI, p. 141), le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indique que l'intervention pour la mise en place d'une prothèse totale de hanche à gauche a été effectuée le 21 janvier 2016. Il atteste une incapacité de travail totale du 20 janvier au 28 février 2016 et estime que l'activité exercée est encore exigible à 100 %, sans diminution de rendement, dès le 29 février 2016. Dans un rapport du 19 mai 2016 (dossier OAI, p. 109), la Dresse K. \_\_\_\_\_ retient le diagnostic d'épisode dépressif récurrent (F33) depuis 5 ans environ et d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis un mois. Elle constate que l'état dépressif du patient se péjore, qu'il présente actuellement des insomnies sévères, une perte de poids, une anhédonie, un

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 apragmatisme, une irritabilité importante, de l'agressivité, des troubles de la concentration, une grande tristesse, une perte de confiance en lui, un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité importante ainsi qu'une humeur dépressive. Elle note qu'il est aussi très anxieux avec une dramatisation, de la tension, une incapacité à se détendre et une sensation d'être survolté. Elle atteste les incapacités de travail suivantes: 50 % du 3 juillet au 1er septembre 2014, 60 % du 1er septembre au 20 octobre 2014 et 100 % depuis le 25 septembre 2015. Dans un rapport du 12 juin 2016, le Dr J. \_\_\_\_\_ relève que les arthralgies et l'impotence fonctionnelle s'accroissent progressivement, que le patient a déjà subi deux opérations d'arthroplasties totales des hanches droite (en mars 2009) et gauche (en janvier 2016) et qu'il devra probablement aussi se faire opérer des deux épaules dans un avenir proche. Sur le plan professionnel, il indique que l'assuré a dû interrompre toute activité depuis la fin du mois de septembre 2015. Il

estime ainsi que la situation doit être réévaluée dans le sens de la reconnaissance d'une invalidité complète. Dans son rapport du 18 juillet 2016, le Dr F. \_\_\_\_\_ conclut qu'hormis une incapacité de travail totale de quelques semaines attestées en raison de la pose d'une prothèse totale de hanche au début 2016, il n'y a pas de modification de l'état de santé objectif de nature à justifier un changement durable de l'exigibilité médicale depuis 2014. Il précise que, concernant les épaules, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale définies par le Dresse G. \_\_\_\_\_ tenaient compte de la situation sans opération et qu'il n'y a donc pas lieu d'exiger une intervention, mais de s'en tenir à l'exigibilité fixée en 2014. Il estime qu'une décision peut être rendue dans ce sens. Dans un rapport du 9 septembre 2016, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, constate que les hanches ont fait l'objet d'une arthroplastie pour prothèse totale avec une situation symptomatique et fonctionnelle actuelle tout à fait correcte. Il relève que le problème actuel est lié à la récurrence de douleurs mécaniques des épaules et précise que l'épaule droite est la plus algique, dans le contexte d'une omarthrose aggravée par une ostéo-chondromatose et par une ostéophytose péri-articulaire. Sur le plan thérapeutique, il peut comprendre que l'option immédiate d'une prothèse d'épaule soit réservée et préconise des thérapies physiques intégrant l'hydrokinésithérapie. Dans un ultime rapport du 30 mars 2017, le Dr F. \_\_\_\_\_ relève que le Dr M. \_\_\_\_\_ ne fait que confirmer les affections déjà connues et qu'il ne parle ni de limitations fonctionnelles ni d'incapacité de travail. Il confirme qu'en l'absence d'éléments médicaux objectifs nouveaux, ses dernières conclusions, dûment motivées, demeurent inchangées et qu'aucune mesure d'instruction médicale supplémentaire n'est requise. 5.3. Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate que, sur le plan somatique, l'ensemble des médecins s'accordent sur le diagnostic de polyarthrose évolutive touchant les articulations des hanches et des épaules sur acromégalie consécutive à un macro- adénome hypophysaire. Si ce diagnostic n'a certes pas changé depuis la décision du 10 novembre 2014, l'état de santé du recourant n'est pas le même, puisqu'une deuxième prothèse de hanche a été posée à gauche en janvier 2016. Cette intervention a engendré, dans un premier temps, une incapacité de travail totale de quelques semaines, ce qui n'est pas suffisamment long pour avoir une incidence sur le droit à la rente, comme le relèvent, à juste titre, le médecin SMR et l'autorité intimée. En revanche, par la suite, elle a amélioré la situation du recourant. En effet, le Dr M. \_\_\_\_\_ souligne, dans son rapport du 9 septembre 2016, que la situation symptomatique et fonctionnelle actuelle des hanches est tout à fait correcte. Il indique que le problème se situe

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 maintenant au niveau des épaules, surtout à droite, mais que l'option immédiate d'une prothèse d'épaule est réservée. Dans ces conditions, la Cour de céans estime que l'autorité intimée avait des éléments en faveur d'une réévaluation de la situation et que le médecin SMR ne pouvait pas simplement se contenter de se référer à l'exigibilité retenue en 2014, cela d'autant plus qu'une appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée autre que celle de technicien en radiologie n'a jamais été faite dans ce dossier. D'ailleurs, la Dresse G. \_\_\_\_\_ préconisait justement une telle évaluation après la mise en place des différentes prothèses. Le Dr F. \_\_\_\_\_ partageait également cet avis (cf. rapports du 18 novembre 2013, du 16 septembre 2015 et du 1er décembre 2015), avant de considérer qu'aucune mesure d'instruction médicale supplémentaire n'était nécessaire (cf. rapports du 18 juillet 2016 et du 30 mars 2017). Ces deux médecins estimaient certes qu'il fallait attendre la mise en place des quatre prothèses aux deux hanches et aux deux épaules, mais, dans la mesure où les deux interventions pour les épaules ne vont vraisemblablement pas être réalisées prochainement, il se justifie de

