

# FR\_GERICHTE 608 2020 6 vom 22. September 2020

FR Kantonsgericht, 2020-09-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2020\\_6](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_6)

FR: FR\_GERICHTE 608 2020 6 du 22 septembre 2020

IT: FR\_GERICHTE 608 2020 6 del 22 settembre 2020

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 27

mars 2012 de la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialisée en rhumatologie. Cette rente a été maintenue par communication du 6 septembre 2016. B. Suite à une demande de révision déposée par l'assuré le 5 septembre 2019, dans laquelle celui-ci invoquait une aggravation de son état de santé et une incapacité totale de travail depuis juillet 2016, une procédure de révision a été engagée par l'OAI. Dans ce cadre, ce dernier a soumis les nouveaux rapports médicaux des différents médecins traitants de l'assuré (rapports des Drs D.\_\_\_\_\_, du 2 juin 2016 et 27 août 2019, E.\_\_\_\_\_, du 27 juin 2016, F.\_\_\_\_\_, du 18 janvier 2017), au médecin généraliste du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci- après: SMR). Celui-ci a estimé qu' aucune modification objective de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de travail n'avait été rendue plausible (prise de position du 10 septembre 2019). Suite au projet de décision émis le 12 septembre 2019 par l'OAI, envisageant de refuser l'augmentation de rente, l'assuré a déposé des objections le 18 novembre 2019, dans le cadre desquelles il a notamment déposé des rapports médicaux relatifs aux atteintes au genou et à l'épaule (IRM du 25 et du 31 octobre 2019). Invité à s'exprimer à cet égard, le SMR a confirmé sa position le 20 novembre 2019. Par décision du 11 décembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de révision de l'assuré. Sur la base de l'avis du médecin SMR, il a refusé d'augmenter la rente d'invalidité, en considérant que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé et que son taux d'invalidité était toujours de 58%. Une activité adaptée (activité administrative et de soutien aux entreprises) à 50% sans diminution de rendement demeurerait selon lui exigible. C. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours de droit administratif le 7 janvier 2020, concluant, sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision et – principalement – à l'octroi d'une rente entière et – subsidiairement – au renvoi du dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et nouvelle décision. A l'appui de son recours, il conteste l'évaluation de sa capacité de travail et de son invalidité qui repose sur

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 une constatation inexacte des faits. Il allègue avoir présenté une aggravation significative de son état de santé depuis 2016, attestée par divers médecins traitants. Le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 16 janvier 2020, l'autorité intimée renvoie à sa décision et conclut au rejet du recours. Le 30 janvier 2020, G.\_\_\_\_\_ a été appelée en cause, en sa qualité de fonds de prévoyance LPP intéressé. Dans sa réponse du 5 février 2020, elle indique ne pas avoir de remarques à formuler. D. 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. 2.1. 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. A teneur de 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 2.2. 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). 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. 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 2.3. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 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 (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la

suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C\_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 2.4. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue, 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 RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 3. En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation du degré 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, avec son état de santé au moment de la décision querellée, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. 3.1. Il est d'entrée précisé que la communication du 6 septembre 2016 relative au maintien de la demie-rente ne saurait constituer le moment déterminant pour la comparaison dès lors que l'OAI s'est contenté de se faire produire les rapports des médecins traitants et s'est limité à constater

qu'une aggravation n'était pas plausible. Aussi y a-t-il lieu de se référer à la décision initiale d'octroi de la rente du 25 septembre 2014. 3.1.1. Situation au moment de la décision initiale d'octroi de rente du 25 septembre 2014 Est ici déterminante l'appréciation de la Dre C. \_\_\_\_\_, spécialisée en rhumatologie, médecin du SMR, sur la base de laquelle la capacité résiduelle de travail avait été fixée. Dans son rapport d'expertise médicale du 27 mars 2012 (doss. OAI p. 245 ss), celle-ci a posé les diagnostics suivants avec influence sur la capacité de travail: - important impingement syndrome des deux épaules; - capsulite rétractile de l'épaule gauche (2010); - status post intervention pour rupture de la coiffe des rotateurs à droite (2009), status post intervention pour rupture de la coiffe des rotateurs à gauche (2010);

