



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

608 2019 255

Arrêt du 18 novembre 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

Parties

A. _____, recourant, représenté par Procap

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité; méthode extraordinaire

Recours du 23 septembre 2019 contre la décision du 21 août 2019

considérant en fait

A. A. _____, né en 1961, domicilié à B. _____, marié et père de trois enfants majeurs, travaille depuis l'âge de 16 ans en tant qu'agriculteur indépendant.

B. Le 13 mars 1990, il a demandé la prise en charge d'un siège de tracteur à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison de douleurs lombaires.

Par décision du 2 juillet 1990, celui-ci a donné une suite favorable à cette demande.

C. Le 19 juin 2001, il a déposé une demande de prestations (rente ainsi que prise en charge de moyens auxiliaires) auprès de l'OAI pour les motifs suivants: "*antérolistésis de L4 sur L5, protrusion discale*".

Dans le cadre de l'examen du dossier, l'OAI a mandaté C. _____, de la société D. _____, pour réaliser une enquête agricole. Dans son rapport du 24 juillet 2002, il propose la remise d'un prêt auto-amortissable pour l'achat d'une désileuse, d'une mélangeuse simple et d'un mini chargeur permettant de reconnaître une capacité de travail de 64%.

Par communication du 28 août 2002, l'OAI a reconnu le droit de son assuré à ce prêt auto-amortissable. Par décision du 7 avril 2003, il a en revanche rejeté la demande de rente, l'incapacité de travail étant de 36%.

D. Le 28 août 2006, l'assuré a informé l'OAI que ses bâtiments n'étaient pas adaptés et qu'il était nécessaire de construire une annexe au bâtiment existant.

Avis pris auprès de C. _____, l'OAI a reconnu à son assuré à une aide en capital remboursable de CHF 50'400.-, avec intérêts à 4,25 %, amortissable sur 10 ans, par communication du 11 février 2008. Le 28 février 2008, l'assuré a refusé cette aide et demandé l'octroi d'une rente.

Par décision du 18 novembre 2008, l'OAI a rejeté cette dernière demande estimant, sur la base d'un troisième rapport de l'expert agricole daté du 12 août 2008, qu'il ne subissait aucune perte de gain et que son incapacité de travail ne se montait en outre qu'à 33%.

Par arrêt (605 2008 527) du 17 mars 2011, le Tribunal cantonal a rejeté le recours déposé par l'assuré contre cette décision.

E. Le 8 novembre 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison de "*lombalgies chroniques sur spondylolisthésis L4-L5 grade II selon Meyering sur lyse isthmique, ainsi que lyse isthmique bilatérale avec discopathie L5-S1*", d'une "*hypersomnie diurne (hypersomnie idiopathique dans sa forme monosymptomatique)*" et d'un "*syndrome d'apnées du sommeil de degré léger (index d'apnéeshypopnées à 9.7/h)*".

Sur la base d'une quatrième enquête agricole de C. _____ ainsi que d'un avis de son Service médical régional (ci-après: SMR), par décision du 8 janvier 2014, l'OAI a reconnu à son assuré le droit à une demi-rente en raison d'un degré d'invalidité de 52%.

F. Le 14 avril 2016, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était péjoré et a sollicité la révision de son dossier.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de révision, l'OAI a diligenté une enquête portant sur son impotence ainsi qu'une enquête économique pour les indépendants.

Sur cette base ainsi que sur celle de l'avis du médecin de son SMR, l'OAI a refusé d'augmenter la rente, par décision du 6 juin 2017. Par décision séparée du même jour, il a par ailleurs refusé d'octroyer une allocation pour impotent.

G. Le 4 octobre 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de révision de son droit à la rente, indiquant que son état s'était considérablement aggravé.

Après avoir mandaté C. _____ pour deux nouvelles enquêtes agricoles et avis pris auprès du médecin du SMR, l'OAI a, par décision du 21 août 2019, reprenant un projet du 28 mai 2019, refusé d'augmenter la rente, le degré d'invalidité étant demeuré inchangé à 52%.

H. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Marc Zürcher, avocat auprès de Procap, interjette recours le 23 septembre 2019 concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière.

