

FR_GERICHTE 608 2024 40 vom 11. November 2024

FR Kantonsgericht, 2024-11-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2024_40

FR: FR_GERICHTE 608 2024 40 du 11 novembre 2024

IT: FR_GERICHTE 608 2024 40 del 11 novembre 2024

Regeste

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

Erwägungen

E. 30

mai 2017. Cette décision n'a pas été contestée. Le 29 août 2018, l'assuré, souffrant toujours d'une sclérose en plaques, a déposé une deuxième demande de prestations. Par décision du 13 novembre 2018, l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur cette requête, l'assuré n'ayant pas rendu plausible une modification de son état de santé. Cette décision n'a pas non plus été contestée. L'assuré a déposé une troisième demande de prestations le 7 janvier 2019, également en raison de sa sclérose en plaques. L'OAI lui a, par décision du 21 avril 2022, octroyé une demi-rente d'invalidité dès le 1er juillet 2019, lui reconnaissant une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 50% dans une activité adaptée et un degré d'invalidité de 55%. Le recours déposé à l'encontre de cette décision a été rejeté par arrêt du 21 septembre 2022 de la Cour de céans (arrêt TC FR 608 2022 77), lequel n'a pas été contesté. Le 28 octobre 2022, l'assuré a demandé la révision de sa demi-rente d'invalidité en raison de l'aggravation de son état de santé. Par décision du 13 février 2024, l'OAI a refusé d'augmenter cette demi-rente en l'absence d'élément médical objectif nouveau susceptible de démontrer une aggravation durable de l'état de santé depuis la dernière décision. B. Le 15 mars 2024, A. _____, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal de Fribourg. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. A l'appui de ses conclusions, il soutient que le rapport du 19 juin 2023 du médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), qui ne l'a jamais rencontré, ne permet pas d'écarter de manière convaincante l'avis de son médecin généraliste traitant. De plus, l'OAI n'a pas demandé l'avis d'un neurologue, et n'a ainsi pas respecté son devoir d'instruction dès lors qu'il est entré en matière sur la nouvelle demande. Le 28 mars 2024, le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 22 avril 2024, l'OAI conclut au rejet du recours. Il allègue que le rapport du SMR du 19 juin 2023 est clair et que les avis des neurologue et ophtalmologue traitants n'apportent pas d'éléments nouveaux permettant de retenir une modification des circonstances. Par ailleurs, les griefs portant exclusivement sur ce rapport du SMR du 19 juin 2023, il a requis et produit l'avis du 17 avril 2024 d'un autre médecin du SMR, lequel a confirmé les conclusions de ce rapport. Le 20 septembre 2024, le recourant produit un rapport médical du 13 juin 2024 du Dr C. _____, spécialiste en neurologie. Le 30 septembre 2024, l'OAI maintient ses conclusions. Le 25 octobre 2024, le recourant a renoncé à des débats publics.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, invoqués par elles à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent arrêt pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. 1.1. 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. 1.2. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009, dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). 1.3. Le 1er janvier 2024 est entrée en vigueur la modification du 18 octobre 2023 du RAI (RO 2023 635). Elle révisé l'art. 26bis al. 3 RAI qui avait introduit avec effet au 1er janvier 2022 une nouvelle déduction forfaitaire de 10% sur le revenu d'invalidé établi sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1bis de 50% ou moins. Dès le 1er janvier 2024,

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12

l'art. 26bis al. 3 RAI prévoit ainsi qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'art. 26 al. 2 RAI et que si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49, al. 1bis RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20% est opérée. L'art. 26bis al. 3 RAI ajoute en outre qu'aucune déduction supplémentaire n'est possible. A cet égard toutefois, dans un arrêt récent (arrêt TF 8C_823/2023 du 8 juillet 2024), le Tribunal fédéral a considéré que la réglementation, introduite début 2022 et en vigueur jusqu'à fin 2023, concernant l'évaluation du taux d'invalidité sur la base des salaires statistiques de l'ESS, est en partie contraire au droit fédéral et que les instruments pour corriger le salaire statistique de l'ESS déterminant dans un cas concret, afin de tenir compte de la situation de la personne

assurée, en opérant dans certains cas une déduction forfaitaire, sont insuffisants. Si nécessaire, il convient donc de recourir en complément à la pratique du Tribunal fédéral en la matière appliquée jusqu'à présent (taux d'abattement jusqu'à 25% au maximum). Dans sa lettre circulaire AI n° 432 du 9 novembre 2023 (chiffre 2), l'OFAS précise que tous les droits à la rente prenant naissance avant le 1er janvier 2024 sont régis par les dispositions du RAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023. Si le droit à la rente subsiste au-delà du

