

FR_GERICHTE 605 2019 202 vom 24. September 2020

FR Kantonsgericht, 2020-09-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_202

FR: FR_GERICHTE 605 2019 202 du 24 septembre 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 202 del 24 settembre 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité

E. 1.1

L'art. 81 al. 3 du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) énonce que, dans son mémoire, le recourant ne peut pas prendre des conclusions qui sortent du cadre des questions qui ont été l'objet de la procédure antérieure.

E. 1.2

En l'occurrence, dans sa décision du 3 juillet 2019, l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée. Or, dans son mémoire, la recourante conclut principalement à l'octroi d'une rente entière.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 Cette conclusion s'écarte manifestement de l'objet de la contestation de sorte que le recours devrait être considéré comme irrecevable sur ce point. Cependant, la Cour de céans constate avoir été saisie du litige (605 2019 252) opposant l'assurée à la SUVA et avoir confirmé, par arrêt de ce jour, tant la cessation du versement des indemnités journalières et des frais médicaux au 31 mai 2019, que le refus de rente pour la période ultérieure en raison d'un degré d'invalidité inférieur à 10%. Des motifs d'économie de procédure imposent donc d'examiner la présente affaire sur le fond. Les parties ont en effet intérêt à ce que leur litige soit tranché sans allers-retours superflus, la cause apparaissant en l'état d'être jugée au fond. Compte tenu des conclusions de la recourante quant à l'octroi d'une rente entière ainsi que la motivation de son recours, l'on peut également considérer que le droit d'être entendu des parties quant à cet objet de la contestation élargi a été respecté. Tant l'autorité intimée que la recourante ont été en mesure de se prononcer sur le droit à la rente.

E. 1.3

Partant, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, la recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

Règles relatives à l'entrée en matière

E. 2.1

Conformément à l'art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'al. 3 prescrit que, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références). Le but est ainsi lié, sur un plan théorique, à la force matérielle de la décision (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, in RSAS 47/2003 p. 395). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est dès lors la dernière décision entrée en force 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 conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

E. 2.2

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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 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, ce dernier 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. 3 RAI 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 108 consid. 2b). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20; arrêt TF 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et les références citées). Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. Selon la jurisprudence, le fait pour l'OAI de prendre conseil auprès du SMR au sujet des pièces produites ne constitue pas une mesure d'instruction médicale. On ne peut en déduire que l'office est implicitement entré en matière sur la nouvelle demande déposée par un assuré (cf. arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3.2).

E. 2.3

Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA) ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI. L'administration peut appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – lequel permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, ce à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi. Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (cf. arrêt TF 9C_789/2012 précité consid. 2.2 et les réf.). Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué, non d'après celui existant au temps du jugement (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêts TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2; I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1). Des rapports médicaux produits après qu'a été rendue la décision attaquée sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (cf. ATF 130 V 64 consid. 5; arrêt TF I 896/05 précité consid. 3.4.1). C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAI (cf. arrêt TF 9C_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17

E. 3

Discussion relative à l'entrée en matière En l'occurrence, il convient de déterminer s'il a été rendu plausible que l'état de santé de l'assurée s'est modifié de manière à influencer ses droits depuis la première décision du 27 juillet 2018.

E. 3.1

Cela implique, dans un premier temps, d'examiner les motifs ayant conduit l'OAI à octroyer une rente entière pour une durée limitée, du 1er septembre 2016 au 30 novembre 2017. L'OAI considérait alors que, depuis son accident du 16 septembre 2014, la capacité de travail de l'assurée était restreinte et cela jusqu'au mois d'août 2017. Depuis cette dernière date, l'office estimait qu'elle était en mesure d'exercer une activité adaptée à 100%, horaire et rendement. Cette activité devait correspondre aux limitations suivantes: pas de travail debout dans la même position, ni assis prolongé, pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de position accroupie ou à genoux ni de travail sur échelle. Cette appréciation se référait aux conclusions du Dr E._____, spécialiste en chirurgie, du SMR. Dans son rapport du 3 mai 2018, il indiquait que le médecin traitant n'attestait "d'une situation médicale stabilisée qu'en décembre 2017" mais que l'assurée avait "commencé à chercher une activité adaptée courant août 2017". Cela l'a conduit à admettre qu'une activité adaptée – conforme aux limitations retenues dans la décision du 27 juillet 2018 – aurait été exigible en août déjà (dossier OAI, p. 1'073). L'orthopédiste traitant de l'assurée, le Dr F._____, spécialiste en

