

FR_GERICHTE 608 2014 129 vom 27. April 2016

FR Kantonsgericht, 2016-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_129

FR: FR_GERICHTE 608 2014 129 du 27 avril 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2014 129 del 27 aprile 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 18

juin 1987, il a déposé une demande de reclassement auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après OAI) suite à des allergies cutanées et respiratoires aux solvants. Il a ensuite trouvé un travail de jardinier et le dossier a été clos le 24 mai 1989. L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations le 30 juillet 2001 sous forme d'une rééducation dans la même profession, en raison de divers problèmes au côté gauche de son corps (boitements, problèmes au genou, gêne persistante dans la jambe entière). Un degré d'invalidité de 50 % lui a été reconnu dès le 17 avril 2002 par décision du 29 juillet 2003. Son droit à la demi- rente a été maintenu par décision du 13 juillet 2007. Le 4 mars 2010, il a déposé une demande de révision pour des problèmes d'avant-bras, de bras et coude droits, d'arthrose et d'inflammations, de dégradation de l'appareil locomoteur, d'acouphènes et de problèmes aux genoux et à la hanche. Par décision du 29 juillet 2011, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 60 % et lui a octroyé trois-quarts de rente dès le 1er mars 2011. B. Le 21 novembre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations pour des troubles aux articulations, aux artères et au dos, ainsi que pour de l'arthrose. Par décision du 24 juin 2014, l'OAI a refusé d'augmenter la rente au motif que son état de santé était globalement inchangé, que l'exigibilité retenue le 29 juillet 2011 restait la même et qu'il était toujours en mesure d'exercer une activité adaptée à 50 % sans diminution de rendement. C. Le 15 juillet 2014, A. _____, représenté par Me Hervé Bovet, avocat, interjette recours contre cette décision. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière dès le 1er novembre 2012 et subsidiairement à ce qu'une expertise médicale devant se prononcer sur sa capacité de travail actuelle dans une activité adaptée soit ordonnée. A l'appui de ses conclusions, il relève que l'OAI aurait dû instruire la question d'une éventuelle modification de la capacité de travail puisqu'aucun diagnostic n'avait été posé sur celle-ci. Cela aurait permis de constater qu'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée ne peut plus être retenue. Il estime de plus que l'OAI ne se réfère pas à un avis médical remplissant les conditions de fond et de forme d'une expertise et qu'il aurait dû vérifier si les affections s'étaient péjorées même si leur nature était la même que celle ayant provoqué son incapacité de travail initiale. Le 27 août 2014, le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 6 octobre 2014, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Elle allègue que le recours à un expert n'était pas nécessaire et que le médecin de son Service médical régional (ci-après SMR), dont la valeur probante du rapport n'est pas à être remise en cause, s'est clairement expliqué sur les constatations du médecin traitant. Dans ses contre-observations du 16

janvier 2015, le recourant relève que les médecins des SMR émettent des avis subjectifs défavorables aux assurés et que l'avis du médecin du SMR ne résiste pas à l'analyse faite par les autres médecins qui sont intervenus. Le 23 février 2015, l'OAI maintient sa position. Le 15 juillet 2015, la Caisse de prévoyance du personnel de la Ville de Fribourg, en sa qualité de fonds de prévoyance intéressé auquel la décision attaquée a été notifiée, a été appelée en cause.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 Le 20 août 2015, elle précise qu'il a été mis fin aux rapports de service par l'employeur après 720 jours d'absence pour raison de santé et que le recourant a été mis au bénéfice d'une retraite à raison de 25 % dès la fin desdits rapports de service, en complément de sa rente d'invalidité. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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, 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. 16 LPGA dispose que, 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, 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). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 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 a besoin de documents que le médecin,