E. 31

décembre 2023, en cas de modification de la capacité de travail et de gain, et dans tous les cas, pour la période à partir du 1er janvier 2024, en tenant compte de l'art. 26bis al. 3 dans sa version révisée entrée en vigueur à cette date. De ce fait, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 (ci-dessus consid. 1.2) ne seront pas applicables jusqu'au 31 décembre 2023 s'il n'y a pas de modification de la capacité de travail et de gain, et le seront dès le 1er janvier 2024 si le droit à la rente sera modifié dès cette date. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa version jusqu'au 31 décembre 2021, 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. L'art. 28b LAI, dans sa version dès le 1er janvier 2022, prévoit que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité et pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, l'al. 4 prévoit les quotités de la rente lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50%. 2.3. 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). 2.4. Selon l'art. 17 al. 1 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 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 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; 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 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). 2.5. 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). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur

probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). Un rapport du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a 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'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a), 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 (arrêt TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). 3. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis la dernière décision de manière à influencer ses droits. 3.1. La dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente est la décision du 21 avril 2022 d'octroi d'une demi-rente dès le 1er juillet 2019, confirmée par la Cour de céans (arrêt TC FR 608 2022 77 du 21 septembre 2022). Dans son arrêt, la Cour de céans avait confirmé que l'expertise pluridisciplinaire neurologique, psychiatrique et en médecine interne du 4 mai 2021 (dossier OAI p. 492), sur laquelle s'était basé l'OAI, avait pleine valeur probante. Cette expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès de D._____. Elle a été réalisée par la Dre E._____, spécialiste en neurologie, le Dr F._____, médecin praticien, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et H._____, neuropsychologue. Dans leur évaluation consensuelle, les experts diagnostiquaient une sclérose en plaques de type poussée-rémission, des épisodes de migraines, des troubles urinaires et des troubles neuropsychologiques légers à moyens. Ils renaient également les limitations fonctionnelles suivantes: fatigue avec caractère d'imprévisibilité affectant l'endurance physique et intellectuelle globale, participant au ralentissement et diminuant le rendement de 50% dans toute activité; troubles cognitifs mnésiques, attentionnels et exécutifs entravant la reprise d'une formation de type employé de commerce ou supérieure et menant à la préservation d'une capacité de travail dans une activité manuelle simple; discrète atteinte neurologique sensitivo-motrice de l'hémicorps gauche affectant le port de charge et la dextérité fine de la main gauche; troubles sphinctériens induisant la nécessité d'une privacité adéquate (WC accessibles à proximité immédiate du poste de travail). Les experts ont finalement attesté une capacité de travail tant dans l'activité habituelle (activité simple de type commis de bureau) que dans une activité adaptée (activité manuelle simple) de 100% avec diminution de rendement de 50% depuis mai 2015 en raison des troubles exécutifs et du ralentissement tels qu'objectivés en 2019. Ils relevaient par ailleurs que les ressources sociales étaient pauvres en-dehors du cercle familial, que les capacités de communication, d'adaptation et d'endurance étaient affectées par les troubles neuropsychologiques et la fatigue et que des incohérences avaient