A l'appui de son recours, il affirme que l'OAI n'a pas réellement procédé à une instruction médicale, le médecin du SMR interrogé ne prenant pas réellement position quant à l'évolution de ses troubles, au contraire de ses différents médecins traitants. Il conteste par ailleurs les conclusions de C. _____, estimant que l'enquête est surprenante sur la forme et défailante sur le fond, celui-ci ne correspondant pas à la réalité en ce qui concerne notamment les chiffres et le nombre de vaches. Enfin, il se plaint de ce que l'OAI ait ignoré les données attestant de sa baisse d'exploitation et le surcroît de travail confié à sa famille.

Le 17 octobre 2019, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

Dans ses observations du 8 novembre 2019, l'OAI propose le rejet du recours, renvoyant aux pièces du dossier et aux considérants de sa décision.

Il sera fait état des arguments, développés par les parties 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 et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

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 fédérale 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.

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).

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2^{ème} 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 selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon l'arrêt publié aux ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

3.

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 avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

Selon la jurisprudence, dans le cas des rentes avec un pourcentage précis (assurance-accidents, assurance militaire), une modification est supposée importante si le degré d'invalidité change de 5 %. Dans l'assurance-invalidité, où la rente est calculée en fonction de certains seuils, tout changement significatif des circonstances effectives pouvant affecter le droit à la rente est considéré comme un motif de révision de la rente. Ainsi, une modification du degré d'invalidité de 2 %, par exemple, pourrait également donner lieu à un recours si elle entraîne un dépassement du seuil de la rente, supérieure ou inférieure. Cela est aussi valable en cas de substitution de motif opérée par le Tribunal cantonal (ATF 140 V 85 consid. 4.3; 133 V 545 consid. 6.2).

4.

La loi consacre trois régimes distincts d'évaluation de l'invalidité, qui, pour une même atteinte à la santé, peuvent aboutir à des conséquences asséculo-logiques sensiblement différentes (arrêt TF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 5.5.1).

La *méthode ordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

Pour les cas où il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus hypothétiques provenant d'une activité lucrative, notamment dans le cas où l'assuré travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint ou est un travailleur indépendant, le Tribunal fédéral a établi que l'invalidité doit être évaluée, dans l'activité exercée, d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (ATF 128 V 29 consid. 1).

C'est la *méthode dite extraordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité.

Sur la base de cette méthode, inspirée de la méthode spécifique, on constate d'abord l'empêchement dû à la maladie ou l'infirmité, puis l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain (Pratique VSI 2/1998 p. 121; Droit des assurances sociales - Jurisprudence SVR 1996 IV n. 74 consid. 2b). Concrètement, il y a lieu de pondérer les activités exercées par l'indépendant en appliquant à chaque activité le salaire de référence usuel dans la branche. On peut ainsi déterminer le revenu d'une personne non invalide et le revenu d'invalide et effectuer une comparaison des revenus (Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, ci-après: CIIAI, ch. 3105s).

La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique (selon l'art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec les art. 26bis et 27 al. 1 RAI) réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (procédure extraordinaire d'évaluation; ATF 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 p. 122 consid. 1a et p. 257 consid. 2b).

5.

5.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100

consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

5.2. Pour statuer, 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. 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).

5.3. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1^{ère} phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, 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).

5.4. L'art. 69 al. 2 RAI prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de réaliser une visite domiciliaire. Telle est la possibilité, notamment, lorsqu'il s'agit d'indépendants, d'agriculteurs ou d'agricultrices, d'assurés qui s'occupent du ménage, ainsi que pour déterminer le droit à des allocations pour impotent (cf. CIIAI, ch. 1058).

En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).

Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêts TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.3.1; 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1; I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 *in* VSI 2004 p. 139 s.). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt TF 9C_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1).

6.

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est péjoré au point de justifier une augmentation de son droit aux prestations AI, respectivement si la mise sur pied d'une expertise est nécessaire.

La décision du 6 juin 2017 constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, étant rappelé que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant pour examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2).

Dans ce contexte, il n'est pas sans intérêt de rappeler la situation médicale prévalant antérieurement à la procédure de révision litigieuse, en particulier depuis que l'assuré s'est vu reconnaître le droit à une demi-rente.

6.1. Par décision du 8 janvier 2014, l'OAI a reconnu à son assuré le droit à une demi-rente en raison d'un degré d'invalidité de 52%.