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). b) 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 RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêt 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). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 Un rapport du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]). 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 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 p. 352), 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 (cf. arrêt TF I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (arrêt TF 9C_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 3). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 d) Selon le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision de la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. 3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière au lieu de trois-quarts de rente. Partant, il sied de vérifier si son état de santé s'est ou non modifié depuis la dernière décision entrée en force au point de devoir entraîner une

augmentation de sa perte de gain. a) Lorsque la dernière décision du 29 juillet 2011 est entrée en force, son état de santé était le suivant. Le Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, le Dr C. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, la Dresse D. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et la Dresse E. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin du SMR, s'accordent pour retenir divers troubles physiques qui empêchent le recourant de travailler comme jardinier. Ainsi, sont attestés un syndrome lombo-spondylogène chronique et une coxarthrose avec status après luxation chirurgicale (Dr B. _____ 18 mars 2010 et 20 janvier 2011, SMR 4 mai 2010), un status après ostéotomie de valgisation au genou gauche (Dr B. _____ 18 mars 2010, SMR 4 mai 2010) ainsi qu'une gonarthrose (SMR 4 mai 2010, Dr B. _____ 20 janvier 2011). Le 4 mai 2010, le médecin du SMR prend en compte également une fracture distale du radius disloquée à droite. La Dresse D. _____ diagnostique en outre une polyarthrose, une périarthrite de l'épaule gauche et une épicondylite chronique à gauche (22 mars 2010). Le Dr C. _____ indique quant à lui que 4 ans après une réarthroscopie du genou gauche et ostéotomie de valgisation de soustraction externe, et 4,5 ans après une luxation chirurgicale de la hanche gauche, l'évolution est progressivement favorable. Il atteste d'une amélioration progressive de la hanche gauche durant les dernières années, l'absence de douleur significative au genou gauche et de légères douleurs au genou droit. Le Dr B. _____ et la Dresse D. _____ se sont également prononcés sur les limitations fonctionnelles, le médecin du SMR renvoyant à leurs rapports. Il ressort de ceux du 20 janvier 2011 et du 21 janvier 2011 que la marche en terrain irrégulier, la position accroupie ou à genoux, monter une échelle ou un échafaudage ne sont pas possibles. Sont limitées les activités assises (Dr B. _____ 1-2h/j; Dresse D. _____ 1h de suite), les activités debout (Dr B. _____ 1-2h/j; Dresse D. _____ 3-4h), la marche avec un périmètre de 500m selon le Dr B. _____ et une heure à plat selon la Dresse D. _____. Enfin, une activité dans différentes positions et se baisser restent possibles. Les deux médecins ne s'accordent pas sur le fait de se pencher (pas possible selon le Dr B. _____, possible suivant les périodes selon sa consœur) et de soulever et porter des charges (possible jusqu'à 10 kg selon le Dr B. _____ et pas possible selon la Dresse D. _____). La Dresse D. _____ pose également le diagnostic psychiatrique de syndrome dépressif récurrent (rapport du 22 mars 2010), repris par le médecin du SMR le 4 mai 2010. S'agissant de la capacité de travail, le Dr B. _____ se prononce le 18 mars 2010 en retenant que l'activité est exigible à 50 %, tant dans son métier actuel avec un rendement réduit en cas de crises douloureuses que dans une activité légère tenant compte des limitations fonctionnelles. Le

E. 20

janvier 2011, il modifie son appréciation en ce sens qu'une autre activité n'est pas exigible. La

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 Dresse D. _____ retient une capacité de travail de 50 % comme jardinier, le travail étant trop dur en raison de la polyarthrose (rapport du 22 mars 2010, confirmé le 21 janvier 2011). Quant au médecin du SMR, il atteste d'une activité adaptée à 50 % (4 mars 2011). L'autorité intimée a ainsi retenu que, compte tenu des atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles retenues, une activité adaptée à 50 % dans l'industrie légère ou les services était exigible de la part de l'assuré. b) Après la décision du 29 juillet 2011, le recourant se plaint essentiellement de troubles vasculaires, tandis que les troubles initiaux, toujours présents, passent en second plan. Il n'est par

