

# FR\_GERICHTE 608 2016 226 vom 7. März 2018

FR Kantonsgericht, 2018-03-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2016\\_226](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_226)

FR: FR\_GERICHTE 608 2016 226 du 7 mars 2018

IT: FR\_GERICHTE 608 2016 226 del 7 marzo 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 par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

### E. 2

a) 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. b) 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). 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. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. 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 p. 28 et les références; voir aussi ATF 138 I 205 consid. 3.2). Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 En outre, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin

est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie 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). 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 (ATF 125 V 351). 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). Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires (SMR). Selon l'art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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 LPG) 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 Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 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). d) Aux termes de l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de

gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

### E. 3

Est litigieuse la question de savoir si l'assurée peut prétendre à une rente de l'assurance-invalidité du 1er février 2014 au 31 janvier 2015, ce qui nécessite de procéder à une appréciation médicale de son état de santé. a) La recourante soutient tout d'abord que ses allergies ont été reconnues comme maladie professionnelle. Il ressort cependant de son dossier médical qu'elle ne souffre pas d'allergies ni d'une hyperréactivité bronchiale, les examens pratiqués par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en allergologie et immunologie clinique et en médecine interne générale, médecin-chef du service de rhumatologie, immunologie et allergologie de D.\_\_\_\_\_, ayant seulement montré une sensibilité au nickel. Ce n'est que de manière pragmatique qu'il recommande d'éviter l'exposition à des produits contenant du pétrole ou du kérosène (rapports du 10 novembre 2014, dossier OAI p. 66, et du 27 novembre 2014, dossier OAI p. 64). La SUVA a quant à elle également nié l'origine allergique des troubles subis. Elle a par contre reconnu comme maladie professionnelle selon la loi sur l'assurance-accidents l'asthme bronchique dû à l'irritation, dont a souffert la recourante, causée par les produits de nettoyage E.\_\_\_\_\_ (rapports de la SUVA du 14 janvier 2016 et du 19 mai 2016, produits par l'OAI le 15 mars 2017). Ces mêmes rapports médicaux indiquent en outre que les plaintes de l'assurée à partir de 2014 ne sont pas directement en lien avec l'exposition auxdits produits. Il est précisé que si l'exposition de façon assez intensive à des produits irritants peut amener à un asthme irritatif, l'arrêt de l'exposition conduit à une résolution complète de l'épisode et qu'il n'y a aucun lien possible entre cet asthme et les problèmes de tachycardie ou de fatigue chronique. Les rapports du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin traitant de l'assurée, tous postérieurs aux rapports du Dr C.\_\_\_\_\_, ne sont pas de nature à modifier cette appréciation ni à mettre en cause les rapports dudit médecin. En effet, bien que le Dr F.\_\_\_\_\_ diagnostique une allergie aux produits contenant du pétrole ou du kérosène, il n'indique pas quels sont les examens qu'il a pratiqués. Il se réfère également par deux fois aux rapports du Dr C.\_\_\_\_\_, qu'il interprète toutefois de manière erronée puisque celui-ci n'a ni attesté qu'il s'agissait d'une maladie professionnelle, ni que des allergies existeraient, bien au contraire. Au surplus, le Dr F.\_\_\_\_\_ n'est pas spécialiste en allergologie. Quant à la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et première médecin traitant de la recourante, elle ne mentionne aucune allergie (rapport du 21 novembre 2013, dossier OAI p. 159; rapport du 10 avril 2014, dossier OAI p. 151). On ne saurait donc admettre une incapacité de travailler en raison d'allergies. b) L'assurée allègue ensuite que ses problèmes cardiaques ont une forte influence sur sa capacité de travail. L'autorité intimée estime quant à elle qu'il n'y a aucune incapacité de travail durable liée à une atteinte invalidante, les problèmes cardiaques n'ayant aucune influence sur la capacité de travail. Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 En l'espèce, la Dresse G.\_\_\_\_\_ atteste tout d'abord d'une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 6 février 2013, en raison d'une fatigue extrême au moindre effort avec palpitations et dyspnée importante (rapport du 21 novembre 2013, dossier OAI p. 159). Elle indique ensuite qu'à cause d'un état de fatigue à l'effort dans le cadre d'arythmie supraventriculaire, l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que l'assurée pouvait faire des travaux ménagers légers (comme du repassage) à raison de deux à trois heures par jour, tout en indiquant une incapacité totale de travail (rapport du 10 avril 2014, dossier OAI p. 151). Le Dr F.\_\_\_\_\_ diagnostique quant à lui le 26 janvier 2015 des palpitations dans un contexte d'extrasystolie

supraventriculaire sans preuve de fibrillation auriculaire et une ptose mitrale minime avec insuffisance mitrale hémodynamique insignifiante et retient une pleine capacité de travail dès le 1er février 2015 à condition d'éviter les produits à base de pétrole ou de kérosène dès cette date (dossier OAI p. 107). Il pose ensuite le diagnostic d'extrasystolie supraventriculaire complexe sans influence sur la capacité de travail mais atteste d'une incapacité totale du 6 février 2013 au 3 mai 2015 en raison d'une allergie aux produits de nettoyage à base de kérosène ou de pétrole, la capacité de travail étant ensuite entière (rapport du 15 mai 2015, dossier OAI p. 109; rapport du 26 novembre 2015, dossier OAI p. 50). Il faut ici préciser que la date du 3 mai 2015 est celle précédant la reprise effective du travail par la recourante et que le Dr F. \_\_\_\_\_ se contredit en n'expliquant pas pourquoi il a retenu une autre date que le 1er février 2015. De plus, l'incapacité de travail entre le 6 février 2013 et le 6 juin 2014 est reprise des rapports de la Dresse G. \_\_\_\_\_ (rapport du 15 mai 2015, dossier OAI p. 109). Le 15 février 2016, il précise que la capacité de travail est donnée pour une activité légère à moyenne, sans stress, en raison de l'extrasystolie supraventriculaire (dossier OAI p. 41). Le seul cardiologue consulté, le Dr H. \_\_\_\_\_, diagnostique le 10 décembre 2014 des palpitations dans un contexte d'extrasystolie supraventriculaire sans preuve de fibrillation auriculaire et une ptose mitrale minime avec insuffisance mitrale hémodynamique insignifiante. Il estime qu'il s'agit d'un trouble du rythme bénin qui est influencé subjectivement (dossier OAI p. 59). Le 17 septembre 2015, il maintient les mêmes diagnostics et précise qu'il n'existe qu'une extrasystolie supraventriculaire et ventriculaire, dont l'origine est un déconditionnement corporel massif, respectivement un burnout (dossier OAI p. 56). Le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecin du SMR, relève le 17 juillet 2015 que l'assurée a repris une activité à plein temps depuis plus de trois mois (dossier OAI p. 101). Il estime ensuite qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail durable et que l'exigibilité est entière dans toute activité évitant le contact direct avec certaines substances, l'extrasystolie supraventriculaire étant pour sa part une affection banale et sans conséquence sur la capacité de travail (rapport du

## **E. 5**

La recourante demande encore l'octroi de mesures d'ordre professionnel en raison de son âge et de l'absence de formation professionnelle. L'autorité intimée estime qu'en l'absence d'incapacité de travail durable liée à une atteinte à la santé invalidante, il n'y a pas lieu de mettre en place de telles mesures. Celles-ci ne peuvent être octroyées qu'aux assurés invalides ou menacés d'une invalidité. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dès le 1er février 2015, de sorte qu'elle n'est plus invalide. Elle n'est pas non plus menacée d'une invalidité: elle n'est pas allergique (cf. consid. 3 a) et les troubles cardiaques ne sont pas invalidants (Dr I. \_\_\_\_\_, rapport du 5 février 2016, dossier OAI p. 49), les seules limitations étant tout d'abord, et encore à titre de précaution, d'éviter les produits à base de pétrole ou de kérosène et le produit de nettoyage E. \_\_\_\_\_, et ensuite de ne pas avoir un travail pénible ou stressant. La recourante n'a pas non plus atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3). Elle ne saurait non plus être suivie lorsqu'elle invoque le fait de ne pas avoir les qualifications nécessaires, dans la mesure où le marché du travail pour lequel elle conserve une capacité totale de travail Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 offre un large éventail d'activités légères à moyennes, dont on doit convenir qu'un nombre important est adapté à

ses limitations sans nécessiter de formation particulière. Au surplus, l'assurée s'est inscrite au chômage et a suivi un stage d'occupation, et a ainsi bénéficié de l'aide du service public de l'emploi. Partant, elle n'a pas non plus droit à des mesures d'ordre professionnel.

#### **E. 6**

Au vu de ce qui précède, le recours est 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 de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés avec l'avance de frais versée le 25 octobre 2016. Succombant, la recourante n'a pas droit à des dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de A. \_\_\_\_\_. Ils sont toutefois compensés avec l'avance de frais versée le 25 octobre 2016. III. Il n'est pas octroyé 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 7 mars 2018/cso Le Président La Greffière-rapporteure

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