

FR_GERICHTE 605 2023 48 vom 5. Dezember 2023

FR Kantonsgericht, 2023-12-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2023_48

FR: FR_GERICHTE 605 2023 48 du 5 décembre 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2023 48 del 5 dicembre 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

E. 2

Droit applicable Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du

E. 2.1

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

E. 2.2

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaires (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). Compte tenu de ce qui précède, les

nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables, la demande de rente ayant été déposée le 12 mars 2021.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 3. Invalidité – notion d'atteinte invalidante A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 3.1. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale. 3.2. En vertu de l'art. 7 al. 2 LPGA, les facteurs extra-médicaux (p.ex. des facteurs psychosociaux et socioculturels) ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain. 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 extra-médicaux apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé 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, par exemple au plan psychiatrique, tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive (comme, par exemple, une « dysthymie », ATF 143 V 418 consid. 8.1 et références). En définitive, une atteinte 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). 3.3. Ce n'est, cela étant, 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). 4. Droit à la rente – calcul du taux – obligation de réduire le dommage Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. 4.1. Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Ce dernier article indique que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 1 2e phr.). Pour la comparaison des revenus, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après la survenance de l'invalidité et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). 4.2. Dans le domaine de

l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts TF I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n°1 p. 1; I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p.274). Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'une personne raisonnable prendrait dans la même situation si elle ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. (...) Conformément au principe de la proportionnalité, il convient de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (arrêt TF 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.3; ATF 113 v 22 consid. 4d; HÜRZELER, Prävention im Haftpflicht- und sozialversicherungsrecht, in Prävention im Recht, 2007, p. 172 ss). 5. Appréciation des preuves 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). 5.1. 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. 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 5.2. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 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).

E. 6

Instruction des demandes Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur.

E. 6.1

Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1). L'assuré doit

se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité (cf. ATF 132 V 93 consid. 4), l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Conformément à l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

E. 6.2

Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le principe inquisitoire n'est en outre pas absolu dans la mesure où sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références).

E. 7

Objet du litige Est en l'espèce litigieuse, dans le cadre de l'examen du droit à la rente de la recourante, la capacité de travail de cette dernière, atteinte de surdité. Elle soutient que le Dr D._____ du SMR n'a pas tenu compte correctement des rapports médicaux de ses médecins traitants. Selon l'OAI, le rapport du Dr D._____ du 3 novembre 2022 a au contraire dûment pris en compte tous les éléments du dossier et il est en parfait accord avec les certificats médicaux des médecins traitants. Qu'en est-il ?

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12

E. 7.1

Demande de moyens auxiliaires AI La recourante souffre d'une surdité sévère de longue date – caus e probablement par une otite non soignée – qui n'a été diagnostiquée que le 27 octobre 2020. Le rapport médical du Dr C._____ du 9 novembre 2020 faisait état d'une perte auditive globale de 86.2% à l'oreille gauche contre 81.5% à droite. La recourante a déposé une demande de moyens auxiliaires auprès de l'OAI le 10 décembre 2020. Par décision du 30 juin 2021, l'OAI lui a octroyé un forfait à hauteur de CHF 1'650.00 pour l'achat d'un appareil acoustique. Le 9 août 2021, la recourante a déposé une demande de cas de rigueur pour la prise à charge d'un appareil auditif plus puissant. Par décision du 6 septembre 2022, se fondant sur un avis du Prof E._____, spécialiste ORL   F._____, daté de la veille, l'autorité intimée a admis un cas de rigueur pour prendre à sa charge l'achat d'un appareil acoustique de plus grande puissance.

E. 7.2

Demande de rente litigieuse La recourante a également déposé une demande de rente AI le 12 mars 2021, toujours en lien avec sa surdité. Par projet de décision du 1er mars 2022, l'OAI a dans un premier temps refusé la rente au motif que l'incapacité de travail avait été inférieure à une année, soit du 12 février au 29 août 2021. Dès cette période, la recourante aurait retrouvé une pleine capacité de travail. Ce projet de décision a été confirmé par la décision de l'OAI du 28 février 2023, rejetant la demande de rente sur la base d'un rapport du 3 novembre 2022 établi par le Dr D._____, médecin SMR spécialisé en médecine interne générale, et concluant à une pleine capacité de travail. Ce dernier médecin s'étant fondé sur les conclusions des certificats médicaux établis par le Dr G._____, médecin généraliste traitant, et par le Dr C._____. La recourante reproche en particulier à l'OAI une constatation incomplète et inexacte des faits pertinents. Elle soutient pour l'essentiel que l'instruction effectuée par le Dr D._____ du SMR est lacunaire. À son avis, il n'a pas tenu suffisamment compte – voir n'a pas même eu connaissance – de certaines pièces du dossier. Il n'aurait également pas sollicité les médecins traitants à fournir des renseignements complémentaires qui, selon la recourante, s'imposaient. De son côté, l'OAI est de l'avis que l'instruction a été réalisée correctement et que l'appréciation du Dr D._____ était cohérente avec les pièces du dossier.