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 - épicondylite et épitrochléite bilatérales. Syndrome de compression du nerf radial à l'arcade de Frohse à droite; - syndrome cervical dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs; - lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs; - gonalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs; - tendinopathie chronique du tendon d'Achille à droite; - douleurs de l'avant-pied bilatérales droite>gauche sur troubles statiques (pieds creux bilatéraux) et quintus supraductus à droite. Ont été qualifiés sans influence sur la capacité de travail les diagnostics suivants: - valvuloplastie et annuloplastie de la valve mitrale (18.10.2002); - syndrome du tunnel carpien droit (EMG du 26.08.2010); - hypertension artérielle traitée; - hypercholestérolémie traitée; - hypothyroïdie substituée; - suspicion de syndrome d'apnées du sommeil. Cette praticienne a retenu les limitations fonctionnelles suivantes qui ont été reprises dans la décision initiale (cf. projet de décision du 14 juin 2013, doss. OAI p. 398 et décision du 16 avril 2014, doss. OAI p. 443): - pas de position statique assis ou debout supérieure à 30 minutes; - changements de position fréquents possibles; - pas de position soutenue ou de mouvement contraignant itératif pour le rachis cervical ou dorso-lombaire en flexion/extension/rotation; - pas de port itératif de charges supérieures à 5-10 kg; - pas de travail des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale; - pas d'effort physique impliquant les membres supérieurs des deux côtés; - pas de mouvement répétitif des avant-bras des deux côtés; - pas de montée ou de descente itérative des escaliers, respectivement des pentes; - pas de travail sur échelle ni échafaudage; - pas de relèvement ou accroupissement répétitif; - pas de travail en position agenouillée; - pas de marche supérieure à 15 minutes;

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 - pas d'environnement froid et/ou humide. Sur la base de ce constat, une activité professionnelle respectant ces limitations fonctionnelles était jugée exigible à raison de 4 heures par jour, sans perte de rendement. 3.1.2. Evolution jusqu'au moment de la décision litigieuse Dans un rapport du 2 juin 2016 (doss. OAI p. 477 ss), le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a signalé que la somme des pathologies ostéoarticulaires constitue un handicap majeur dans toute activité non seulement manuelle, mais également sédentaire avec des positions statiques prolongées. Ce praticien indique, se référant notamment à un IRM récent du 1er mars 2016 (doss. OAI p. 480), que le diagnostic des cervico-brachialgies bilatérales prédominant à droite, en relation, d'une part, avec une arthrose cervicale et, d'autre part, avec des conflits sous-acromiaux et status post opératoires des deux épaules, constitue le problème prépondérant. L'aggravation de l'état de santé intervenu depuis 2015 justifie selon lui un taux d'invalidité de 65%. Le 27 juin 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin traitant (doss. OAI p. 482 ss), a attesté une légère aggravation de l'état de santé de son patient. Il a signalé que les positions statiques étaient de plus en

plus difficiles à supporter malgré la médication. L'experte du SMR – qui avait examiné l'assuré – s'est prononcée le 2 septembre 2016 (doss. OAI p. 487) et a nié la présence d'une aggravation. Elle a estimé qu'on est en présence d'une « aggravation subjective » sur des diagnostics restés inchangés, ce qui a conduit au maintien de la demi-rente (communication du 6 septembre 2016, doss. OAI p. 490). Le 18 janvier 2017, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie au sein du Service de rhumatologie de H. \_\_\_\_\_ (doss. OAI p. 528 ss), a rédigé une expertise privée et posé les diagnostics suivants: - syndrome d'Ehlers-Danlos type hypermobile (SEDH) avec polyarthralgies chroniques récidivantes; • troubles statiques et dégénératifs étagés cervico lombaire; • probable maladie de Forestier (DISH, Diffuse Idiopathic Squeletal Hyperostosis ou HYA, Hyperostose Vertébrale Axikylosante); • syndrome de déconditionnement global (= physique et psychique); • syndrome de conflit sous acromial chronique séquellaire des 2 épaules; o status après réparation chirurgicale de la coiffe des rotateurs à droite, le 18 août 2009 o status après arthroscopie thérapeutique avec acromioplastie et plastic tendineuse gauche le 20 mai 2010 - gonarthrose fémoro-patellaire bilatérale, en poussée; - status après correction chirurgicale d'une valvulopathie mitrale en 2002; - syndrome d'apnée du sommeil;