Cette décision se fondait sur l'appréciation du Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale, du SMR. Ce médecin estimait que l'assuré n'était plus en mesure de travailler qu'à un taux de 50%. Selon lui, la "*limitation majeure du point de vue de la capacité de travail est la somnolence diurne*" mais il relevait également la nécessité de pouvoir changer de positions et de limiter les sollicitations importantes du rachis (dossier OAI, p. 914).

En revanche, l'OAI s'était écarté de l'avis de C._____, qu'il avait mandaté pour une enquête agricole. Dans son rapport du 14 juin 2013, celui-ci relevait une péjoration de la situation depuis son précédent passage, avec un assuré tombé à plusieurs reprises depuis – impliquant des

limitations pour tous les travaux en hauteur – et souffrant de somnolence. Se basant sur deux hypothèses différentes, l'une optimiste et l'autre pessimiste, il proposait "à l'AI d'accorder à l'assuré un quart de rente", indiquant ce qui suit: *"Si je tiens compte de la variante « pessimiste », j'arrive à justifier un quart de rente avec un taux d'incapacité de travail de 40% (voir point 4.1 b) et une perte économique de Fr. 12'386.00 (- 47%)"* (dossier OAI, p. 892).

L'on constate que, à la même époque, le Dr F. _____, spécialiste en neurologie, diagnostiquait une hypersomnie idiopathique et un syndrome d'apnées du sommeil de degré léger, lesquels interféraient avec l'activité professionnelle de son patient sous la forme d'une somnolence diurne et d'endormissements interruptifs. Selon lui, son patient ne pouvait travailler qu'à 50% (dossier OAI, p. 652, 664; cf. ég. p. 618 à 631 et 669 à 725). Pour sa part, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, évoquait également une réduction de la capacité de travail à 4 heures par jour en lien avec des douleurs au niveau des membres inférieurs (dossier OAI, p. 692). Quant au Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, il précisait qu'une diminution d'amplitude et de force avec le bras gauche limitait son patient dans une activité sans prise de force, laquelle serait possible à plein temps avec un rendement complet. Il précise néanmoins qu'il *"est cependant clair que la capacité de travail est limitée dans la profession d'agriculteur [mais que le] pourcentage exact doit être déterminé en fonction de l'ergonomie de l'exploitation agricole"* (dossier OAI, p. 731; cf. ég. p. 753 et 919).

6.2. Suite à une nouvelle demande du 14 avril 2016, l'OAI a, par décision du 6 juin 2017, maintenu le droit à la demi-rente, en se fondant sur l'avis du Dr I. _____, spécialiste en chirurgie, du SMR.

Dans son rapport du 24 mars 2017, le médecin estimait que si l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, cela ne semblait pas le limiter à plus de 50%, à savoir la limitation précédemment reconnue. Il concluait dès lors que l'exigibilité demeurerait identique (dossier OAI, p. 1083). En cela, il s'écartait de l'appréciation du Dr F. _____, lequel estimait que son patient était désormais très limité, fixant la capacité de travail à 2-3 heures par jour (dossier OAI, p. 1041). En outre, le médecin du SMR ne semblait pas avoir été convaincu par le fait que l'assuré commençait à être suivi sur le plan psychiatrique par le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci diagnostiquait un trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) ainsi qu'une hypersomnie non organique (F51.1). Il fixait la capacité de travail à un taux de 50%, estimant que son patient était limité par une fatigabilité accrue (dossier OAI, p. 1064).

Enfin, l'OAI avait renoncé à mandater C. _____ pour une nouvelle enquête, chargeant l'un de ses propres enquêteurs de cette tâche. Dans son rapport du 25 avril 2017, celui-ci relevait l'assistance donnée par l'épouse de l'assuré pour les tâches administratives et la traite ainsi que par l'une de ses filles le soir et durant les week-ends. Il constatait que l'assuré engageait chaque année un employé pour les travaux les plus lourds (dossier OAI, p. 1092).

7.

Sur le vu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant a évolué au point d'impacter sa capacité de gain.

7.1. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mandaté C. _____ pour qu'il réalise deux nouvelles enquêtes agricoles.

