

FR_GERICHTE 608 2017 21 vom 19. April 2018

FR Kantonsgericht, 2018-04-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_21

FR: FR_GERICHTE 608 2017 21 du 19 avril 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 21 del 19 aprile 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 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.

E. 2

novembre 2016 et les références citées). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

E. 2.2

D'après une jurisprudence constante, 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). L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 (art. 28 al. 2 LAI).

E. 2.3

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). Le Tribunal fédéral a récemment considéré que, dans la mesure où les difficultés d'objectivation et de preuve sont communes à toutes les affections psychiques, l'exigence d'un catalogue des indicateurs posée par l'ATF 141 V 281 pour les syndromes douloureux somatoformes persistants doit être étendue à toutes les affections d'ordre psychique (arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.1.2). Par ailleurs, les dépressions légères à moyennes récurrentes ou épisodiques, qui étaient systématiquement qualifiées de non invalidantes à moins d'être résistantes aux traitements, ne sont plus considérées de manière si absolue; la résistance aux traitements doit davantage être prise en considération dans le cadre de l'appréciation globale des preuves en tant qu'indice (arrêt précité consid. 4.2.2 et 4.4). Il peut toutefois être renoncé à un examen par un catalogue des indicateurs structuré lorsqu'un tel examen n'apparaît pas nécessaire ou

adéquat. Il en va notamment ainsi, lorsque des rapports médicaux motivés de manière compréhensible

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 excluent une incapacité de travail et que la pertinence des éventuels avis contradictoires peut être niée en raison d'un défaut de spécialisation médicale de leurs auteurs ou pour un autre motif (cf. arrêt TF 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1.1). Un examen par un catalogue des indicateurs structuré ne sera en particulier pas nécessaire, lorsque sur la base des pièces médicales existantes, une dépression légère apparaît probable au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle ne peut être considérée comme chronifiée et qu'elle n'est pas accompagnée d'une comorbidité (arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.3 et les références citées).

E. 2.4

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées).

E. 2.5

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'invalidité, 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 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). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence citée). En outre, le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblables qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances dans ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, tels que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (arrêt TF U 87/05 du 13 septembre 2005, in RAMA 2006 no U 568 p. 67 consid. 2). Pour sa part, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p.

328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité,

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1; arrêts TF 9C_118/2015 du 9 juillet 2015 consid. 4.3; 9C_153/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1; 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2; 9C_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4; I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références citées). Dans la pratique, le Tribunal fédéral pose des conditions exigeantes et il faut que les obstacles soient importants pour que l'on admette que la capacité résiduelle de travail d'une personne d'un certain âge ne peut plus être mise en valeur et que l'on conclue que ses chances d'être engagée sur un marché du travail considéré de par la loi comme équilibré ne sont plus intactes (arrêt TF 8C_96/2012 du 9 mai 2012 consid. 7). Le moment déterminant pour juger de l'utilisation de la capacité résiduelle de travail correspond au moment auquel il a été constaté avec le degré de la vraisemblance prépondérante que l'exercice (partiel) d'une activité était exigible d'un point de vue médical (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4; arrêt TF 8C_449/2016 du

E. 2.6

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande et la rejette au fond, un recours contre cette décision doit être examinée au regard des conditions de la révision du droit à la rente (art. 17 LPGA), applicables par analogie à

l'examen des conditions matérielles d'une nouvelle demande (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). Lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente d'invalidité reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (cf. ATF 140 V 2 consid. 5.3 et arrêt TF 9C_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 6); ainsi, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI), et la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). 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 citées; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision ; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits. 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2). 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 et 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15

E. 3.1

Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité du recourant, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de gain. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente avec son état de santé au moment de la décision de révision portée céans, ce qui relève d'une

appréciation médicale de sa situation.

E. 3.1.1

Initialement, par décision du 17 novembre 2014, l'autorité intimée a refusé au recourant l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, motif pris qu'il n'avait présenté qu'une incapacité de travail du 6 au 25 novembre 2012 et avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle depuis lors. Le 30 octobre 2012, il s'était blessé au bras droit en remontant à mains nues à l'aide d'une corde un bidon rempli de béton et une rupture du tendon du long biceps avait alors été diagnostiquée (cf. dossier AI pces p. 173 à 179, 181, 196 à 199, 204, 207 à 210, 215, 222 à 224, 300).