E. 8

Discussion

E. 8.1

Il faut d'abord analyser l'évaluation de la capacité de travail de la recourante à l'appui de la demande de rente AI du 12 mars 2021. Les médecins traitants ont fourni à cette époque des certificats médicaux comprenant une telle évaluation.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12

E. 8.1.1

Le Dr G._____ a rédigé un certificat médical le 25 mars 2021. Il y fait état d'une incapacité totale de travail dans l'activité exercée et d'une inexigibilité à affecter une autre profession. Toutefois, le médecin généraliste n'a rien coché dans la section dédiée aux limitations fonctionnelles. Il a uniquement signalé que la recourante devait éviter le bruit, que sa motivation à la reprise du travail ou à un reclassement professionnel était bonne et que l'absentéisme prévisible dû à l'état de santé était moyen. Dans les questions complémentaires jointes à ce certificat, le Dr G._____ a nuancé ses propos en donnant un pronostic indéterminé sur la capacité de travail de la recourante. Il a en effet noté que cette question était à déterminer avec le Dr C._____, médecin ORL traitant. Il a fait la même constatation pour ce qui concerne le potentiel de réadaptation. Pour ce qui concerne l'hypertension artérielle et les apnées nocturnes, le Dr G._____ les range dans la catégorie des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail.

E. 8.1.2

Le Dr C._____ a émis un certificat médical le 16 juin 2021 où il affirme clairement que la recourante peut travailler à 100%. Notamment, il a écrit que "toute activité est faisable professionnellement" et que le seul élément auquel il faut faire attention est la surdité dans le cadre d'éventuelles mécompréhensions en milieu bruyant. Le Dr C._____ n'a coché aucune limitation fonctionnelle hormis le fait d'éviter les milieux bruyants. Il a fait état

d'une bonne motivation pour la reprise du travail et il a prévu un faible absentéisme. Dans ses réponses aux questions complémentaires, jointes au certificat, le Dr C. _____ a posé un pronostic favorable sur la capacité de travail de la recourante. Il a également répété que la seule atteinte à la santé ayant une influence sur la capacité de travail de la recourante est la surdité, et cela de manière très légère. Il a notamment écrit que "La patiente peut travailler à temps complet en tenant compte du fait que la réhabilitation auditive ne permet qu'une levée partielle du handicap auditif du point de vue socio-professionnel. En effet, en cas de travail dans une atmosphère bruyante, des problèmes de concentration et de compréhension peuvent se poser". La capacité de travail entière dans une activité adaptée est donc affirmée de manière claire et concrète, alors que les problèmes de concentration et de compréhension ne sont évoqués que comme une possibilité théorique. Pour le Dr C. _____, un appareil acoustique serait apte à lever au moins partiellement les limitations potentielles liées à la surdité.

E. 8.1.3

Etant donné ce qui vient d'être dit, le certificat médical déterminant est celui du Dr C. _____. Le Dr G. _____ a certes coché les cases indiquant une incapacité de travail. Toutefois, lorsqu'il fallait en expliquer ses raisons, il ne s'est pas réellement prononcé sinon pour renvoyer, de manière claire et univoque, à l'avis du Dr C. _____ (Dossier AI, p. 35). Le rapport du Dr C. _____ atteste sans aucune ambiguïté que la recourante demeure en capacité de travailler. Les griefs de la recourante apparaissent, déjà à ce stade, comme dépourvus de tout fondement.

E. 8.2

Il sied encore de se pencher sur la situation de la recourante durant l'examen de son cas sous l'angle de la rigueur effectué dans le cadre de sa demande de moyens auxiliaires AI.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Le Dr C. _____ a produit un certificat médical du 25 mars 2022 où il affirmait qu'un appareil auditif haut de gamme s'avérait nécessaire, faute de quoi l'état de santé de la recourante pouvait engendrer une baisse de rendement ainsi qu'un trouble du comportement et de collaboration avec l'entourage. Cela a donné lieu à l'avis du Prof E. _____ du 5 septembre 2022 et à l'admission quasi immédiate de la part de l'OAI du cas de rigueur le 6 septembre 2022 (cf. consid. 7.1). Ce certificat du 25 mars 2022 a certes été déterminant dans le cadre de la procédure visant au remboursement d'un appareil auditif de grande puissance. Il ne se prononçait toutefois pas, contrairement de ce qui semble suggérer la recourante, sur la question de la capacité de travail.

E. 8.3

On peut enfin considérer l'état de santé de la recourante aujourd'hui.