procéder déjà maintenant à cette appréciation. A noter également que le Dr J. \_\_\_\_\_ retient que l'activité de technicien en radiologie n'est plus du tout exigible (cf. rapport du 1er octobre 2017 produit par le recourant dans le cadre de la présente procédure), que le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative depuis le 25 septembre 2015 et qu'il a été licencié au 31 juillet 2016. Cela justifie d'autant plus de procéder à un examen pour déterminer si et dans quelle mesure une autre activité adaptée peut être exercée par le recourant. En outre, sur le plan psychiatrique, aucune investigation n'a été menée par l'autorité intimée. Il est vrai que, dans ses premiers rapports, la psychiatre traitante n'était pas très claire quant au diagnostic et qu'elle indiquait précisément que l'incapacité de travail était en lien avec les troubles somatiques et cela, même encore dans ses rapports du 23 septembre et du 8 décembre 2015, alors qu'elle avait signé des certificats d'incapacité de travail à 100 % depuis le 25 septembre 2015. Cependant, dans son rapport du 19 mai 2016, elle précise le diagnostic, à savoir un épisode dépressif récurrent (F33) depuis cinq ans environ et un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis un mois, et indique que l'état dépressif du patient se péjore en faisant une description plus détaillée des symptômes présentés par le recourant. Elle indique également que le traitement actuel consiste en une psychothérapie à une fréquence bimensuelle. Le médecin traitant soulève également, dans son rapport du 12 juin 2016, que l'assuré se trouve dans un état d'épuisement, probablement en lien avec les troubles du sommeil consécutifs aux douleurs ostéo- articulaires, mais également en raison de symptômes dépressifs réactionnels à sa situation de santé et pour lesquels il est régulièrement suivi par une psychiatre. Dans ses différentes prises de position, le médecin du SMR a écarté les premiers rapports de la psychiatre traitante du 23 septembre et du 8 décembre 2015 en relevant en particulier qu'elle décrit l'état dépressif comme étant réactionnel et qu'elle déclare que l'incapacité de travail est en lien avec les troubles somatiques. Il ne s'est en revanche jamais déterminé sur le rapport de cette spécialiste du 19 mai 2016. En effet, dans son rapport du 18 juillet 2016, il ne traite que du rapport de cette dernière du 8 décembre 2015 et ne fait aucun commentaire sur le rapport subséquent du

#### **E. 19**

mai 2016, pourtant bien présent au dossier. A cet égard, il sied de rappeler que le rôle principal du médecin SMR consiste, en vertu de l'art. 49 al. 3 RAI, à compiler les différents rapports médicaux présents au dossier, à résumer la situation médicale en vue d'émettre une recommandation et, en cas de rapports contradictoires, à dire sur quel avis se fonder, voire à proposer un examen supplémentaire (cf. consid. 3.2 ci-dessus).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 Conformément à l'art. 49 al. 2 RAI, ils ont certes également la possibilité de procéder eux-mêmes à un examen de l'assuré, mais n'y sont pas obligés. Dans le cas d'espèce, on ne peut ainsi pas reprocher au médecin SMR de n'avoir pas lui-même examiné le recourant, de sorte que le grief de ce dernier à ce sujet est mal fondé et doit être rejeté. En revanche, il lui appartenait de se prononcer sur l'ensemble du dossier médical, ce qu'il n'a pas fait en l'occurrence, puisqu'il n'a pas donné son avis au sujet du dernier rapport de la psychiatre traitante. Cela étant, même s'il l'avait fait, on devrait également tenir compte du fait que le Dr F. \_\_\_\_\_ n'est pas spécialiste en psychiatrie, de sorte qu'il n'a pas les compétences pour écarter un avis circonstancié d'une psychiatre traitante sans pouvoir se baser sur le rapport convaincant d'un autre psychiatre. Compte tenu de tous ces éléments, une mesure d'instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique s'avère manifestement nécessaire pour

déterminer si l'état de santé du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail se sont modifiés, à savoir améliorés ou au contraire aggravés, au point d'influencer son taux d'invalidité. La Cour de céans tient néanmoins à souligner que, pour des motifs purement économiques, une éventuelle augmentation de la demi-rente sera de toute manière exclue jusqu'au 31 mars 2016. En effet, conformément aux documents reçus par son ex-employeur, le recourant a effectivement perçu son salaire à 50 % jusqu'à cette date, ce qui exclut l'octroi d'une rente plus élevée. 6. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours (608 2017 160) est admis et la décision querellée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens. Compte tenu de la liste de frais déposée le 31 mai 2018 par son mandataire, l'indemnité de partie à laquelle le recourant peut prétendre pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'291.65, soit 5h10 à CHF 250.-/heure, plus CHF 9.- de débours, étant précisé que seules les opérations en lien avec la présente procédure à partir de la date de la décision querellée sont prises en compte, plus CHF 104.05 au titre de la TVA à 8%, dans la mesure où toutes les opérations ont été effectuées avant le 31 décembre 2017, soit à un total de CHF 1'404.70, et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 161), devenue sans objet en raison de l'admission du recours, est rayée du rôle.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête: I. Le recours (608 2017 160) est admis. Partant, la décision querellée est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 161), devenue sans objet, est rayée du rôle. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. IV. L'indemnité de partie allouée à A. \_\_\_\_\_ pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'291.65, plus CHF 9.- de débours et CHF 104.05 au titre de la TVA à 8 %, soit à un total de CHF 1'404.70, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. V. Notification. 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 15 juin 2018/meg Le Président: La Greffière-rapporteuse:

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