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 - hernie hiatale; - pieds creux bilatéraux avec quintus supraductus à droite; - status après rupture partielle du tendon d'Achille à droite en janvier 2011 avec achillodynies chroniques; - hypertension artérielle traitée; - hyperthyroïse substituée. Il est notamment relevé que « sur le plan rhumatologique, cet examen a permis de retenir un diagnostic qui n'a jamais été évoqué auparavant, à savoir celui de syndrome bénin (au sens non léthal du terme) d'hypermobilité articulaire généralisée (ou syndrome d'Ehlers-Danlos type III, devenu type hypermobile et plus récemment encore syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile ou SED H). Ce syndrome représente une variété de maladie congénitale du tissu conjonctif ». Selon ce médecin, « sur le plan de la capacité de travail, l'examen clinique rend illusoire toute activité dans quelque profession que ce soit, vu l'importance des atteintes douloureuses objectives (genoux, mains, coudes et épaules) et du syndrome de déconditionnement ». Il continue en affirmant que « sa situation actuelle justifie la reconnaissance d'une incapacité de travail de plus de 70% – dans toute activité – que seul un traitement léger de réadaptation fonctionnelle locomotrice au long cours et selon des modalités multidisciplinaires permettant d'agir sur les lésions encore réversibles serait peut-être susceptible d'améliorer. Cet essai de traitement multidisciplinaire doit être tenté, même si les chances d'inverser une évolution bien cristallisée sont très minces, tant les mécanismes de sensibilisation de la douleur sont fixés, qui demanderaient 2 à 3 ans pour s'amender » (doss. OAI p. 564). Le 27 août 2019, le Dr D. \_\_\_\_\_ a rédigé un rapport (doss. OAI p. 568), dans lequel il renvoie à son examen du 2 juin 2016 et constate que, depuis trois ans, les problèmes médicaux auraient augmenté. Outre les diagnostics connus, il mentionne la présence d'une sténose foraminale C5- C6 droite, un syndrome rotulien bilatéral avec épanchement chronique prédominant à gauche et une arthrose digitale avec nodosité d'Herberden débutante. Il explique que « l'évolution naturelle des diverses atteintes pathologiques dégénératives de ce patient ne peuvent malheureusement que se péjorer au cours des années. Les plaintes et le status actuel corroborent cette évidence, raison pour laquelle l'incapacité de travail de ce patient doit être estimée actuellement à plus de 85%. Sur le plan fonctionnel, toute activité prolongée au niveau des MS est devenue impossible, avec des douleurs également à la marche et aux positions statiques prolongées. Il y a, par ailleurs, sur le plan général, une endurance très limitée, probablement également en relation avec l'état général, notamment des troubles du sommeil avec une apnée. Toute