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisait état d'une "lésion chondrale de stade III affectant la crête rotulienne et le versant interne de la facette rotulienne externe survenue au terme d'un épisode unique de luxation externe de rotule et dans un contexte de hauteur rotulienne normale et d'absence de signe de dysplasie fémoro-patellaire". Il indiquait les limitations suivantes: "Pas de travail en position à genoux ou accroupie. Pas de port de charges au delà de 15 kg. Montée des escaliers, un étage à la fois. Si possible, travail impliquant des changements de position réguliers" (rapports du 14 août et du 21 septembre 2017, dossier OAI, p. 997; cf. ég. dossier OAI, p. 1'052) A la même époque, la Dresse G. _____, spécialiste en neurochirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, relevait les diagnostics suivants: "épisode unique de luxation externe de rotule du genou G", "status post-intervention du genou G en octobre 2014", "sur l'IRM post-opératoire, lésion radiaire transfixiante de la corne antérieure du ménisque interne", "atteinte arthrosique de stade II" et "status post-intervention du genou G le 30.08.2016 [...] avec arthroscopie diagnostique, arthrolyse et manipulation sur anesthésie". Reprenant les limitations évoquées par l'orthopédiste traitant, elle admettait alors également que la capacité de travail dans l'ancien travail était nulle mais que, dans un travail adapté à ces limitations, l'assurée était en mesure de travailler à temps plein (dossier OAI, p. 1'052).

E. 3.2

C'est sur cette base qu'il convient d'examiner s'il a été rendu plausible que l'état de santé de la recourante a évolué depuis septembre 2018. Dans sa décision du 3 juillet 2019, l'OAI a considéré qu'"un nouvel examen ne pourrait être envisagé que [si l'assurée rendait] plausible que l'état de fait s'est modifié après [la précédente décision] et qu'il est désormais susceptible de changer [son] droit aux prestations. Avec [sa] nouvelle demande, [l'assurée n'a] pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. L'état de fait est resté identique.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 Il s'agit uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Pour cette raison, nous ne pouvons pas entrer en matière sur [la] nouvelle demande de révision" (dossier OAI, p. 3). Cependant, si l'assurée n'a effectivement produit aucun rapport médical à l'appui de sa nouvelle demande, force est de constater que le dossier de l'OAI comporte plusieurs pièces médicales récentes, à savoir le contenu du dossier de la SUVA que cette dernière a spontanément transmis à l'OAI le 4 mars 2019. Or, dans ces rapports médicaux, les médecins démontrent sans ambiguïté que la situation de leur patiente s'est péjorée. Ainsi, la Dresse H. _____, médecin praticien, indique que cette dernière a chuté sur le genou gauche durant ses vacances, ce qui a causé un épanchement, des douleurs para-rotuliennes et une limitation de la flexion-extension. Elle mentionne l'existence d'une fracture multi fragmentaire au niveau de la rotule (rapport du 31 août 2018; dossier OAI, p. 1'284). Pour sa part, le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, précise que sa patiente "a fait une chute avec réception directe sur le genou gauche" et que "à cause d'une persistance de douleurs et un épanchement persistant, son médecin de famille a demandé un bilan par IRM qui met en évidence une fracture non déplacée de la rotule". Il estime que sa patiente ne peut reprendre son travail (rapports des 5 mai 2018, 10 septembre 2018 et 21 janvier 2019; cf. dossier OAI, p. 1'162, 1'258 et 1'282). Il ressort de ce qui précède que, si l'assurée n'a pas accompagné sa nouvelle demande de pièces justificatives, il n'en demeure pas moins que l'OAI s'était vu transmettre plusieurs rapports médicaux faisant état d'une péjoration de la situation suite à la chute du 16 août 2018. L'un des médecins précédemment interrogé fait