E. 3.1.2

Suite à la nouvelle demande du recourant, les pièces suivantes ont été déposées au dossier: - Le rapport de coronarographie du 21 août 2015 du Dr H._____, médecin spécialiste en cardiologie, qui a noté une fraction d'éjection globale de 50% (dossier AI pce p. 120 s.). - Le rapport de sortie du 21 août 2015 du Dr I._____, médecin spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, du Service des soins intensifs de F._____, de D._____, qui a fait état d'une hospitalisation du 20 au 21 août 2015 en raison d'un infarctus du myocarde sans élévation du segment ST sub-aigu avec œdème aigu du poumon le 20 août 2015 (dossier AI pce p. 117 à 119). - Le protocole opératoire et le rapport médical des respectivement 31 août et 15 septembre 2015 du Dr J._____, médecin spécialiste en chirurgie cardio-vasculaire, du Service de chirurgie cardiovasculaire de E._____, qui a fait état d'une hospitalisation du 21 août au 1er septembre 2015 pour une maladie tritonculaire. Il a effectué un triple pontage coronarien le 24 août 2015, qui s'est déroulé sans complications, avec une évolution favorable (dossier AI pce p. 122 à 130). - La lettre de sortie du 6 octobre 2015 de la Dresse K._____, médecin spécialiste en cardiologie, du Service de réadaptation cardiovasculaire de F._____, de L._____, qui a mentionné une évolution favorable avec un post-opératoire sans particularité, le patient étant resté asymptomatique durant toute la durée de la réadaptation (dossier AI pce p. 131 à 135). - Le rapport médical du 29 septembre 2015 du Dr H._____, qui a noté que « l'évolution est actuellement favorable depuis sa revascularisation chirurgicale, le patient est pratiquement asymptomatique. [...] Par contre, il ne peut pas reprendre son activité professionnelle étant donné les efforts importants qu'il doit fournir dans cette activité. Une demande AI doit être faite dans les plus brefs délais » (dossier AI pce p. 136). - Les rapports médicaux des 23 novembre et 16 décembre 2015 de la Dresse M._____, médecin spécialiste en médecine interne générale, qui a estimé que son patient était totalement incapable d'exercer son activité habituelle depuis le 20 août 2015. Elle a toutefois considéré qu'il pouvait exercer une activité de substitution adaptée, à savoir une activité au calme, sans stress, sans froid et uniquement en position assise ou en rotation en positions assise et debout. Elle a

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 noté que ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées (dossier AI pces p. 111 à 116). - Le rapport médical du 8 janvier 2016 de la Dresse N._____, médecin spécialiste en chirurgie cardio-vasculaire, qui a fait état d'une hospitalisation du 21 août au 1er septembre 2015 et retenu le diagnostic de maladie coronarienne tritonculaire avec infarctus du myocarde sans élévation du segment ST le 20 août 2015 (dossier AI pce p. 107 s.). - La lettre de sortie du 26 février 2016 du Dr O._____, médecin spécialiste en chirurgie, qui