été relevées dans les résultats des tests psychométriques.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 3.2. La situation a ensuite évolué de la manière suivante. Le recourant s'est rendu le 1er mars 2022 aux urgences de I. _____ pour une suspicion d'une poussée de sa sclérose en plaques. Il présentait des vertiges de type tangage avec flou visuel associé et difficulté à la lecture depuis la veille au matin au réveil, les symptômes étant depuis stable. Le bilan ophtalmologique du jour était sans particularité et le status neurologique montrait un nystagmus mal systématisés multidirectionnel plutôt au regard extrême gauche, ainsi qu'une instabilité à la marche avec latéralisation gauche (rapport du 1er mars 2022 du service des urgences de I. _____, dossier OAI p. 719). Une IRM réalisée le 2 mars 2022 relevait l'apparition d'innombrables lésions infra- et supratentoriel de la substance blanche du cervelet et du tronc cérébral avec prise de contraste pathologique dans le cadre d'une sclérose en plaque, sans nette image de névrite optique (dossier OAI p. 717). Sur le plan ophtalmologique, un suivi a été initié par le service d'ophtalmologie de I. _____, puis continué par la Dre J. _____, spécialiste en ophtalmologie. Le 29 mars 2022, I. _____ diagnostique une suspicion de nouvelle poussée de sclérose en plaques et sclérose en plaques depuis l'âge de 14 ans. Il note que l'assuré se présente avec une sensation de tangage et de vertiges avec l'impression que les yeux bougent dans tous les sens et, qu'en entrant dans la salle de consultation, il est très instable et manque de tomber. L'acuité visuelle corrigée est de 80% à droite et 70% à gauche. L'examen des pupilles est sans particularité (dossier OAI p. 715). La Dre J. _____ pose les diagnostics de "ODG s/p hypertension oculaire" (soit aux deux yeux une hypertension oculaire sur le segment postérieur) avec diagnostic différentiel "steroidresponder", et de sclérose en plaque connue (rapports du 4 avril 2022, dossier OAI p. 713, du 19 mai 2022, dossier OAI p. 712, et du 25 août 2022, dossier OAI p. 711). Elle précise que le diagnostic de corticoresponder est dû à l'hypertension oculaire qu'elle a mesuré. La tension oculaire s'étant normalisée après traitement, mais pas l'acuité visuelle, elle n'a pas d'explications claires pour la baisse de la vision, qui est probablement multifactorielle. Elle estime qu'un collyre antiglaucomateux devra absolument être instauré en cas de traitement avec des corticostéroïdes, faute de quoi une nouvelle hypertension oculaire pourrait entraîner un glaucome avec des déficits du champ visuel irréversibles, et encourage l'assuré à retrouver un neurologue traitant pour réinstaurer un traitement de fond pour la sclérose en plaque (rapport du 4 avril 2022 précité). Le 19 mai 2022, elle note une nette amélioration des symptômes de sa dernière poussée de sclérose en plaque, l'acuité visuelle corrigée étant de "1.0 partiel" des deux côtés et la tension oculaire normotone dix jours après avoir arrêté les gouttes antihypertensives. Enfin, elle indique le 25 août 2022 que l'examen est superposable à celui réalisé le 19 mai 2022. Dans aucun de ses rapports, elle ne se prononce sur la capacité de travail ou sur les limitations fonctionnelles. Sur le plan neurologique, la Dre K. _____, spécialiste en neurologie, pose le 25 mai 2022 les diagnostics de sclérose en plaques de forme poussées-rémissions avec paraparésie motrice légère, de syndrome médullaire sensitif discret en D3, de vessie hyperactive avec obstacle sous- vésical, de troubles cognitifs et de fatigue légers (dossier OAI p. 708). Elle mentionne que le déficit principal est la marche qui est légèrement spasmo-ataxique et des lâchages à l'examen de la force motrice des extrémités, avec une légère hyposensibilité en-dessous du dermatome en D3, mais aussi aux deux mains. Il existe également un déficit stéréognosique aux mains et des indices d'une atteinte légère du cordon postérieur aux deux mollets et pieds. La spécialiste ajoute que les particularités au status sont discrètes par rapport à la progression de la maladie selon l'imagerie. Les troubles de la fatigue, fluctuante et imprévisible, et de la concentration sont les plus grands problèmes

quotidiens. La Dre K. _____ note également que l'assuré a dû progressivement abandonner toute activité sportive en raison des déficits moteurs, qu'il a interrompu en 2021 le traitement de fond instauré en 2012, qui lui provoquerait des angoisses, qu'il ne souhaite pas de reprise d'un traitement de fond malgré la multiplication des options thérapeutiques pour sa maladie et qu'il l'a informée ne pas vouloir reconduire le suivi. Elle ne se prononce pas sur la capacité de travail. Le recourant est également suivi par le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale. Dans un premier courrier du 17 octobre 2022 (dossier OAI p. 692) en réponse à des questions du mandataire du recourant, dont on ignore la teneur, le médecin traitant atteste d'une sclérose en plaques de forme poussées-rémissions et de deux nouvelles poussées au mois de mars et de septembre avec des troubles de la vue et des difficultés à la marche. Il relève un ralentissement global en lien avec les troubles de la concentration, une vision floue avec péjoration marquée lors des poussées avec diplopie, nystagmus et hypertension oculaire, ainsi qu'une limitation à la mobilisation en lien avec une instabilité permanente à la marche. L'état de santé de l'assuré s'est ainsi péjoré depuis avril 2022 et la capacité de travail est nulle dans toute activité. Enfin, il relève que le radiologue objective l'apparition d'innombrables lésions nouvelles par rapport à l'IRM de 2018 selon le rapport de l'IRM cérébrale du 1er mars 2022. Dans son rapport du 24 février 2023 (dossier OAI p. 703), le médecin traitant confirme en substance son rapport précédent. Il ajoute que l'assuré souffre également d'une fatigue importante et de céphalées. Il pose ensuite les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de sclérose en plaque de forme poussées-rémission, de troubles cognitifs et visuels et de troubles de la marche. Il estime en revanche que le diagnostic de vessie hyperactive n'a pas d'influence sur la capacité de travail. Le recourant a encore consulté le Dr C. _____. Dans son rapport du 13 juin 2024, celui-ci atteste de troubles cognitifs sous forme dysexécutifs, attentionnels et mnésiques, sans pouvoir donner plus d'informations, l'assuré ayant refusé l'examen neuropsychologique. Il relève également la présence d'une poursuite oculaire saccadée avec un petit nystagmus latéral, une légère hypophonie, un syndrome cérébelleux cinétique modéré bilatéral aux quatre membres entraînant une marche avec polygone élargi et risque de chute, une diminution de la force dans le cadre de l'atteinte motrice spastique et l'apparition entre 2018 et 2022 de très nombreuses lésions démyélinisantes nouvelles à l'IRM cérébrale. De ce fait, il estime que l'incapacité de travail est entière.