ailleurs plus posé de diagnostic psychiatrique ni celui d'épicondylite. En effet, le Dr C._____ indique dans son rapport du 22 octobre 2012, après 14 ans post- arthroscopie du genou droit, une méniscectomie partielle interne et externe avec évolution favorable, et 13 ans post-arthroscopie du genou gauche, une méniscectomie partielle interne et externe et chondrabrasion anatomique condyle fémoral interne puis en octobre 2000 réarthroscopie et ostéotomie de valgisation de soustraction externe, avoir une attitude expectative concernant les différents problèmes orthopédiques. Il lui semble que le problème vasculaire prédomine. La Dresse D._____ atteste le 29 janvier 2014 d'une aggravation progressive en fonction de l'évolution de l'arthrose ainsi que, depuis l'été 2011, d'une insuffisance artérielle aiguë du membre inférieur gauche. Le 14 avril 2014, elle reprend les diagnostics posés précédemment, à savoir une polyarthrose touchant en particulier les genoux des deux côtés, un status après méniscectomie à droite, un status après méniscectomie et ostéotomie de valgisation à gauche, une coxarthrose bilatérale et une arthrose diffuse cervico-dorso-lombaire et y ajoute l'insuffisance artérielle à la jambe gauche. Les troubles vasculaires consistent en une insuffisance artérielle de stade IIa à gauche. Le Dr F._____, spécialiste FMH en angiologie et médecine interne générale, diagnostique dans ses rapports du 28 novembre 2012 et du 11 avril 2013 cette insuffisance artérielle de stade IIa avec status après angioplastie périphérique de l'artère fémorale superficielle à gauche le 4 avril 2012, status après angioplastie périphérique de l'artère fémorale superficielle avec aspiration du matériel thrombotique et introduction d'un stent à gauche le 14 juillet 2011, status après angioplastie périphérique de l'artère fémorale superficielle avec thrombolyse à gauche le 30 juin 2011, et actuellement longue obstruction de récidence dans toute l'artère fémorale superficielle depuis son origine jusqu'au niveau du canal adducteur. Le 28 novembre 2012, il relève que l'assuré constate tout de même une discrète amélioration de sa distance de marche et une diminution des douleurs au niveau des mollets à l'effort. Il précise également que le recourant développe un circuit de collatérales par l'artère fémorale profonde à l'effort et qu'une nouvelle intervention n'est pour l'instant pas justifiée. Le 11 avril 2013, il indique que l'assuré constate encore une amélioration de la distance et une diminution des douleurs à l'effort au niveau du mollet. Il constate une discrète tendance d'amélioration de la perfusion artérielle à l'examen clinique, donc un développement efficace des collatérales, et l'encourage à intensifier son entraînement de marche. Enfin, le 17 décembre 2013, il atteste que l'état de santé est stationnaire et qu'il existe un potentiel de réinsertion. Le 29 avril 2013, le Dr G._____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin du SMR, retient une aggravation depuis juin 2011 en raison de l'insuffisance artérielle de stade IIa à gauche. Les limitations fonctionnelles sont listées par la seule Dresse D._____, qui reprend presque sans changement celles de janvier 2011, à savoir que le recourant doit alterner les positions

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 assise/debout, marcher au maximum 500m, ne pas se mettre à genoux, ne pas incliner le buste, pas s'accroupir, ne pas utiliser l'épaule gauche, ne pas lever ou porter de charges, ne pas se baisser, ne pas mouvoir ses membres ou le dos, ne pas avoir d'horaires irréguliers, ne pas travailler en hauteur ou sur une échelle et ne pas se déplacer sur un sol irrégulier ou en pente (rapports du 9 décembre 2013 et du 14 avril 2014). En avril 2014, elle ajoute qu'il n'a pas montré les capacités cognitives et la vivacité d'esprit nécessaires pour travailler de manière efficace sur un ordinateur. Quant à la capacité résiduelle de travail, ni le Dr C._____ ni le Dr F._____ ne se déterminent à ce sujet. La Dresse D._____ estime dès le 21 janvier 2014 que toute activité n'est plus exigible: l'activité actuelle ne l'est plus parce que la capacité résiduelle est extrêmement fluctuante en