a fait état d'une hospitalisation du 22 au 25 février 2016 pour des douleurs abdominales. Il a retenu, comme diagnostic principal, une cholécystite aiguë, et, comme diagnostic supplémentaire, une dermo-hypodermite du membre inférieur droit au décours sous Co-Amoxiciline (depuis le 16 février 2016). Il a noté les comorbidités suivantes: Artériopathie périphérique; AOMI stade IIa selon Leriche et Fontaine; sténose à 50-60% de la carotide interne droite; hémochromatose hétérozygote H63D; cirrhose hépatique CHILD-Pugh A (5 points le 19 février 2015) d'origine probablement alcoolique; suspicion d'une lésion de type IPMN à la jonction tête pancréatique et processus-uncinatus: infirmée à l'IRM; psoriasis (bordereau de pièces du recourant n° 3). - La prise de position du 7 mars 2016 du Dr P. _____, médecin spécialiste en médecine interne générale, du SMR, qui a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail durable depuis le 20 août 2015. Le médecin a toutefois estimé qu'une activité sans port de charges de plus de 10 kg, avec alternance des positions debout-assis, sans exposition au froid et aux poussières et sans travaux en hauteur, sur un échafaudage ou une échelle était médicalement exigible, à plein temps et sans diminution de rendement, à compter de sa sortie de l'Hôpital de L. _____ le 22 septembre 2015 (dossier AI pce p. 102 s.). - Le rapport médical du 15 avril 2016 du Dr H. _____, qui a estimé que son patient allait « tout à fait bien sur le plan cardiaque. Il n'a pas de dyspnée, ne se plaint pas d'angor. [...] Le test effort est tout à fait rassurant puisqu'il est négatif aussi bien cliniquement qu'électriquement. Il se plaint par contre de douleurs au niveau des membres inférieurs et j'ai noté la présence de souffles fémoraux qui font suspecter une artériopathie des membres inférieurs » (bordereau de pièces du recourant n° 4). - Les rapports médicaux des 19 mai et 2 juin 2016 du Dr Q. _____, médecin spécialiste en angiologie et médecine interne générale, qui a estimé que son patient était en bon état général mais qu'il « souffre d'une artériopathie de stade IIb passablement invalidante sur des lésions importantes au niveau de l'artère iliaque externe et du début de l'artère fémorale commune des deux côtés. A droite, je constate aussi une sténose de l'artère fémorale superficielle proximale. L'ensemble de ces lésions expliquent clairement la symptomatologie qui est assez typique d'une claudication artérielle » (bordereau de pièces du recourant n° 5 s.). - Le rapport médical du 8 juin 2016 du Dr R. _____, médecin spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, qui a exposé que l'assuré présentait certes une claudication de stade IIb, mais que sur le plan pratique il n'était gêné qu'en montée (bordereau de pièces du recourant n° 7). - Les rapports médicaux du 28 juin 2016 du Dr H. _____, qui a, d'une part, retenu que l'état de santé de l'assuré s'était bien amélioré sur le plan cardiaque, dans le sens où il est asymptomatique depuis sa revascularisation chirurgicale, mais qu'il présentait une claudication intermittente de stade IIb. Il a, d'autre part, considéré que « au vu de la dégradation de sa situation, je ne pense Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 pas que la reprise d'une activité professionnelle puisse être envisagée chez ce patient, en sachant que même après une intervention de revascularisation des membres inférieurs, une claudication devrait persister et quelque effort que ce soit ne pourra lui être imposé » (dossier AI pce p. 77 et bordereau de pièces du recourant n° 8 s.). - Les rapports de consultation des chefs de clinique des 8 et 29 juillet 2016 du Dr S. _____, médecin spécialiste en chirurgie, qui a fait état d'une évolution favorable suite à la cholécystite aiguë traitée conservativement avec actuellement une disparition des douleurs. Il a toutefois noté que l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs lui causait régulièrement des douleurs avant tout à la marche (bordereau de pièces du recourant n° 10 s.). - Le rapport médical du 27 juillet 2016 de la Dresse M. _____, qui a conclu à une incapacité de travail totale de son patient, dans toute activité et même dans