également désormais état d'une incapacité de travail totale. De tels rapports médicaux ne consistent a priori pas en une appréciation différente d'une situation inchangée et rendent plausible l'existence d'une péjoration de la situation de l'assurée.

E. 3.3

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il convient d'entrer en matière sur cette nouvelle demande de prestations.

E. 4

Dispositions relatives à la révision

E. 4.1

L'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici.

E. 4.2

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

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

E. 4.3

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; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

E. 5

Dispositions relatives au début du droit à la rente

E. 5.1

L'art. 28 al. 1 let. b et c LAI prescrit que l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA2) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et que, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins. Aux termes de l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

E. 5.2

Selon l'art. 29 al. 1 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 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. L'art. 88bis al. 1 let. a RAI prévoit que lorsqu'une demande de révision est présentée par l'assuré, l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée.

E. 5.3

Si l'invalidité renaît pour des motifs autres que ceux qui ont justifié par le passé l'octroi d'une rente limitée dans le temps (et supprimée dans l'intervalle), il s'agit là d'un nouvel événement assuré. Dans ce cas, le versement de la nouvelle rente intervient au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date de la nouvelle demande de prestations de l'assurance- invalidité (art. 29 al. 1 LAI) (arrêt TF 9C_261/2014 du 8 octobre 2014 consid. 5.2). Dans ce cas, l'art. 88 bis al. 1 let. a RAI n'est pas applicable (ATF 140 V 2 consid. 5; MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3^e éd. 2014, n. 27 ad art. 29).

E. 6

Discussion relative aux délais

E. 6.1

En l'occurrence, il convient de rappeler que, le 16 septembre 2014, l'assurée a subi un premier accident qui a occasionné une luxation de la rotule gauche.

E. 6.1.1

Suite à cet accident, elle a déposé sa première demande de prestations le 3 mars 2016.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 Par décision du 27 juillet 2017, elle s'est vu reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2016 au 30 novembre 2017, la rente lui étant supprimée par la suite en raison d'un degré d'invalidité insuffisant.

E. 6.1.2

Puis, le 16 août 2018, l'assurée a subi un second accident. Selon ses médecins, cet événement a causé une fracture non déplacée de la rotule gauche. Le 21 mars 2019, elle a déposé une nouvelle demande devant l'OAI, indiquant avoir subi un accident sans autre précision. Enfin, l'on verra (cf. ci-après consid. 8) que l'assurée possède une pleine capacité de travail à partir de fin avril 2019 au plus tard.

E. 6.2

Il ressort d'emblée de ce qui précède que la seconde demande de prestations est consécutive à l'accident du 16 août 2018. Dans ce contexte, il est manifeste que celle-ci est en lien avec les suites de cet accident. L'argumentation de la recourante va, au demeurant, dans ce sens puisqu'elle fait surtout état d'une péjoration suite à l'accident du 16 août 2018 et non à d'autres motifs de péjoration de son état de santé. L'on constate dès lors que l'invalidité renaît pour des motifs autres que ceux qui ont justifié par le passé l'octroi d'une rente limitée dans le temps, quand bien même la nouvelle atteinte survenue le 16 août 2018 touche une rotule déjà au centre de la précédente procédure devant l'OAI. Cette nouvelle demande représente manifestement donc un nouveau cas d'assurance de sorte que l'art. 29bis RAI ne trouve pas application puisque l'origine de l'incapacité de travail n'est pas la même. En d'autres termes, la naissance du droit à la rente d'invalidité reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI.