mesure de réadaptation professionnelle dans le contexte actuel est également illusoire » (doss. OAI p. 570 s.). Selon le Dr D. \_\_\_\_\_, l'état de santé actuel ne permet guère de dépasser un taux d'activité supérieur à 30% avec un rendement de 50%. Dans son rapport du 10 septembre 2019 (doss. OAI, p. 578), le Dr I. \_\_\_\_\_ du SMR, spécialisé en anesthésiologie, indique que les diagnostics attestés par le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 27 août 2019 sont identiques à ceux retenus lors de l'examen rhumatologique du 27 mars 2012, hormis une « arthrose digitale avec nodosités d'Heberden débutantes » qui ne saurait à elle seule avoir une incidence sur la capacité de travail exigible. Selon ce premier praticien, Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 « l'anamnèse révèle toujours les mêmes plaintes douloureuses. La mobilité articulaire du rachis cervical et lombaire, des épaules, des hanches, des genoux et des pieds est superposable voire meilleure qu'en 2012 (la distance doigts-sol était de 67 cm en 2012 et de 25 cm actuellement). Hormis les douleurs, que l'assuré estime en augmentation, les éléments objectifs du status ostéoarticulaire comparé articulation par articulation avec le status de 2012 ne permet pas de retenir une aggravation objective. Le rapport d'expertise rhumatologique privée du 18 janvier 2017 relate les mêmes plaintes et le même status ostéo-articulaire, hormis en ce qui concerne les genoux, dont la flexion était limitée en 2017 et ne l'est plus en 2019. L'expert mentionnait en outre un syndrome d'Ehlers-Danlos, dont les critères diagnostiques ne sont cependant pas remplis et qui ne peut dès lors pas être retenu ». Au vu de ces divers éléments, il conclut que l'aggravation n'a pas été rendue plausible. Malgré ce constat, l'OAI n'a pas rendu une décision de non-entrée en matière mais a proposé le rejet de la demande de révision. Ont encore été versés au dossier, dans le cadre des objections, le résultat de l'IRM des genoux du 25 octobre 2019, mis en place notamment en raison d'un phénomène de lâchage (doss. OAI p. 602) – confirmant la présence d'une sévère arthrose fémoro-patellaire bilatérale diagnostiquée par le Dr F. \_\_\_\_\_ – et l'arthrose-IRM de l'épaule droite du 31 octobre 2019, à la suite d'une nouvelle atteinte de l'épaule (doss. OAI p. 600) – révélant une arthrose acromio-claviculaire ainsi qu'une petite rupture transfixiante du tendon supraépineux. Les objections ont à nouveau été soumises au SMR qui constate, le 20 novembre 2019 (doss. OAI, p. 607) que: « 1) Un diastasis abdominal est une hernie de la paroi abdominale, dont le traitement est chirurgical si son importance est suffisamment gênante. Il ne s'agit en principe pas d'une cause d'incapacité de travail permanente ou durable. 2) L'assuré est connu pour des atteintes de la coiffe des rotateurs des deux épaules depuis 2009 et une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire droite est déjà décrite dans le rapport d'arthrose-IRM de l'épaule droite du 02.02.2010 et prise en compte dans le rapport d'examen rhumatologique au SMR du 27.03.2012. Ces atteintes sont donc toutes anciennes et ont déjà motivé la reconnaissance dès 2011 de limitations fonctionnelles, qui restent valables aujourd'hui. 3) Un syndrome rotulien bilatéral sur arthrose débutante est reconnu depuis 2011. Il a été pris en considération comme « diagnostic avec influence sur la capacité de travail » dans le rapport d'examen rhumatologique au SMR du 27.03.2012. Des limitations fonctionnelles en conséquence ont déjà été prises en compte et demeurent valables. Enfin, ce n'est pas sur des résultats d'imagerie radiologique seuls que se détermine une incapacité de travail. » 3.2. Le Tribunal constate d'emblée que la décision litigieuse du 11 décembre 2019 de l'OAI repose exclusivement sur les rapports rédigés par le médecin du SMR du 10 septembre et du 20 novembre 2019 qui écartent les avis des médecins consultés par l'assuré. L'on ne saurait pour les raisons suivantes suivre l'avis du médecin SMR, sans autres investigations.