une activité dans la production industrielle légère, sans possibilité d'amélioration, depuis le 20 août 2015 (dossier AI pce p. 64 à 67, 71 à 76). - La prise de position du 31 août 2016 du Dr P. _____, médecin spécialiste en médecine interne générale, du SMR, qui a pris position sur le précédent rapport de la manière suivante: « Le Dr M. _____ confirme dans son rapport du 27.07.2016 la maladie tritronculaire connue de l'assuré ainsi que sa fraction d'éjection globale résiduelle de 50%. Il atteste également l'existence d'une maladie obstructive artérielle des membres inférieurs de stade II, soit susceptible de provoquer une ischémie musculaire à l'effort, avec claudication intermittente à la marche. Toutefois, à ce stade, le débit sanguin artériel au repos est suffisant et n'est pas susceptible d'entraver une activité professionnelle sédentaire légère, sans efforts physiques importants et sans déplacements sur terrain inégal ou en pente ou de longue durée sur terrain plat. La problématique alcoolique évoquée par le Dr M. _____ n'est pas consécutive à une pathologie psychiatrique connue de l'assuré et le stade de cirrhose relevé n'est pas susceptible d'entraîner une encéphalopathie toxique sur insuffisance hépatique pouvant être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. Cette problématique alcoolique ne peut donc pas être considérée comme ayant valeur d'atteinte à la santé au sens de la LAI et avoir une influence sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée ». Le médecin confirme ainsi sa précédente appréciation quant à l'exigibilité médico-théorique (dossier AI pce p. 69). - Les rapports médicaux des 24 août et 27 octobre 2016 du Dr T. _____, médecin spécialiste en chirurgie, qui a noté des douleurs à la marche à plat après environ 200 à 500 mètres et estimé que l'indication à une endartériectomie fémorale ddc était clairement donnée (bordereau de pièces du recourant n° 12 et 14). - La lettre de sortie du 23 novembre 2016 du Dr U. _____, médecin spécialiste en chirurgie, qui a fait état d'une hospitalisation du 15 au 22 novembre 2016 pour une claudication intermittente des 2 membres inférieurs. Il a mentionné que l'intervention, la thrombendarterectomie fémorale bilatérale avec plastie d'élargissement, et les suites opératoires se sont déroulées sans complication (dossier AI pce p. 60 s.). - Divers certificats médicaux attestant de l'incapacité de travail du recourant (dossier AI pces p. 149 à 151). La documentation médicale suivante a été produite par le recourant dans le cadre de la présente procédure de recours:

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 - Le rapport médical du 21 décembre 2016 du Dr V. _____, médecin spécialiste en cardiologie, qui a noté que l'assuré « va bien un mois après un pontage aorto-bifémoral effectué par le Dr T. _____. Il se plaint uniquement d'une grande fatigue lors du travail associée à des douleurs au niveau du dos qui font que son travail en tant que jardinier-paysagiste ne peut plus se faire ». Il a estimé qu'une nouvelle demande AI devait être formulée à la lumière de la nouvelle intervention vasculaire (bordereau de pièces du recourant n° 16). - Le rapport de la coronographie et de l'angioplastie effectuées le 26 juillet 2017 à F. _____. - Le rapport médical du 16 août 2017 de la Dresse W. _____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a exposé que « [l'assuré] présente un état dépressif récurrent pour lequel j'avais déjà suivi le patient en 2012 [...] Dans cette problématique psycho-organique cognitive: troubles de la mémoire, troubles de concentration et actuellement une aggravation de l'état dépressif, c'est-à-dire l'épisode actuel qu'il présente sur le plan dépressif estimé comme sévère [...] Il n'est plus possible d'exercer une activité physique dans le domaine de sa profession, c'est-à-dire la construction et autres en tant qu'ouvrier manuel, et pas non plus dans un autre domaine vu toutes les difficultés cognitives et psycho-affectives qu'il présente actuellement ».