E. 6.3

Il apparaît ainsi que le versement de la rente éventuelle n'interviendrait, au plus tôt, qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date de la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 21 mars 2019, à savoir en septembre 2019. Un tel versement n'interviendrait au demeurant que sous réserve que le délai de carence d'une année soit alors échu.

E. 7

Règles relatives à l'appréciation des preuves

E. 7.1

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 7.2

Pour statuer, 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). 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

E. 7.3

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17

E. 8

Discussion relative à la capacité de travail Le présent cas apparaît être un pur cas commun avec l'assurance-accidents: la recourante se plaint en effet d'une atteinte à sa rotule gauche sans faire état d'autres atteintes. Les pièces médicales figurant dans les deux dossiers de la SUVA apparaissent dès lors pertinentes tant dans une problématique d'assurance-accidents que d'assurance-invalidité. L'on peut donc s'y référer.

E. 8.1

S'agissant d'une révision du droit à la rente, il est essentiel d'examiner les motifs ayant conduit l'OAI à octroyer une rente entière pour une durée limitée, du 1er septembre 2016 au 30 novembre 2017. Cet examen a déjà été réalisé ci-avant au consid. 3.1, de sorte que la Cour ne saurait y revenir.

E. 8.2

Cela étant, il convient d'examiner si la situation a évolué depuis. Dans son rapport du 4 décembre 2019, la Dre J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retient que l'assurée est limitée dans la flexion de son genou gauche. Cependant elle estime que cette péjoration de l'état du genou gauche - flexion limitée à 60° - ne remet pas en cause l'exigibilité retenue en janvier 2018, à savoir: pas de travail en position à genoux ou accroupie; pas de port de charges au-delà de 15kg, montée des escaliers, un étage à la fois; alternance des positions assise et debout. Selon elle, une activité respectant ces limitations peut être exercée par la recourante à 100%, sans perte de rendement (joint aux observations de la SUVA du 11 décembre 2019). Cette appréciation se fonde sur les pièces du dossier soit, en particulier, plusieurs examens radiologiques du genou gauche ainsi que différents rapports des médecins en charge de l'assurée. L'on rappelle, à ce stade, que, selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). De ce fait, la Dre J. _____ a été en mesure de traiter le cas en pleine connaissance des plaintes, de l'anamnèse et de l'historique médical. La docteure présente une argumentation, certes peu détaillée, mais suffisante de ses conclusions, surtout mises en lien avec les autres pièces du dossier. S'agissant de la problématique de la capacité de travail en particulier, l'on comprend clairement le raisonnement qui la conduit à considérer que les limitations fonctionnelles fixées à la suite de l'accident du 16 septembre 2014 tenaient déjà compte d'une flexion limitée du genou. Il apparaît également évident qu'une réduction somme toute modérée de la flexion du genou n'a qu'une incidence marginale sur ces limitations fonctionnelles. Cela est d'autant plus le cas que les activités adaptées retenues alors devaient permettre l'alternance des positions et devaient éviter les travaux en position à genou ou accroupies, le port de charges supérieures à 15kg, la montée de plusieurs étages d'escaliers (cf. ég. rapport du 29 janvier 2018, dossier sinistre 16.26015.14.6; pièce 460; cf ég. pièce 479). Partant, les conclusions de la Dre J. _____, argumentées et convaincantes, doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante sur le plan formel et peuvent, de ce fait, être suivies.

E. 8.3

Ces conclusions ne sont pas mises en doute par les autres rapports médicaux figurant au dossier de l'assurance-accidents.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 En particulier, l'on constate que l'orthopédiste traitant, le Dr I. _____, va entièrement dans le sens de la Dre J. _____, faisant état de restriction proches de celles évoquées dans le cadre de la précédente décision. Ainsi, dans son dernier rapport du 12 février 2019, ce médecin souligne que "l'IRM du genou G effectué le 4.2.19 a pu exclure un état inflammatoire, mais n'explique toutefois pas la raideur présente chez [la patiente]. Selon le rapport [de D. _____] de 2016, elle présentait déjà une raideur suite à son intervention du genou G. Apparemment elle n'a jamais pu récupérer plus de 70° de flexion" (dossier sinistre 26.18301.18.7, pièce 71).