3.3. Force est tout d'abord de constater que la Dre J. _____, la Dre K. _____ et I. _____ ne se prononcent pas sur la capacité de travail et que leurs rapports ne sont par conséquent pas aptes à la déterminer (dossier OAI p. 719 et p. 715). Seuls le Dr L. _____ et le Dr C. _____ se déterminent à ce sujet et indiquent que cette capacité est nulle dans toute activité au vu des troubles qu'ils retiennent. Ensuite, les diagnostics de sclérose en plaques de forme poussées-rémissions avec parésie motrice, de troubles visuels, de vessie hyperactive, de fatigue et de troubles cognitifs sont identiques à ceux posés par les experts (rapports du 19 mai 2022 et du 25 août 2022 de la Dre J. _____, dossier OAI p. 712 et 711; rapport du 25 mai 2022 de la Dre K. _____, dossier OAI p. 708; rapport du 24 février 2022 du Dr L. _____, dossier OAI p. 703), à l'exception des troubles ophtalmologiques survenus lors de la poussée de mars 2022. Les troubles relevés par le Dr C. _____ sont également superposables. Il résulte cependant du dossier qu'aucune aggravation de l'état de santé du recourant ne ressort des pièces du dossier. En effet, les troubles maintenant attestés correspondent à ceux retenus lors

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 de la décision d'octroi de la demi-rente, avec parfois une légère amélioration. Les céphalées mentionnées par le Dr L. _____ le 24 février 2023 se recourent ainsi avec le diagnostic d'épisodes de migraine posé par l'expertise, les troubles urinaires considérés comme incapacitants par les experts ne le sont désormais plus selon le médecin généraliste, et les troubles neuropsychologiques légers à moyens sont maintenant légers selon la Dre K. _____. La fatigue fluctuante et imprévisible attestée par la neurologue et le médecin généraliste était quant à elle déjà présente lors de l'expertise, de même que les troubles cognitifs légers, les troubles légers de la marche, le déficit de force motrice des extrémités et le syndrome médullaire sensitif discret qui touche désormais les deux mains. Quant aux troubles de la vue, apparus lors d'une poussée de la maladie début mars 2022, l'ophtalmologue relève une nette amélioration des symptômes et que tant la tension oculaire que l'acuité visuelle sont redevenues dans la norme dès mai 2022 (rapports du 19 mai 2022 et du 25 août 2022 précités). Il y a enfin lieu de retenir que, selon la Dre K. _____, l'assuré "semble être revenu à son état habituel" après le traitement prescrit et que les particularités au status sont discrètes par rapport à la progression de la maladie selon l'IRM du 2 mars 2022 (qui montre plusieurs lésions cérébelleuses actives), ce qui ne parle pas en faveur d'une aggravation. Au demeurant, la Dre M. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin du SMR, indique dans son rapport du 19 juin 2023 que l'on ne peut pas tirer de conclusions sur les limitations existantes pertinentes pour la vie quotidienne du nombre de plaques existantes vu sur une IRM et le rapport du 25 mai 2022 de la Dre K. _____ souligne encore que le patient ne constate pour l'instant pas de dégradation de son état. Le fait qu'une deuxième poussée ait eu lieu en septembre 2022, après l'établissement des rapports des deux spécialistes, ne change rien à cette appréciation. En effet, le Dr L. _____ mentionne les mêmes symptômes et le même traitement que lors de la poussée précédente, et n'indique pas si ce traitement aurait été cette fois-ci inefficace (rapport du 24 février 2023 précité). De plus, il ne ressort pas du dossier que d'autres médecins, notamment des spécialistes en neurologie ou ophtalmologie, auraient été consultés à cette occasion, le Dr C. _____ ayant été consulté après le dépôt du recours seulement (cf. mémoire de recours p. 14). Le recourant s'en prend encore au rapport du 19 juin 2023 de la Dre M. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin du SMR (dossier OAI p. 722), estimant que, dès lors qu'elle ne l'a jamais rencontré, elle ne peut écarter l'avis de son médecin généraliste. Le recourant ne saurait toutefois être suivi. En effet, l'examen de l'ensemble des pièces du dossier a permis à la Cour de céans et au Dr N. _____, spécialiste en médecine du travail et médecin du SMR à qui un nouveau rapport a été demandé (rapport du 17 avril 2024, produit par l'OAI avec ses observations), d'arriver à la même conclusion que la Dre M. _____, à savoir l'absence de péjoration de l'état de santé. Dans ces conditions, on doit conclure que la cause est suffisamment instruite et qu'une instruction complémentaire n'est pas nécessaire. Au vu de ce qui précède, l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré de manière à influencer ses droits. C'est ainsi à bon droit que l'OAI a refusé toute révision du droit à la rente, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, pour la période jusqu'au 31 décembre 2023.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 4. Il y a encore lieu d'examiner si le recourant a droit à un abattement à partir du 1er janvier 2024 en vertu de la nouvelle teneur de l'art. 26bis al. 3 RAI (voir consid. 1.4). En l'espèce, sa capacité de travail est limitée à 50% (100% avec diminution de rendement de 50%) et il ressort de la décision du 21 avril 2022 que son revenu d'invalidé a été établi sur la base de l'ESS 2018. Il a donc droit à un abattement de 20% à compter du 1er janvier 2024 (voir consid. 1.3). Aucune circonstance particulière ne