E. 3.1.3

En l'espèce, le recourant a, en septembre 2015, déposé une nouvelle demande en raison d'un problème cardiaque. Il ressort toutefois du dossier AI qu'il présentait en 2015 une fraction d'éjection de 50%, valeur considérée comme normale, et que le triple pontage coronarien effectué le 24 août 2015 s'était déroulé sans complications et avait évolué favorablement. Les médecins traitants de l'assuré, les Drs H. _____ et M. _____, et le médecin du SMR, le Dr P. _____, étaient alors d'accord pour dire que si son activité habituelle d'aide-paysagiste était contre-indiquée, il pouvait, à compter de sa sortie de l'Hôpital de L. _____ le 22 septembre 2015, exercer à plein temps et sans diminution de rendement une activité de substitution adaptée à son état de santé. Le bon état de santé de l'assuré au plan cardiologique a ensuite été confirmé à plusieurs reprises, par les Drs H. _____, Q. _____ et V. _____. Dans son rapport médical du 27 juillet 2016, la Dresse M. _____ a toutefois, en se référant à l'affection cardiaque présentée par l'assuré – insuffisance cardiaque (dyspnée, angor) à l'effort –, conclu à une incapacité de travail totale de son patient, dans toute activité et même dans une activité dans la production industrielle légère, sans possibilité d'amélioration, depuis le 20 août 2015. Ce faisant, elle a explicitement contredit ses premières conclusions, sans pour autant en expliciter les motifs. Cette dernière appréciation médicale de la généraliste (sur les spécialisations des médecins, cf. l'arrêt TF 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 et les références citées), médecin traitant de l'assuré (à l'égard des médecins traitant, cf. supra consid. 2.4.), ne saurait dès lors être préférée à celle des spécialistes en cardiologie et du médecin du SMR sollicités. En ce qui concerne l'artériopathie des membres inférieurs, même si elle a été jugée passablement invalidante par le Dr Q. _____, force est de constater qu'elle n'entraîne qu'une claudication intermittente à la marche, n'empêchant manifestement pas l'exercice d'une activité légère et adaptée. Dans son rapport médical du 8 juin 2016, le Dr R. _____, médecin spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, a même noté que sur le plan pratique l'assuré n'était gêné qu'en montée. En outre, dans ses rapports médicaux des 24 août et 27 octobre 2016, le Dr T. _____ a considéré que le recourant ne présentait des douleurs à la marche à plat qu'après environ 200 à 500 mètres. Quant au Dr P. _____, du SMR, il a expressément souligné que le débit sanguin artériel au repos était suffisant et n'était pas susceptible d'entraver une activité professionnelle sédentaire légère.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 S'agissant de la cholécystite, le Dr S. _____ a noté qu'elle avait été traitée conservativement, qu'elle avait connu une évolution favorable et que les douleurs avaient disparu. Quant à la problématique alcoolique, elle n'a été jugée invalidante par aucun des médecins sollicités. S'agissant de la cirrhose en effet, la Dresse M. _____ l'a cataloguée dans les diagnostics sans effet sur la capacité de travail et le Dr P. _____, du SMR, a exposé que son stade n'était pas susceptible d'entraîner une encéphalopathie toxique sur insuffisance hépatique pouvant être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. Enfin, au plan psychique, s'il ressort effectivement du rapport médical du 16 août 2017 de la Dresse W. _____ qu'elle a suivi l'assuré en 2012 déjà, rien au dossier ne laisse penser que les affectations diagnostiquées par la psychiatre étaient invalidantes dès avant la date dudit rapport et encore moins qu'elles l'aient été une année durant sans interruption notable avant la date de la décision attaquée, à savoir le 9 janvier 2017 (cf. à cet égard l'art. 28 al. 1 let. b LAI). Tout au contraire, dans ses rapports de fin 2015, la Dresse M. _____ a expressément noté que les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées. Eu égard à ce qui précède, l'existence d'une atteinte à la santé psychique invalidante peut être niée au jour de la décision attaquée,

sans qu'un examen par un catalogue des indicateurs structuré ne soit nécessaire (cf. arrêt TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.3). Cependant, si l'aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré devait se maintenir durablement, elle devra être traitée dans le cadre de l'examen de la nouvelle demande d'ores et déjà déposée par le recourant. Les preuves figurant au dossier de la cause, constituées essentiellement de pièces médicales, ont permis à la Cour de céans de se convaincre que l'état de fait est établi de manière satisfaisante, au degré de la vraisemblance prépondérante, sans qu'il soit nécessaire de procéder à un complément d'instruction, ainsi que le recourant l'a requis. Cette manière de faire est admise par la jurisprudence (appréciation anticipée des preuves; cf. supra consid. 2.4.).

E. 3.1.4

En définitive, au plan médical, la Cour de céans retient que, depuis le 22 septembre 2015, l'assuré ne peut certes plus reprendre son activité habituelle d'aide-paysagiste, mais qu'il serait apte à exercer une activité adaptée à son état de santé, à l'exemple d'une activité d'ouvrier dans la production industrielle légère, à plein temps et sans diminution de rendement.