Après avoir considéré que sa patiente ne pouvait reprendre le travail jusqu'en janvier 2019 (rapports des 5 mai 2018,

E. 8.4

Ces deux médecins admettent par ailleurs qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis mai 2019 au plus tard. En effet, dans son rapport du 12 février 2019, le Dr I._____ affirme qu'un "geste chirurgical n'est pas indiqué pour l'instant" et indique avoir proposé à sa patiente de "poursuivre le traitement de physiothérapie afin d'améliorer la mobilité" (dossier sinistre 26.18301.18.7, pièce 71). Dans ses précédents rapports, il regrettait déjà l'absence d'amélioration clinique et la limitation de la flexion qui demeurait inférieurs à 60° (rapports des 21 janvier et 15 mars 2019; dossier sinistre 26.18301.18.7, pièces 64). Dans son second rapport du 29 avril 2019, la Dre H._____ indique une évolution stationnaire avec persistance de douleurs et boiterie, problèmes qu'elle prédit persistants. Elle indique un traitement par physiothérapie et prise d'AINS (rapport du 29 avril 2019; dossier sinistre 26.18301.18.7, pièce 72). Partant, il apparaît qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée doit être reconnue à l'assurée depuis fin avril 2019 au plus tard.

E. 8.5

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la Cour retient certes que la recourante n'est plus en mesure de travailler dans son ancienne activité. Cependant, l'on doit lui reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir sans position à genoux ou accroupie, sans port de charges au-delà de 15kg, n'imposant pas de montée des escaliers de plus d'un étage à la fois ainsi que permettant l'alternance des positions assise et debout. Cette pleine capacité de travail doit lui être reconnue depuis fin avril 2019 au plus tard.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 9. Dispositions relatives au calcul du degré d'invalidité 9.1. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. 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). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 9.2. 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). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées). 9.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s.

consid. 2c p. 201). 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'invalidité 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). 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'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, 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

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 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; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a). 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, 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).

E. 10

Discussion relative au calcul du degré d'invalidité

E. 10.1

Dans sa décision du 27 juillet 2018, l'OAI avait pris en compte un revenu de valide de CHF 49'133.10 pour l'année 2017. Ce montant – qui n'avait pas été contesté à l'époque – se référait au revenu que percevait l'assurée auprès d'un ancien employeur en 2012, indexé jusqu'en 2017. Ce montant peut être retenu au titre de revenu de valide mais doit être cependant indexé jusqu'en 2018 pour correspondre à un montant de CHF 49'368.- (indices de 2719 pour 2017 et 2732 pour 2018, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des

prix à la consommation et des salaires réels, femmes). L'on constate, à ce stade, que ce montant diffère de celui de CHF 45'901.- retenu par la SUVA dans sa décision du 2 mai 2019, confirmée sur opposition le 30 août 2019. Ce dernier montant se base sur des salaires plus récents et auprès d'un autre employeur. Dans la mesure où cela n'a qu'une incidence marginale sur le droit à la rente, la Cour peut confirmer ici le montant le plus élevé des deux, ce qui est favorable à l'assurée. Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 49'368.-.

E. 10.2

S'agissant ensuite du revenu d'invalidé, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il convient de se référer au montant mensuel de CHF 4'363.-, soit CHF 52'356.- annuellement, correspondant au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016 (ESS 2016, TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, femmes). Dès lors que le TA1, niveau de compétence 1, de l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes de la recourante dans un marché du travail équilibré (cf. arrêts TF 9C_830/2017 du 16 mars consid. 5; 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2; 9C_833/2017 du 20 avril 2018 consid. 5.1). La référence au niveau de compétence 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que la recourante ne possède aucune autre formation ou expérience dans ce domaine, absence influençant manifestement le revenu auquel elle pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 52'800.50, indices de 2709 pour 2016 et 2732 pour 2018, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, femmes&) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2018 (CHF 55'044.50, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs). Au vu de la capacité de travail de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 55'044.50.