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 3.2.1. D'une manière générale, on peut constater que celui-ci – spécialisé en anesthésiologie – procède à une démarche diagnostique dans un domaine qui n'est pas le sien, pour s'opposer à l'avis de plusieurs spécialistes interrogés. Cela dépasse le rôle de conseil reconnu au SMR, lequel ne peut qu'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires; tel est d'autant plus le cas lorsqu'il ne se fonde pas sur un examen clinique, comme c'est ici le cas (cf. notamment, pour les plus récents arrêts du Tribunal dans ce sens: arrêts TC FR 608 2019 81 du 5 décembre 2019; 608 2018 1 du 20 juillet 2018; 608 2017 158 du 27 juin 2018; 608 2017 216 du 7 mars 2018; 608 2017 17 du 6 mars 2018; 608 2017 88 du 11 septembre 2017; 608 2016 261 du 31 juillet 2017; 608 2016 120 du 9 juin 2017). Dans la présente occurrence, conformément à ce que soutient le recourant, les rapports médicaux disponibles ne permettent pas d'exclure une aggravation et, dans l'hypothèse d'une telle aggravation, ne permettent pas non plus de déterminer l'importance de son incidence sur les limitations fonctionnelles. Eu égard à la nature dégénérative des atteintes dont souffre le recourant (cf. le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 27 août 2019 pour la nature évolutive des diagnostics et l'aggravation prévisible avec l'âge), celles-ci doivent être fixées sur la base de constatations médicales actualisées, cela d'autant plus que l'expertise initiale date de 2012. Or, en l'espèce, les médecins, dont les rapports figurent au dossier, sont unanimes quant à l'existence d'une aggravation de l'état de santé et surtout quant à la modification de l'effet sur la capacité de travail résiduelle. On ne saurait ainsi pas écarter une aggravation par le simple constat que les diagnostics sont – en partie du moins – restés inchangés et qu'il s'agit d'une aggravation qui repose uniquement sur le ressenti subjectif de l'assuré. Le laps de temps, qui s'est écoulé entre l'évaluation de 2012 et le moment où les effets des atteintes à la santé doivent être reconsidérés justifie dès lors un nouvel examen. Il s'y ajoute que le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ mentionne un nouveau diagnostic expliquant l'étendue des problèmes relatés par l'assuré. Ce praticien relève explicitement que les médecins qui s'étaient occupés de ce dossier dans le passé n'avaient pas exploré cette cause. Par ailleurs, une comparaison des diagnostics retenus par l'experte en 2012 et ceux attestés à ce jour par le Dr D.\_\_\_\_\_ fait ressortir des différences, notamment le fait que celui-ci constate la présence nouvelle d'une sténose foraminale C5-C6 droite et une arthrose digitale. 3.2.2. La Cour fait remarquer par ailleurs que dans son expertise du 27 mars 2012, la Dre C.\_\_\_\_\_ a explicitement souligné que les médecins traitants et spécialistes consultés ont également constaté une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée (cf. par ex. rapport scanné du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie du 3 février 2012, doss. OAI p. 541). Dans son rapport du 17 décembre 2010 (doss. OAI p. 536 s.), le Dr D.\_\_\_\_\_ avait en effet estimé qu'un travail adapté pourrait être exercé à 50%, rejoignant ainsi l'appréciation de l'experte en rhumatologie sur l'avis de laquelle la décision de 2014 octroyant la demi-rente a été prononcée. Il a encore confirmé dans son rapport du 19 janvier 2012 (doss. OAI p. 538) que la somme des pathologies ostéoarticulaires que présente le patient et les handicaps entraînés justifie une incapacité de travail définitive à 50%. L'aggravation qu'atteste le Dr D.\_\_\_\_\_ à ce jour ne peut ainsi pas être écartée avec l'argument que son appréciation était déjà à l'époque jugée non probante. Au contraire, comme relevé ci-avant, il ressort de l'expertise du 27 mars 2012 que cet avis de spécialiste avait été suivi par l'experte. Mettre à mal le rapport de ce médecin, qu'on jugeait crédible à l'époque, par une appréciation du SMR sans spécialisation, sans constatations médicales propres et sur simple