fonction des jours, et une autre activité ne l'est pas non plus car le recourant est très limité dans les capacités de mouvement et d'efforts physiques, elles aussi variables en fonction des jours. Dans son courrier du 14 avril 2014, elle se pose également la question du type de travail qui serait possible. Quant au médecin du SMR, il indique le 29 avril 2013, le 24 mars 2014 et le 13 juin 2014 que la capacité de travail reste de 50 % dans toute activité, l'insuffisance artérielle de stade IIa correspondant à une claudication intermittente apparaissant à une distance de marche supérieure à 200m, ce que respecte le périmètre de marche déjà limité à quelques centaines de mètres. Il estime également qu'une incapacité totale de travail n'est pas médicalement justifiable et que les difficultés à trouver un poste ne remettent pas en cause l'exigibilité médicale. Le recourant estime que les rapports du SMR n'ont pas valeur d'expertise. Cela ne leur enlève toutefois pas toute valeur probante. En effet, le médecin du SMR a discuté de tous les points litigieux soulevés par la Dresse D. _____ et a vérifié si une aggravation s'était produite. S'il n'a pas détaillé son argumentation, on peut la déduire de la comparaison des diagnostics et limites fonctionnelles posés dans les rapports figurant au dossier avant et après la décision du 29 juillet 2011, en particulier ceux de la Dresse D. _____. Or, les limitations fonctionnelles retenues ne démontrent pas d'aggravation. En conséquence, à défaut d'aggravation, la capacité de travail ne peut s'être réduite. Par ailleurs, le rapport du médecin du SMR a pour fonction de synthétiser les renseignements médicaux versés au dossier et d'évaluer les conditions médicales du droit aux prestations, de sorte qu'il n'a pas à faire des investigations s'il ne les estime pas nécessaires. Ainsi, les rapports du médecin du SMR sont convaincants et ne sauraient être dénués de toute valeur probante. Il convient par conséquent de constater que le seul nouveau diagnostic posé est l'insuffisance artérielle de stade IIa à gauche et que les autres diagnostics et limitations fonctionnelles sont les mêmes qu'au moment de la décision du 29 juillet 2011. Par ailleurs, des fluctuations de l'état de santé du recourant étaient déjà présentes auparavant (Dr B. _____, rapport du 18 mars 2010). L'influence de l'insuffisance artérielle sur la capacité de travail est quant à elle clairement expliquée par le médecin du SMR qui indique que le stade IIa implique une claudication à partir d'une distance de marche supérieure à 200m, ce que respecte la limitation de la distance de marche attestée par la Dresse D. _____ (rapports du 29 janvier 2013 et du 14 avril 2014, quelques centaines de mètres). Quant à l'absence de capacité de travailler avec un ordinateur, on ignore sur quels éléments la Dresse D. _____ s'est appuyée, de sorte qu'il n'en sera pas tenu compte. On ne peut pas s'empêcher de relever qu'il existe nombre d'autres activités compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré et qui n'impliquent pas de travail sur ordinateur. Enfin, si l'on peut comprendre le souci de la précitée quant aux chances du recourant de retrouver un travail, ces dernières n'ont pas à entrer en ligne de compte dans l'examen médical de l'évolution de ses atteintes à la santé.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Il résulte de ce qui précède que, si l'état de santé du recourant s'est aggravé par la survenance d'une insuffisance artérielle de stade IIa, cette aggravation n'est pas de nature à influencer sa capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles. c) Deux rapports médicaux figurent encore au dossier, celui du 14 juillet 2014 de la Dresse D. _____ et celui du 13 décembre 2014 de la Dresse H. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, rhumatologie et médecine interne générale. La Cour constate que ces rapports ont été établis postérieurement à la décision attaquée et qu'ils ne contiennent aucun élément susceptible de remettre en cause ce qui précède. En effet, la Dresse D. _____ reprend l'historique médical, et notamment son rapport du 9 décembre 2013, certes de manière plus

détaillée, mais sans ajouter d'éléments nouveaux. Quant au rapport de la Dresse H. _____, il reprend les diagnostics précédemment posés, pour certains sur la base d'examens effectués en décembre 2014. Elle y ajoute cependant celui de dépression aiguë et indique que le recourant a fait une tentative de suicide début décembre 2014 ayant entraîné son hospitalisation en milieu psychiatrique. S'agissant d'un trouble et d'un nouveau diagnostic postérieurs à la décision attaquée, il n'en sera pas tenu compte dans la présente procédure. Il y a toutefois lieu de transmettre le recours à l'OAI comme demande de révision, objet de sa compétence. d) Les reproches du recourant sont dès lors mal fondés et il n'y a pas lieu de s'écarter des rapports médicaux figurant au dossier. Dans de telles circonstances, on ne voit pas ce qu'une instruction complémentaire apporterait de plus, de sorte qu'une nouvelle expertise destinée à établir sa capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas nécessaire, s'agissant des faits ici déterminants. Au vu de ce qui précède, la Cour constate que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé à la date de la décision litigieuse au point d'influer sur la capacité résiduelle de travail. Partant, une activité adaptée à 50 % reste exigible et le recourant n'a pas droit à une rente entière. 4. Partant, sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le 27 août 2014. L'assuré ayant succombé, il n'a pas droit à des dépens.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 27 août 2014. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV.

Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 27 avril 2016/cso Le Président La Greffière-rapporteure

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