E. 10.3

Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 49'368.-) et d'invalidé (CHF 55'044.50) qu'il n'y a aucune perte de gain. Celle-ci demeurerait basse s'il était tenu compte d'une réduction supplémentaire du revenu statistique au titre de désavantage salarial. En cela, la situation de l'assurée ne diffère que peu de celle existant lorsque l'OAI a cessé de prester, à partir d'août 2017. L'on rappelle qu'alors la comparaison des revenus aboutissait également à l'absence de toute perte de gain. Les conditions d'une révision n'apparaissent ainsi pas remplies. Quoi qu'il en soit, il ressort de ce qui précède que la recourante ne saurait se voir reconnaître le droit à une rente. L'on constate par ailleurs que la recourante ne satisfait par la même occasion pas aux conditions de l'art. 28 al. 1 let. c LAI (cf. consid. 4 et 5 ci-avant), l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée lui étant reconnue à partir de fin avril 2019, à savoir avant le terme du délai de carence d'une année.

E. 11.1

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que le recours doit être admis partiellement. Partant, la décision du 3 juillet 2019 est modifiée dans le sens qu'il est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, laquelle est cependant rejetée sur le fond en raison d'un degré d'invalidité insuffisant.

E. 11.2

Ayant obtenu partiellement gain de cause, à savoir sur le principe de l'entrée en matière, la recourante a droit à l'octroi d'une indemnité de partie pour ses frais de défense. Le 8 janvier 2020, son mandataire a transmis une liste de frais pour un montant total de CHF 3'672.57, à savoir CHF 3'100.- au titre d'honoraires (12.4 heures à CHF 250.-), CHF 310.- au titre de frais forfaitaires (taux de 10%) et CHF 262.57 au titre de la TVA. Toutefois, la liste de frais produite n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12). En effet, les frais sont calculés de manière forfaitaire alors que cette méthode n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017; cf. ég. art. 11 al. 2 Tarif JA; art. 68 du Règlement sur la Justice; RJ; RSF 130.11). Ceux-ci sont donc fixés ex aequo et bono à un montant de CHF 50.-. En outre, il convient de tenir compte du fait que l'indemnité de partie doit être réduite compte tenu de l'admission seulement partielle du présent recours, lequel est rejeté entièrement sur le fond, en particulier quant à la conclusion relative à l'octroi d'une rente.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 Pour ce motif, le montant des honoraires et des frais sont réduits de moitié, à savoir CHF 1'550.- au titre d'honoraires et CHF 25.- au titre des frais. Partant, l'indemnité de partie est fixée à CHF 1'696.30, dont CHF 121.30 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe partiellement.

E. 11.3

La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Compte tenu de l'admission partielle du recours, ils sont proportionnellement répartis (cf. art. 131 al. 1 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative, CPJA; RSF 150.1) à raison de CHF 400.- (1/2) à la charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- (1/2) à la charge de la recourante. Cette dernière ayant versé une avance de frais de CHF 400.-, les frais de procédure sont compensés avec ce montant. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours est partiellement admis. Partant, la décision du 3 juillet 2019 est modifiée dans le sens qu'il est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, laquelle est rejetée sur le fond. II. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 400.- à la charge de l'autorité intimée et de CHF 400.- à la charge de la recourante; ce montant est compensé avec l'avance de frais de CHF 400.- versée par cette dernière. III. L'indemnité allouée à Me Johnny Dousse, avocat, est fixée à CHF 1'696.30, dont CHF 121.30 au titre de la TVA (7.7%). Elle est intégralement prise en charge par l'Etat de Fribourg. 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 24 septembre 2020/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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