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 dossier ne saurait ainsi être admissible. Le fait que le Dr D. \_\_\_\_\_ relève une « invalidité à 65% » dans son appréciation du 2 juin 2016 ne change rien à ce constat. Certes, la détermination d'un taux d'invalidité n'incombe pas au médecin qui doit uniquement se prononcer sur l'état de santé et les limitations fonctionnelles en résultant, mais ce praticien a précisé dans son rapport ultérieur de quelle manière il fallait comprendre son appréciation. Par ailleurs, son explication quant à l'augmentation des douleurs et limitations est tout à fait plausible dans le contexte des diagnostics où une péjoration des symptômes avec le temps est connue. Le SMR, pour sa part, se contente d'affirmer que cette évolution n'est que du ressort du ressenti subjectif ce qui – dans le présent contexte médical – ne parvient pas à convaincre la Cour. 3.2.3. Le médecin du SMR fait remarquer à juste titre que des résultats d'imagerie radiologique ne permettent pas à elles seules de déterminer une incapacité de travail, celles-ci devant être corroborées par des constatations médicales. Autrement dit, si les constatations médicales ont permis de conclure à une capacité de travail, celle-ci ne saurait être contestée par le renvoi à des résultats d'imagerie. On ne peut en revanche pas en déduire le contraire de ce principe – comme semble le faire le SMR. Il écarte des IRM sans analyser si ceux-ci confortent la position des médecins et les constatations médicales qu'ils ont faites. Dans de telles circonstances, le résultat de l'imagerie doit être évalué dans le cadre de l'examen sur la personne de l'assuré auquel le médecin du SMR n'a précisément pas procédé. 3.2.4. On peut finalement encore soulever que la décision du 25 septembre 2014 fixe le taux d'invalidité à 58%. Il s'ensuit qu'une aggravation mineure de l'état de santé conduit déjà au risque que la perte de gain franchisse la limite de 60%, ce qui modifierait les éventuels droits du recourant. Il en va de même si les limitations fonctionnelles – justifiant selon la jurisprudence un abattement sur les salaires statistiques – se sont par hypothèse aggravées; cet aspect mérite un examen attentif dès lors que dans le calcul pour la décision du 25 septembre 2014, aucune réduction à ce titre n'avait été opérée malgré l'importance des limitations constatées. Le Tribunal souligne en outre que, dans le cadre de l'examen au fond d'une demande de révision, tous les facteurs déterminants peuvent être soumis à un contrôle. Au regard de la nature économique de l'invalidité (art. 28 al. 2 LAI), le fait que la nature des troubles de l'assuré se soit ou non significativement modifiée n'est pas à elle seule déterminante, étant donné que ce n'est pas tant l'état de santé que les conséquences de celui-ci sur la capacité de travail, respectivement sur la capacité de gain de l'intéressé, qui sont décisives. 3.2.5. Dans ces circonstances, il apparaît manifestement que la cause est insuffisamment instruite et que le dossier ne permet pas à la Cour de statuer sur les conclusions des parties. 4. 4.1. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 4.2. Compte tenu de l'issue du litige, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure, par CHF 800.-. L'avance de frais effectuée par le recourant, à raison de CHF 800.-, lui est restituée. 4.3. Ayant ainsi obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (art. 61 let. g LPG).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 Compte tenu de la liste de frais déposée par son mandataire, du temps et du travail requis, il se justifie de fixer l'indemnité de partie à laquelle le recourant a droit à CHF 2'483.30 soit, comme demandé, à 596 minutes (calculés à CHF 250.- de l'heure), et, après correction du montant, à CHF 36.30 de débours, les photocopies étant indemnisées à CHF 0.40 (cf. art. 9 du tarif des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, RSF 150.12), soit à un total de CHF

2'519.60, plus CHF 194.- de TVA à 7,7%, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée, qui succombe. la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 11 décembre 2019 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg, l'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui étant restituée. III. L'indemnité de partie allouée au recourant est fixée à CHF 2'519.60, plus CHF 194.- au titre de la TVA, mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. IV. 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 22 septembre 2020/jfr/tch Le Président : La Greffière :

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