Dans un rapport du 7 mars 2019, l'enquêteur indique que les problèmes de santé *"ne se sont pas améliorés"*. Quant à l'exploitation, il souligne que la surface s'est agrandie, que le nombre d'animaux n'a pas diminué et que, *"de 2012 jusqu'à fin 2018, il n'y a pas eu de personnel sous contrat (attesté par la caisse de compensation selon courrier du 31.01.2019)"*. Selon lui, si l'exploitation a des résultats négatifs, cela n'est pas lié à une augmentation de l'invalidité dès lors que *"les chiffres d'affaires et les frais pour les travaux par tiers sont comparables aux résultats réalisés avant 2011"*. Relevant une situation globalement *"sans changement"*, il conclut néanmoins que *"selon le budget de travail, l'exploitation demande 5000 heures de mai[n] d'œuvre. Sans personnel fixe sous contrat, [il] estime que l'assuré fait 1800 heures à un rythme ralenti (incapacité de travail de 50 %)"* (dossier OAI, p. 1256; cf. ég. rapport du 7 mars 2019 dont la teneur est identique, dossier OAI, p. 1280). Dans un courrier du 29 juillet 2019, il précise qu'il considère l'état de santé de l'assuré inchangé dès lors *"qu'une augmentation de la rente AI se justifie seulement avec des employés (déclarations de salaires AVS) ou de la reprise d'exploitation par sa fille"* mais que le maintien de la structure de production *"est également la preuve, que l'assuré est apte à assumer les travaux sans employé"* (dossier OAI, p. 1327).

Force est d'emblée de constater que l'évaluation de C._____ n'est pas dénuée de contradictions puisqu'elle est passée d'un taux de 40% dans la *"variante pessimiste"* du 14 juin 2013 à une incapacité de travail de 50%. Comparée à sa précédente évaluation, les nouvelles enquêtes agricoles attestent toutefois bien d'une péjoration de la situation de l'assuré, qui ne saurait être assimilée à une situation *"sans changement"*.

Cela étant, les conclusions de C._____ apparaissent insuffisamment motivées, l'enquêteur se contentant de faire quelques ajouts en italique à son précédent rapport. Or, son raisonnement se résume en une phrase: *"Sans changement total (abandon ou remise de l'exploitation) ou sans attestations de salaires pour une personne à plein temps, je n'ai pas de preuve pour une augmentation du taux d'invalidité de [l'assuré]"*. A cet égard, l'on constate que l'enquêteur fait l'impasse sur les déclarations du recourant qui conteste pourtant fermement ce fait, indiquant avoir diminué le nombre de ses animaux et avoir du soutien supplémentaire de la part des membres de sa famille, ces affirmations étant confirmées par les chiffres de l'exploitation (nombre de bêtes passant de 103 en 2014 à 82 en 2017, le nombre d'heures consacré à l'exploitation ayant augmenté de 600 heures pour l'épouse, la fille et des bénévoles entre 2011 et 2017).

Dans ce contexte, les conclusions de C._____ sont dès lors peu convaincantes, étant rappelé que l'OAI s'était déjà écarté des conclusions de cet enquêteur pour se référer à des conclusions purement médicales en 2014.

7.2. Quoi qu'il en soit, l'on peine à donner plein crédit à l'évaluation de la capacité de travail par C._____ dans la mesure où celle-ci est précisément contredite par les avis médicaux figurant au dossier, y compris les avis du SMR.

Ainsi, dans un rapport du 8 mai 2018, le Dr I._____, médecin auprès du SMR, estime que l'état de santé s'est aggravé, l'assuré présentant une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite depuis le 27 juin 2017, un trouble dépressif sévère depuis le 1^{er} janvier 2018 ainsi que des lombalgies récidivantes. Il conclut que, *"actuellement, à la base du dossier médical à disposition, aucune activité n'est exigible pour cet assuré, qui ne se trouve pas dans une situation médicale stabilisée"* (dossier OAI, p. 1161). Un an plus tard, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, également du SMR, relève que deux diagnostics sont apparus depuis, lesquels justifient une certaine asthénie et des troubles digestifs/abdominaux temporaires, sans pour autant

attester d'une amélioration de la situation ou une stabilisation de la situation médicale (dossier OAI, p. 1303).