justifie un abattement supérieur, qu'il ne sollicite du reste pas. Selon la décision du 21 avril 2022, le revenu de valide du recourant est de CHF 68'376.30 et celui d'invalidé de CHF 34'188.15. Après déduction de 20%, le revenu d'invalidé s'élève désormais à CHF 27'350.50. Il découle par conséquent de la comparaison des revenus que le degré d'invalidité est de 60% à compter du 1er janvier 2024. Cette augmentation étant supérieure à 5%, la quotité de la rente doit être arrêtée selon le nouveau système de rente linéaire et le recourant a ainsi droit à une rente de 60% à partir du 1er janvier 2024 (art. 28b al. 2 LAI). 5. Partant, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée modifiée dans le sens que le recourant a droit à une rente de 60% dès le 1er janvier 2024. 5.1. Vu le sort du recours, les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant à hauteur de CHF 600.- et à la charge de l'OAI à hauteur de CHF 200.- (art. 131 al. 1 2ème phr. du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]). Ils sont compensés avec l'avance de frais versée le 28 mars 2024 et le solde restitué au recourant. 5.2. Le recourant a droit à des dépens réduits. Son mandataire a produit le 25 octobre 2024 sa liste de frais comptabilisant des montants de CHF 1'841.65 au titre d'honoraires, plus CHF 11.60 de débours et CHF 150.15 de TVA à 8.1%, soit un total de CHF 2'003.40. Cette liste de frais correspond au tarif applicable en matière de débours (cf. art. 9 al. 2 du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, Tarif/JA; RSF 150.12), à l'exception du tarif horaire (CHF 300.- au lieu de CHF 250.-). Partant, l'indemnité de partie à laquelle le recourant a droit est fixée à CHF 1'729.15 d'honoraires, plus CHF 11.60 de débours et CHF 141.- au titre de la TVA à 8.1%, soit un total de CHF 1'881.75. Compte tenu du gain de cause partiel, il sied de la réduire de trois-quarts et de fixer l'indemnité qui revient au recourant à un montant global de CHF 435.20, débours compris, plus CHF 35.25 au titre de la TVA à 8.1%, soit un total de CHF 470.45, intégralement mis à la charge de l'OAI.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision attaquée est modifiée dans le sens que A. _____ a droit à une rente de 60% à partir du 1er janvier 2024. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____ à hauteur de CHF 600.- et à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg à hauteur de CHF 200.-. III. Les frais de procédure mis à la charge de A. _____ sont compensés avec l'avance de frais versée le 28 mars 2024 et le solde de CHF 200.- lui est restitué. IV. L'indemnité de partie octroyée à A. _____ est fixée à CHF 435.20 (honoraires et débours), plus CHF 35.25 au titre de la TVA à 8.1%, soit un total de CHF 470.45, et mise 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 11 novembre 2024/cso La Présidente La Greffière-rapporteuse