E. 8.3.1

Le cas de rigueur ayant été admis, on aurait à tout le moins dû mesurer les effets du nouvel appareil auditif, éventuellement susceptible d'influencer l'état de santé de la recourante. Le 15 juin 2023 la recourante a déposé un certificat médical daté du même jour et établi par le Dr C. _____. Ce certificat était censé être la pièce maîtresse du dossier et démontrer que l'instruction menée par l'OAI était insuffisante. Or, la recourante ne s'est finalement pas présentée au rendez-vous avec le Dr C. _____, qui n'a donc pas été en mesure de procéder audit examen. Le médecin ORL a en effet déclaré qu'il est "impossible d'évaluer la capacité de travail résiduelle de la patiente dans une activité adaptée sans avoir effectué de

test d'efficacité des appareils acoustiques actuellement à disposition ou ceux octroyés dans le cadre de son cas de rigueur". Le 16 juin 2023, la recourante a allégué que le rendez-vous manqué avait été causé par une inadvertance du secrétariat médical du Dr C. _____ et qu'elle avait fixé un autre rendez-vous. Aucun autre certificat n'étant parvenu depuis lors, cette version de la recourante ne saurait être suivie. On pourrait même se demander si elle n'a pas simplement renoncé à effectuer cet examen. Quoi qu'il en soit, il est impossible d'établir si, malgré le changement d'appareil, l'état de santé de la recourante s'est aujourd'hui aggravé au point d'exercer une influence sur sa capacité de travail. Il sied au contraire de continuer à se référer au certificat du Dr C. _____ du 16 juin 2021 attestant d'une pleine capacité de travail.

E. 8.3.2

La recourante se plaint à côté de tout cela désormais de plusieurs symptômes qui ne relèvent pas des problèmes auditifs, à savoir l'hypertension artérielle, les apnées nocturnes, les problèmes de concentration, la fatigue et les difficultés respiratoires. Mais aucune pièce mentionnée par la recourante ne rend vraisemblable l'influence de ses différents symptômes sur sa capacité de travail. Comme déjà dit, le rapport du Dr G. _____ du 25 mars 2021 a rangé l'hypertension artérielle et les apnées nocturnes parmi les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail (consid. 8.1.1.). Le fait que le rapport en question mentionne trois médicaments pris par la recourante ne paraît enfin pas déterminant: encore faudrait-il que ces médicaments aient à leur tour une répercussion sur la capacité de travail. Or, le Dr G. _____ ne l'a jamais indiqué. Ni le « bon de délégation » du 28 janvier 2022 ni les autres certificats médicaux joints aux objections du 12 mai 2022 ne rendent plausible une incapacité de travail de la part de la recourante. Aucune de ces pièces ne donne par ailleurs de véritables renseignements sur son état de santé.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Pour ce qui concerne le rapport d'évaluation de travail du 4 avril 2022 établi par son l'employeur, il ne suffit pas non plus à attester d'une incapacité de travail. En effet, les difficultés éprouvées dans l'exercice de ce travail peuvent vraisemblablement s'expliquer, comme le soutient l'OAI, par le port du masque, par les réglages nécessaires de son appareil acoustique et par son déconditionnement professionnel, ces derniers facteurs extra-médicaux ne sachant entraîner la responsabilité de l'assurance-invalidité.

E. 9

Sort du recours Vu ce qui précède, le recours est rejeté, faute d'une incapacité de travail établie susceptible d'ouvrir le droit à la rente, dès lors justement nié.

E. 10

Frais de justice La procédure n'étant pas gratuite, il se justifie de mettre les frais judiciaires à la charge de la recourante qui succombe, par CHF 800.-.

E. 11

Assistance judiciaire Il reste à statuer sur la requête d'assistance judiciaire totale formulée dans le cadre du recours.

E. 11.1

A teneur de l'art. 61 let. f LPGA, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti et, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite doit être accordée au

recourant. Selon l'art. 142 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA ; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est toutefois pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). D'après l'art. 143 al. 1 let. a CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure. Selon l'al. 2 de cette disposition, elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties.

E. 11.2

Pour ce qui concerne les chances de succès de la procédure, celles-ci apparaissaient d'emblée inexistantes. Aucun des rapports dont se prévalait la recourante n'étant susceptible de permettre d'assimiler la surdité dont elle est atteinte à une atteinte invalidante au sens de la loi, lui causant une incapacité de travail. Sa requête d'assistance judiciaire doit ainsi être refusée, l'examen de la seconde condition de l'indigence n'étant pas nécessaire.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours (605 2023 48) est rejeté. Partant, la décision attaquée est confirmée. II. Des frais de justice sont mis à la charge de la recourante, par CHF 800.-. III. La requête d'assistance judiciaire (605 2023 49) est rejetée. 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 5 décembre 2023/mbo-fmo Le Président Le Greffier-stagiaire

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