Pour leur part, de nombreux médecins traitants confirment que l'état de l'assuré n'est pas resté aussi stable que ne le prétend C._____. Ainsi, le Dr J._____ affirme même qu'il y a eu une *"péjoration récente de son état de santé"*, avec le diagnostic d'échinococcose alvéolaire. Il précise que *"ce nouveau diagnostic, et les traitements en cours, ont augmenté sensiblement son état de fatigue et il a eu une perte de poids d'au moins 5 kg depuis le début de l'année"* (dossier OAI, p. 1325). De même, dans un rapport du 20 avril 2018, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, atteste que l'état de son patient s'est aggravé, suite à une rupture de la coiffe de l'épaule droite survenue en juin 2017 et un syndrome de Raynaud symptomatique présent depuis l'été 2017: il estime que seules des tâches légères et protégées des intempéries peuvent être réalisées par son patient quatre à six heures par jour, en tenant compte d'une diminution du rendement (dossier OAI, p. 1172; cf. ég. p. 1178, 1279 et 1300). Pour sa part, le Dr F._____, spécialiste en neurologie, estime l'état de son patient inchangé sur le plan neurologique mais attire expressément l'attention sur le fait qu'il faut prendre en *"considération aussi les autres pathologies"* (dossier OAI, p. 1144; cf. ég. p. 1148, 1150, 1152, 1160, 1174 et 1176).

D'autres médecins confirment l'existence de nouvelles atteintes depuis la précédente décision, bien que n'examinant pas leur incidence sur la capacité de travail. Le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, constate que le *"bilan par IRM du 06.07.2017 avec comparaison du 04.03.2015 montre une accentuation de la tendinopathie"*, admettant néanmoins qu'il n'y a pas de véritable péjoration en ce qui concerne la trophicité musculaire (dossier OAI, p. 1171). Pour sa part, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retient l'existence d'une rupture transfixiante du tendon, proposant une réparation arthroscopique (dossier OAI, p. 1169). Quant à la Dre O._____, spécialiste en médecine interne générale et en angiologie, celle-ci retient le diagnostic de *"syndrome de Raynaud récidivant à la main gauche évoluant depuis une année, prédominant à l'auriculaire gauche sur probable effet secondaire de Ritaline"* (dossier OAI, p. 1172).

Ainsi, il apparaît que les réflexions de C._____ ne sont pas confirmées par les pièces médicales, lesquelles attestent au contraire d'un état de santé allant globalement vers une péjoration.

7.3. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il apparaît qu'il existe une contradiction importante entre l'étendue des empêchements retenus par l'enquêteur et les constatations d'ordre médical.

Dans ce contexte, la Cour n'est pas en mesure de statuer sur la question litigieuse, de sorte que le dossier doit être renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire, charge à ce dernier de diligenter les mesures d'instruction médicales nécessaires à clarifier l'état de fait, puis de rendre une nouvelle décision.

8.

Le recours doit dès lors être admis, la décision contestée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

Compte tenu de l'issue du litige, il convient d'astreindre l'autorité intimée qui succombe au paiement des frais de procédure de CHF 800.-. L'avance de frais effectuée par le recourant, à raison de CHF 800.-, lui est restituée.

Pour le même motif, le recourant a droit à une équitable indemnité de partie. Le 20 octobre 2020, son mandataire a transmis sa liste de frais, d'un montant total de CHF 2'572.75, à savoir CHF 2'275.- au titre d'honoraires (9.10 heures à CHF 250.-), CHF 113.80 au titre de frais de port et copies (calculés forfaitairement à 5%) et CHF 183.95 au titre de la TVA (7.7%).

Toutefois, la liste de frais produite n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12). En effet, les frais sont calculés de manière forfaitaire alors que cette méthode n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017; cf. ég. art. 11 al. 2 Tarif JA; art. 68 du règlement cantonal du 30 novembre 2010 sur la justice [RJ; RSF 130.11]). En outre, le représentant est avocat auprès d'une organisation d'utilité publique. Les honoraires sont dès lors indemnisés au tarif horaire de CHF 130.- (cf. arrêt TF 9C_688/2009 du 19 novembre 2009 *in* SVR 2010 IV no 27 83).

Partant, l'indemnité de partie est fixée à un montant total de CHF 1'327.95, à savoir CHF 1'183.- (9.10 heures à CHF 130.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 94.95 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision contestée est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

II. L'autorité intimée est astreinte au paiement des frais de procédure de CHF 800.-.

III. L'avance de frais effectuée par le recourant, à raison de CHF 800.-, lui est restituée.

IV. L'indemnité de partie allouée au recourant est fixée à CHF 1'327.95, dont CHF 94.95 au titre de la TVA (7.7%), à charge de l'autorité intimée.

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 18 novembre 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :