

# FR\_GERICHTE 608 2019 182 vom 2. November 2020

FR Kantonsgericht, 2020-11-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2019\\_182](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_182)

FR: FR\_GERICHTE 608 2019 182 du 2 novembre 2020

IT: FR\_GERICHTE 608 2019 182 del 2 novembre 2020

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 4

février 2014 et n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors. En date du 9 mai 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison de difficultés respiratoires aiguës et d'une probable maladie du foie. En 2017 et 2019, deux expertises a été mises en œuvre auprès des Drs G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, respectivement psychiatre et pneumologue. Par décision du 23 mai 2019, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité. L'OAI a en substance retenu, en se fondant sur l'expertise précitée, que si l'assuré ne pouvait certes plus reprendre son activité professionnelle habituelle d'employé de cave, il pourrait exercer à plein temps et sans diminution de rendement son ancienne activité d'agriculteur ou une activité de substitution adaptée, à l'exemple d'une activité dans l'industrie légère. Comparant dès lors son revenu sans invalidité (CHF 71'935.05, soit CHF 5'495.- x 13, indexé à 0.7%) avec son revenu avec invalidité (CHF 65'633.65, soit CHF 5'210.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, tableau TA1, total, niveau 1, adapté à la durée hebdomadaire usuelle de travail de 41.7 heures, x 12, indexé à 0.7% selon l'indice des salaires nominaux de la branche), l'office a abouti à un degré d'invalidité de 8%. Par décision sur opposition du 19 juin 2019, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA), retenant l'existence d'une maladie professionnelle, a considéré que l'assuré présentait une perte de gain de 2% et lui a dès lors refusé le droit à une rente d'invalidité. B. Le 22 juin 2019, A.\_\_\_\_\_ interjette recours à l'encontre de la décision du 23 mai 2019 auprès du Tribunal cantonal. Il conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. L'avance de frais de CHF 800.- requise a été versée en date du 2 août 2019. C. Dans ses observations du 11 septembre 2019, l'autorité intimée propose le rejet du recours, en renvoyant à la motivation de la décision attaquée. Appelée en cause, I.\_\_\_\_\_ a renoncé à se prononcer. D. Dans ses contre-observations du 25 novembre 2019, le recourant, nouvellement représenté par Me Charles Guerry, avocat, a fait valoir qu'il était limité par ses problèmes somatiques et psychiatriques dans toute activité professionnelle. A l'appui de ses allégations, il a produit quatre nouvelles pièces médicales. Dès lors, il a confirmé les conclusions ténorisées dans son écriture de recours.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 Le 14 janvier 2020, l'autorité intimée a déclaré ne pas avoir de remarques particulières à formuler et maintenir les conclusions exprimées dans ses observations. E. Par écriture ampliative du 27 avril 2020, le recourant a nouvellement fait état d'une dyspnée à l'effort. Il a derechef confirmé ses conclusions. Aucun autre échange

d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments de ces dernières, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté le recours est recevable. 2. 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 LAI, 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. 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 mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art.

## E. 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). 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 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). 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 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 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). 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'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (arrêts TF 9C\_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174; 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). Pour fixer le revenu de valide, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré, ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage, ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts TF 9C\_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.3; 9C\_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 3; B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références citées). Lorsque la jurisprudence précise qu'il y a lieu de recourir aux données salariales statistiques quand le poste de travail qu'occupait la personne assurée avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité, elle envisage la situation où l'activité en question n'a plus d'existence avérée sur le marché général du travail. Dans la mesure toutefois où la profession concernée n'est pas tombée en désuétude, rien ne justifie de s'écarter du montant du dernier salaire réalisé par la personne assurée (arrêt TF 9C\_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 4.1). Pour sa part, le revenu d'invalidé 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'invalidé (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2). 3. Le litige porte sur le taux d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur sa capacité de gain. Il sied dès lors de se référer à son dossier

médical. 3.1. En 2011, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en pneumologie, a débuté la prise en charge d'une toux récidivante et irritative et a retenu une origine plurifactorielle avec un reflux gastro-œsophagien et une hyperréactivité bronchique. En février 2014, la Dre K. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine générale, a attesté d'une incapacité de travail dès le 4 février 2014 et l'a adressé pour une consultation en gastroentérologie au Dr L. \_\_\_\_\_, lequel a diagnostiqué une hernie hiatale, une œsophagite et une gastrite. Le 8 avril 2014, l'assuré a consulté les urgences pour une symptomatologie de toux et de dyspnée, accompagnée d'une sensation de malaise et d'une oppression thoracique. En mai 2014, l'assuré est évalué par la consultation d'allergo-immunologie de M. \_\_\_\_\_. Les diagnostics d'asthme professionnel sur hypersensibilité aux acariens de stockage, d'asthme sur hypersensibilité aux acariens de la poussière et un reflux gastroœsophagien ont été retenus. Dans son rapport médical du 2 juillet 2014, la Dre K. \_\_\_\_\_ a estimé que l'activité habituelle dans la cave à fromage n'était plus exigible. Une exigibilité de 100% a toutefois été retenue dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles suivantes: "activités uniquement en position assise; activité uniquement en position debout, port de charge supérieur à 25 kg; travail dans des milieux présentant de la poussière ou dans des milieux humides". En date du 24 octobre 2014, la SUVA, en se fondant sur la prise de position du 8 octobre 2014 de la Dre N. \_\_\_\_\_, médecin du travail, a reconnu l'existence d'une maladie professionnelle et a jugé l'assuré professionnellement inapte aux métiers de cave.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 Dans son rapport médical du 20 novembre 2014, le Dr J. \_\_\_\_\_ a attesté que son patient pouvait travailler à plein temps dans toute activité adaptée exempte d'exposition à la poussière, à la fumée ou dans un environnement froid ou chaud. En mars 2015, l'assuré a consulté les urgences à deux reprises pour une toux sèche et une dyspnée. En mai 2015, la Dre K. \_\_\_\_\_ s'est adressée à l'OAI en confirmant les diagnostics précédemment retenus. Les 27 avril et 20 mai 2015, le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en pneumologie, a retenu, avec influence sur la capacité de travail, d'asthme professionnel, de reflux gastro-œsophagien et d'obésité. Il a attesté que son patient avait fait des crises d'asthme avec hospitalisation à la suite d'un contact avec de la poussière dans les locaux où se déroulait un stage d'évaluation et de reclassement professionnelle, ce qui a entraîné l'interruption des mesures. Il a décrit que son patient était stabilisé hormis une clinique d'hyperréactivité bronchique persistante. Il a préconisé un travail à l'extérieur. Dans sa prise de position du 20 mai 2015, le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine générale, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu le diagnostic - avec conséquences sur la capacité de travail - de "Asthme allergique perannuel aux acariens de stockage (décision d'inaptitude professionnelle de la SUVA au métiers de la cave) et, dans une moindre mesure, aux poussières de maison. Présence d'une hyperréactivité bronchique aux irritants atmosphériques". Il a estimé qu'"en raison d'une hyperréactivité bronchique, une activité en plein air est recommandée, sans travaux prolongés en milieu fermé, sans manipulation de produits dégageant des poussières (ciment, goudronnage, etc.) et sans risque d'un essoufflement important à l'effort". Il a conclu à une capacité de travail médico-théorique de 100% sans diminution de rendement dans une activité adaptée. La Dre N. \_\_\_\_\_ a suggéré de reconsidérer une éventuelle désensibilisation avec son pneumologue traitant et proposé une réorientation professionnelle plutôt dans un milieu extérieur. Le 16 juillet 2015, le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en immuno-allergologie, a mentionné l'absence de symptomatologie et une nette amélioration du contrôle de l'asthme malgré une exposition quotidienne aux

chevaux et une récurrence des symptômes dans les locaux fermés. Il a également évoqué une probable composante psychogène à la problématique asthmatique. En août puis décembre 2015, le Dr O. \_\_\_\_\_ a décrit d'abord une situation stabilisée avec une absence de dyspnée, puis une stabilisation hormis la survenue de dyspnée dans des espaces fermés et mal aérés. Il a noté que son patient ne présentait pas de difficultés lors du travail avec les chevaux. En mai 2016, la Dre K. \_\_\_\_\_ a mentionné une aggravation de la situation avec notamment des crises d'asthme dans les magasins d'alimentation, dans les locaux du chômage, dans une agence de voyage ainsi qu'à l'hôpital. Elle a rapporté une diminution du rendement dans l'activité jusqu'alors exercée et indiqué que l'assuré ne pouvait exercer aucune activité en milieu fermé, au froid, dans un environnement humide ou contenant des poussières. Le Dr O. \_\_\_\_\_ a attesté d'une atteinte stable.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 Dans sa prise de position du 1er juillet 2016, le Dr P. \_\_\_\_\_, du SMR, a noté que la question de la présence d'une claustrophobie et d'un désintérêt de l'assuré pour toute forme de réinsertion professionnelle autre que celle qu'il envisage se posaient. Il a dès lors requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et pneumologique. En mai 2017, le Dr O. \_\_\_\_\_ a mentionné, comme diagnostics avec incidence sur la capacité de travail, un asthme professionnel sur hypersensibilité aux acariens de stockage, un asthme perannuel sur hypersensibilité aux acariens de la poussière et une obésité, ainsi que, comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, un reflux gastro-œsophagien. Il a proposé une activité en lien avec des chevaux ou des vaches et une désensibilisation de type comportemental afin de diminuer la sensation de stress liée à certaines situations. Les limitations mentionnées sont: activités exclusivement en position assise; activités exclusivement en position debout, activité en position accroupie et activité à genoux. Le pneumologue a indiqué que son patient pourrait effectuer une activité à 100 % en plein air ou dans les écuries sans qu'une diminution du rendement ne soit attendue. Dans son rapport de juin 2017, la Dre K. \_\_\_\_\_ a exposé que l'activité auprès des chevaux, que l'assuré exerçait en parallèle à celle d'employé de cave, demeurait possible, avec les limitations fonctionnelles suivantes: travail dans des endroits fermés; travail avec des poussières, travail à l'humidité; activité exclusivement en position assise; travail avec les bras en dessus de la tête; travail en position accroupie; travail à genoux; travail impliquant des rotations en position assise/en position debout; port de charge supérieur à 10-20 kg. Dans son rapport d'expertise du 19 décembre 2017, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a seulement retenu le diagnostic - sans incidence sur la capacité de travail - de réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0) secondaire aux crises d'asthme. Il a, concernant la capacité de travail noté qu'"il n'y a pas d'antécédents du point de vue psychiatrique, l'assuré ne présente pas de maladie psychiatrique ni de trouble de la personnalité, il y ajuste une réaction anxiogène à l'idée de faire des crises d'asthme. Du point de vue psychiatrique donc, il n'y a pas de limitations fonctionnelles qui empêcheraient cet assuré de travailler [...] Au cours de l'entretien, je n'ai pas pu déceler des signes ou des symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité [...] En l'absence d'une atteinte à la santé du point de vue psychiatrique, cet assuré a toujours été capable de travailler dans l'activité exercée jusqu'ici à 100%" (dossier AI p. 710 à 729). Dans son rapport d'expertise du 4 mars 2019, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine du travail et pneumologie, a retenu les diagnostics suivants: "- Asthme allergique modéré partiellement contrôlé ■ Asthme diagnostiqué en 2014 ; ■ Origine professionnelle sur sensibilisation aux acariens de stockage (*Lepidoglyphus destructor*, *Glycophagus domesticus*, *Acarus siro*, *Tyrophagus*

putrescentiae) ; ■Perannuel sur sensibilisation aux acariens de la poussière (D. pteronyssinus/D. farinae) ; ■Sous traitement de Vannair, Atrovent et Ventolin en réserve et corticostéroïdes systémiques en réserve ;

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 ■> 2 exacerbations par an nécessitant une majoration transitoire du traitement et dyspnée à l'effort mettant en évidence un contrôle partiel ; ■Fonctions pulmonaires dans les normes lors des contrôles successifs. - Obésité ■BMI 30. - Probable reflux gastro-œsophagien. - Lombalgies ■ATCD d'hospitalisation en 2011 selon le dossier médical ; ■Actuellement pas de douleur décrite par le patient. - S/p [status post] œsophagite de type 1 selon Savary en 2014, traitée par inhibiteurs de la pompe à protons avec une évolution favorable. - S/p Appendicectomie (date non précisée). - S/p Opération des ligaments de la cheville gauche à 17 ans. - S/p Coliques néphrétiques". Au titre d'évaluation médicale et médico-assurantielle, l'expert a relevé que "Du point de vue pneumologique, [l'assuré] présente une stabilisation des valeurs de ses fonctions pulmonaires depuis son retrait du milieu professionnel. Son asthme semble partiellement contrôlé dans ce contexte avec plus de deux exacerbations par an, survenant à chaque fois dans le contexte d'une exposition à un milieu fermé ou d'un potentiel irritant respiratoire. Une dyspnée à l'effort est également rapportée, stable selon le patient et ne le limitant pas dans ses tâches quotidiennes. [...] En l'absence d'exposition aux allergènes auxquels il a été sensibilisé, l'évolution attendue de la maladie est favorable. [...] Du point de vue pneumologique, [l'assuré] présente un asthme, raison pour laquelle il ne devrait pas être exposé dans son milieu professionnel aux allergènes auxquels il est sensibilisé (acariens de stockage et domestiques), ainsi qu'à des irritants ou sensibilisants respiratoires fréquents. Il présente une anxiété lors de l'anticipation de situations pouvant mener à une telle exposition, notamment motivée par ses antécédents de crises d'asthme. La survenue de manière répétée de ces crises d'asthme peut affaiblir la résistance au stress de l'assuré et certains symptômes présentés pourraient avoir une origine partiellement fonctionnelle (paresthésies comme prodrome à une crise d'asthme), toutefois, il ne s'agit pas de symptômes limitant sa capacité de travail et ceux-ci peuvent s'inscrire dans le cadre d'une réaction de stress présentée par l'assuré". L'expert pneumologue a finalement considéré que l'ancienne activité n'était plus exigible du tout depuis 2014, mais que l'assuré peut et a toujours pu exercer à plein temps une activité de substitution adaptée à son état de santé. A son avis, "une activité adaptée de manière optimale devrait ne pas l'exposer aux allergènes auxquels il est sensibilisé ni à des irritants ou sensibilisants respiratoires fréquents. Il s'agirait d'une activité dans un milieu extérieur avec une intensité physique modérée. A noter que l'assuré bénéficie d'une formation dans l'agriculture et s'occupe de chevaux depuis plusieurs années sans symptômes. Une activité similaire est à privilégier. [...] Au vu de la dyspnée d'effort décrite par le patient, une limitation

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 modérée de la performance du patient peut être attendue, d'un point de vue des efforts physiques" (dossier AI p. 759 à 777). Dans le cadre de la présente procédure de recours, les pièces suivantes ont encore été produites: - Le rapport médical du 17 septembre 2019 du Dr O. \_\_\_\_\_, qui a noté que son patient ne supportait plus les locaux fermés et que, quand il fait mauvais temps, il était essoufflé et avait de la peine à effectuer ses tâches. Il a opéré les constatations suivantes: "- Diminution des mesures du souffle de 25% (VEMS) par rapport à la meilleure valeur obtenue chez lui en 2015; - toux intense et malaise lors de ces mesures". Il a ajouté qu'il ne voyait pas de contre-indication à la conduite de véhicules automobiles. A son avis, son patient devrait

pouvoir bénéficier d'un soutien financier de l'AI pour qu'il puisse continuer à s'occuper des chevaux et vaches. - Le rapport médical du 27 septembre 2019 de la Dre K. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine générale, qui a noté que son patient allait régulièrement aux urgences (5 à 6 fois depuis 2018) à cause de ses crises de dyspnée. Elle a notamment diagnostiqué de l'asthme, une allergie aux moisissures et à la poussière, une claustrophobie, des lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs, des calculs rénaux, une hernie hiatale, ainsi qu'un état anxiodépressif. Elle estime que la capacité de travail de son patient est limitée par la fatigue, la dyspnée, les douleurs musculaires, les angoisses sévères et l'irritabilité. A son avis, il ne peut exercer une activité de substitution adaptée qu'à 20%. - Le rapport médical du 16 octobre 2019 de la Dre R. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué une réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0), une personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), un asthme à prédominance allergique (J45.0) et une hernie discale L4-L5 à droite avec herniectomy L4-L5 par la droite (M51.2). A la question de savoir si la capacité de travail de l'assuré est limitée, la psychiatre a répondu que "Les traits de personnalité impulsive rendent la personne en souffrance fragile sur le plan de la gestion des émotions, notamment la frustration et la colère". - Le rapport médical du 18 novembre 2019 de la Dre S. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a noté que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas péjoré depuis le début du suivi. Concernant la capacité de travail, la médecin a noté que "actuellement sa capacité de travail est limitée, tant que sa situation financière ne sera pas résolue. Elle est également dépendante de sa perception du risque de détresse respiratoire sur son éventuelle nouvelle activité professionnelle". - Le rapport médical du 15 avril 2020 du Dr T. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en pneumologie, qui a mentionné que son patient se plaignait de dyspnée à l'effort. Il a noté que la fonction respiratoire de l'assuré ne mettait pas en évidence de troubles majeurs ventilatoires et considéré, au titre de diagnostic, que les fonctions pulmonaires mettaient en évidence une capacité vital forcée légèrement diminuée (DLCO physiologique; FeNO à 18 ppb, dans la norme). Il a estimé que le rendement de son patient pouvait être limité par la dyspnée dans une activité professionnelle nécessitant une intensité physique modérée. Aux questions de savoir si la vente, les soins, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité, la conduite de véhicules automobiles étaient adaptées aux troubles pneumologiques présentés, le médecin a chaque fois répondu qu'il ne voyait pas de contre-indication sur le plan respiratoire.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 3.2. En l'espèce, le recourant soutient en substance que pour évaluer l'impact de ses problèmes pulmonaires sur sa capacité de travail, une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique et un volet réalisé par un spécialiste en traitement de la dyspnée doit impérativement être mise en œuvre. C'est exactement ce qu'a fait l'autorité intimée, puisqu'elle a diligenté une expertise, psychiatrique et pneumologique, respectivement auprès des Drs G. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_. Or, lesdits rapports d'expertise de ces spécialistes répondent parfaitement aux exigences formelles jurisprudentielles relatives aux expertises. Ils se fondent en effet sur des examens complets et ont été établis en pleine connaissance du dossier, après que les médecins aient personnellement reçu le recourant. Ils prennent également en considération les plaintes exprimées par l'assuré et les points litigieux importants ont fait l'objet d'études fouillées. Enfin, les appréciations médicales sont claires et les conclusions des médecins dûment motivées. Le rapport d'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ remplit de surcroît les conditions de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychiques. En tout état de

cause, dans la mesure où cette pièce médicale exclut de manière compréhensible une incapacité de travail et que la pertinence des avis éventuellement contradictoires peut être niée en raison de leur brièveté, il pouvait dans la présente occurrence même être renoncé à un examen par un catalogue des indicateurs structuré (cf. arrêt TF 8C\_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1.1). Matériellement, les médecins sollicités sont peu ou prou unanimes en ce qui concerne les diagnostics posés. En ce qui concerne l'exigibilité, sur le plan psychiatrique, le Dr G. \_\_\_\_\_ a noté qu'il n'a décelé aucun signe ou symptôme de maladie psychiatrique ou trouble de la personnalité et conclu dès lors que l'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle qui l'empêcherait de travailler. Deux autres spécialistes en psychiatrie se sont prononcés in casu: la Dre R. \_\_\_\_\_, qui, à la question de savoir si la capacité de travail de l'assuré est limitée, a répondu que "les traits de personnalité impulsive rendent la personne en souffrance fragile sur le plan de la gestion des émotions, notamment la frustration et la colère" et la Dre S. \_\_\_\_\_, qui a noté que la capacité de travail de son patient était "limitée tant que sa situation financière ne sera pas résolue". Force est de constater qu'ils ne contredisent pas les conclusions relatives à l'exigibilité auxquelles parvient l'expert psychiatre. Sur le plan pneumologique, le Dr H. \_\_\_\_\_ a en somme retenu que les symptômes présentés par l'assuré, s'inscrivant dans le cadre d'une réaction de stress, ne limitent pas sa capacité de travail. Il a retenu que l'assuré était apte à exercer, à plein temps et sans diminution de rendement, toute activité professionnelle ne l'exposant pas aux allergènes auxquels il est sensibilisé ni à des irritants ou sensibilisants respiratoires fréquents, se pratiquant dans un milieu extérieur et avec une intensité physique modérée. Pour sa part, le Dr T. \_\_\_\_\_, dont le rapport est largement postérieur à la décision attaquée soit dit en passant, a certes laconiquement relevé que le rendement de son patient pouvait déjà être limité par la dyspnée dans une activité professionnelle d'intensité physique modérée. Il a cependant également noté que la fonction respiratoire de l'assuré ne mettait pas en évidence de troubles majeurs ventilatoires et considéré, au titre de diagnostic, que les fonctions pulmonaires mettaient en évidence une capacité vitale forcée seulement légèrement diminuée. Il a de plus estimé qu'il ne voyait pas de contre-indications à l'exercice d'activités professionnelles, qui pour certaines sont physiquement déjà relativement exigeantes, à l'exemple de la vente ou des services de sécurité. Quant au Dr O. \_\_\_\_\_, ses

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 conclusions semblent coïncider avec celles du Dr H. \_\_\_\_\_. Il sied ainsi d'accorder foi aux conclusions de l'expert-pneumologue. Reste à examiner le rapport médical du 27 septembre 2019 de la Dre K. \_\_\_\_\_, qui a noté que son patient ne pouvait plus travailler qu'à hauteur de 20% dans une activité de substitution adaptée. Attendu toutefois que ledit rapport est par trop succinct et dépourvu de toute motivation par rapport à cette conclusion, que son auteure est spécialisée en médecine générale (sur les spécialisations des médecins appelés à examiner les demandes de prestations dans l'assurance- invalidité, cf. arrêts TF 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 et I 211/06 du 22 février 2007 consid. 5.4.1 et les références citées) et médecin traitant du recourant (cf. à cet égard supra 2.4.), le rapport en question ne saurait raisonnablement avoir préséance sur les rapports d'expertise versés au dossier. Les pièces figurant au dossier, constituées essentiellement de rapports médicaux, 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 ne soit nécessaire de renvoyer la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, ainsi que l'a sollicité à titre subsidiaire le recourant. La jurisprudence admet un tel procédé (cf. supra consid. 2.4.). 3.3. Aussi la Cour de céans

retient-elle, avec les experts sollicités et l'autorité intimée, que le recourant est apte à exercer, à plein temps et sans diminution de rendement, toute activité professionnelle ne l'exposant pas aux allergènes auxquels il est sensible ni à des irritants ou sensibilisants respiratoires fréquents, se pratiquant dans un milieu extérieur et avec une intensité physique modérée. 4. Le taux d'invalidité résultant de l'incapacité de travail du recourant doit dès lors être déterminé. Le recourant présente des limitations fonctionnelles d'importance relative, qui, certes ne l'autorisent plus à exercer des activités l'exposant à certains allergènes, irritants ou sensibilisants respiratoires, dans des milieux fermés ou entraînant une intensité physique importante. Ces limitations lui permettent toutefois encore d'accéder à un large panel d'activités plus légères, telles que selon toute vraisemblance certaines dans l'industrie légère. 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, étant précisé que c'est l'année 2015 qui aurait dû être considérée comme déterminante. Ainsi, son revenu sans invalidité (CHF 71'935.05, soit CHF 5'495.- x 13, indexé à 0.7%) doit être comparé à son revenu avec invalidité (CHF 65'633.65, soit CHF 5'210.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, tableau TA1, total, niveau 1, adapté à la durée hebdomadaire usuelle de travail de 41.7 heures, x 12, indexé à 0.7% selon l'indice des salaires nominaux de la branche), laissant apparaître une incapacité de gain négligeable au regard de l'assurance-invalidité de 8%. C'est le lieu de noter que la SUVA, considérant d'autres activités professionnelles de substitution telles que la vente, les soins, le traitement de données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicule – toutes potentiellement adaptées en effet –, a abouti à un taux d'invalidité de 2%.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée a refusé au recourant l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. 5. 5.1. Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. 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. 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 du recourant 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 2 novembre 2020/yho Le Président : Le Greffier-stagiaire :

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