E. 4

mois. On peut dès lors considérer que le recourant a franchi le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (arrêt TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). Il se justifie donc de procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (cf. arrêts TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 et les références citées). Dans la présente occurrence, le recourant n'a franchi que de peu le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé. Il avait, au moment déterminant, encore 4 ans et 8 mois d'activité avant la retraite. Il disposait, de plus, dans une activité de substitution adaptée, d'une capacité de travail pleine et entière. Les limitations fonctionnelles qu'il présentait (pas de port de charges de plus de 10 kg, alternance des positions debout-assis, pas d'exposition au froid et aux poussières et pas de travaux en hauteur, sur un échafaudage ou une échelle) ne sont somme toute pas très importantes et son état de santé lui permettait d'exercer un large panel d'activités. Les symptômes constatés, à savoir l'insuffisance cardiaque à l'effort, la gêne en montée et les douleurs à la marche à plat après environ 200 à 500 mètres, n'apparaissaient en effet pas particulièrement incapacitants. Par ailleurs, le recourant n'a pas connu d'absence du marché du travail, hormis quelques semaines d'hospitalisation, et ne percevait pas un salaire particulièrement élevé dans ses dernières activités. Enfin, en changeant d'activité en 2014 notamment, il a fait montre d'une capacité d'adaptation certaine. Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans estime que l'assuré peut encore mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré du travail. Les difficultés dont se plaint le recourant à trouver un nouveau travail en raison de son âge sont donc exclusivement tributaires de facteurs relevant cas échéant de l'assurance-chômage (VSI 2000 70; arrêt TF 9C_386/2012 du 18 septembre 2012). Il sied de noter que même s'il avait fallu retenir le 31 août 2016 comme date déterminante, soit la date de la seconde prise de position du Dr P. _____, du SMR, le raisonnement et les conclusions qui précèdent demeurent valables. En effet, eu égard aux autres éléments d'appréciation précédemment évoqués, ces 5-6 mois de différence n'auraient pas vocation à

changer la solution du présent litige.

E. 4.1

Il convient dès lors de vérifier que l'assuré, au regard de son âge, peut encore mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré du travail, ce qui a été admis par l'autorité intimée mais a été contesté par le recourant. L'exigibilité médicale a été valablement arrêtée par le Dr P. _____, du SMR, dans sa prise de position du 7 mars 2016 (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4). En effet, l'influence de la maladie coronarienne tritonculaire, pour laquelle l'assuré a subi un triple pontage aorto-coronarien le 24 août 2015 et qui a motivé le dépôt de sa nouvelle demande de rente, a alors été dûment examinée et déterminée par le médecin du SMR. Or, au 7 mars 2016, le recourant avait 60 ans et

E. 4.2

Le taux d'invalidité résultant de l'incapacité de travail du recourant doit ainsi être déterminé. Dans la mesure où elle est demeurée incontestée par le recourant, la comparaison de revenus effectuée par l'autorité intimée dans la décision entreprise peut être reprise céans. Ainsi, son revenu de valide de CHF 66'565.20 (CHF 5'100.- x 13 pour 2014, + 0.4% d'indexation pour 2015) doit être comparé à son revenu d'invalidité de CHF 65'959.55 (CHF 5'210.- selon l'enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA1, total, catégorie 1, adapté à la durée usuelle de travail hebdomadaire de 41.7 heures, x 12, + 1.2% d'indexation pour 2015), laissant apparaître une incapacité de gain négligeable de 0.91%. C'est le lieu de noter que même en opérant des indexations successives, année après année, fondées sur l'indice des salaires nominaux de l'Office fédéral de la statistique, le recourant n'atteindrait de toute évidence pas les 40% d'invalidité nécessaires à l'octroi d'une rente.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15

E. 5.1

C'est ainsi à bon droit que l'autorité intimée a refusé au recourant l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Partant, le recours doit être rejeté et la décision querrellée confirmée.

E. 5.2

Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe et compensés avec l'avance du même montant.

E. 5.3

Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____ et compensés avec l'avance du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 19 avril 2018/yho Le Président : La Greffière-stagiaire :

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