

FR_GERICHTE 608 2014 85 vom 28. September 2015

FR Kantonsgericht, 2015-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_85

FR: FR_GERICHTE 608 2014 85 du 28 septembre 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2014 85 del 28 settembre 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 13

mars 2003. Elle n'a plus repris d'activité professionnelle depuis lors. Le 19 février 2004, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l' Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI), à Givisiez, lequel a refusé de prester par décision du 10 mars 2006, sur la base d'un degré d'invalidité de 10%. B. Le 26 juin 2006, elle a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Se basant sur un rapport d'expertise pluridisciplinaire (volets rhumatologique et psychiatrique) du C. _____, du 25 juillet 2007, l'OAI lui a nié une nouvelle fois le droit à la rente, son taux d'invalidité étant fixé à 17%. Le recours (605 2008 84) interjeté contre cette décision a été admis par la Cour de céans le 10 décembre 2010 et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. L'OAI a mis en œuvre une nouvelle expertise rhumatologique, confiée au Dr D. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, en médecine physique et réhabilitation. Dans son rapport du 19 avril 2011, l'expert a conclu à une pleine capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée moyennant certaines limitations fonctionnelles ainsi qu'une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 15%. Suivant l'avis de l'expert, qui suggérait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, l'OAI a mandaté à cette fin le Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 21 décembre 2011, celui-ci conclut à une pleine capacité de travail de l'assurée, sous réserve d'une diminution de rendement de 10%. Par décision du 6 septembre 2012, l'OAI a derechef nié le droit de l'assurée à une rente, son taux d'invalidité étant fixé à 18%. Se fondant sur l'avis des experts nouvellement mandatés, l'OAI estimait que, compte tenu de son état de santé, l'assurée était en mesure d'exercer une activité adaptée, par exemple comme employée dans la production industrielle légère à plein temps avec un rendement diminué de 10%. Cette décision n'a pas été attaquée. C. Faisant valoir une aggravation de son état de santé, l'assurée a déposé, le 8 octobre 2013, une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Elle se prévalait à ce titre de plusieurs certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail de 50% du 25 janvier au 3 mars et de 100% du 1er au 15 mars 2013. Le 26 novembre 2013, le Dr F. _____, spécialiste FMH médecine physique et réadaptation, médecin adjoint à G. _____, a avisé l'OAI que, depuis mai 2013, il avait été constaté chez l'assurée une légère augmentation des cervicalgies et lombalgies, et plus récemment l'apparition d'un acouphène avec une baisse de l'ouïe à droite de 30%. Le spécialiste joignait une copie de son rapport du 13 mai 2013. L'OAI a transmis, pour avis, les rapports médicaux du Dr F. _____ à son Service médical régional (ci-après: SMR). Dans sa prise de position du 4 décembre 2013, le médecin-SMR a fait valoir que la situation médicale

objective était inchangée. Le 9 décembre 2013, le Dr H. _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, et la Dresse I. _____, médecin assistante, ont signalé à l'OAI que l'assurée souffrait depuis 2010 d'un acouphène chronique bilatéral et d'une presbycusie avancée. Saisi une nouvelle fois pour avis, le SMR a indiqué, le 21 mars 2014,

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 qu'aucune aggravation durable de l'état de santé de l'assurée de nature à modifier l'exigibilité médicale n'avait été rendue plausible et qu'aucune instruction médicale complémentaire n'était nécessaire. Par décision du 2 avril 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 8 octobre 2013. D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me David Métille, interjette recours le 20 mai 2014 auprès du Tribunal cantonal, concluant, avec suite de dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er juin 2013, subsidiairement au renvoi de l'affaire à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, "voire à un complément médical" sur un plan ORL, ainsi qu'à la mise en œuvre, par l'autorité de céans, de telles mesures. La recourante fait tout d'abord valoir qu'en sollicitant l'avis du SMR, l'OAI est implicitement entré en matière sur sa nouvelle demande. L'autorité intimée aurait ainsi dû, en vertu de la maxime inquisitoire, procéder aux mesures d'instruction nécessaires en vue de déterminer l'impact des troubles de la coiffe des rotateurs atteignant l'épaule droite et des acouphènes sur sa capacité de travail. Procédant à une comparaison de ses revenus de valide et d'invalides, la recourante estime que son taux d'invalidité est d'au moins 51.36%. Par requête du même jour, elle demande d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire totale (608 2014 86). Par décision du 24 juin 2014, la requête a été admise et Me David Métille, avocat à Lausanne, nommé défenseur d'office. Dans ses observations du 30 janvier 2015, l'OAI conclut au rejet du recours. A l'appui de ses conclusions, il estime que la simple interpellation du SMR ne signifie pas qu'il soit entré en matière. Selon lui, l'assurée n'a pas rendu plausible que son état de santé se soit aggravé, la situation médicale objective étant demeurée inchangée depuis 2011. Il ajoute que la seule modification des plaintes, élément subjectif, ne saurait rendre vraisemblable l'aggravation de l'état de santé. Dans un second échange d'écritures, les parties campent sur leur position. Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de 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 une assurée directement touchée par la décision attaquée, et dûment représentée, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour

déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). b) D'après l'art. 17 LPGA, applicable par analogie en cas de nouvelles demandes après un refus de prestations (cf. Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C_36/2010 du 3 octobre 2011 consid. 2), 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), en vigueur depuis le 1er janvier 2012, 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. Selon l'alinéa 2 de la disposition précitée, 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. 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 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références). c) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 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). d) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art.

43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - qui 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, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision 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. 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5, Tribunal fédéral, arrêts non publiés 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). 3. Au préalable, la recourante soutient que l'autorité intimée est formellement entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations, dès lors qu'elle a sollicité l'avis du SMR. Il est vrai que l'OAI a pris conseil à deux reprises auprès du SMR au sujet des pièces produites. Il n'a toutefois procédé à aucune mesure d'instruction sur le plan médical. Conformément à une récente jurisprudence, on ne saurait considérer, en pareilles circonstances, que l'Office est entré (implicitement) en matière sur la demande du 8 octobre 2013 (arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3). Dès lors, le litige porte uniquement sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière, de sorte que les conclusions de la recourante tendant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité sont irrecevables. 4. Demeure ainsi litigieuse, la question de savoir si la recourante a établi de manière plausible une modification de son état de santé par rapport à la situation existante lorsqu'a été rendue la dernière décision de refus du 6 septembre 2012, justifiant d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Pour y répondre, la Cour doit se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. A l'appui de sa dernière demande, par courrier du 20 septembre 2013, l'assurée avait indiqué qu'un examen par son médecin traitant, le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, avait révélé de nouveaux symptômes. Ces derniers justifiaient, selon elle, l'octroi d'une rente à 50% (cf. dossier OAI, pièce 651 et 652). Elle se plaignait alors surtout d'une péjoration de son état de santé dans la mesure où des troubles à l'épaule droite n'avaient pas été pris en compte lors de la décision de septembre 2012. Or, certes, dans son rapport du 13 mai 2013, le médecin précité mentionne de tels troubles, les nommant "syndrome de la coiffe des rotateurs [...]". Cependant, il ne les qualifie pas de nouveaux ou d'aggravations comme il le fait d'autres diagnostics (dossier OAI, pièce 650). Il ressort d'ailleurs du dossier que de tels troubles étaient déjà mentionnés dans l'expertise du 12 décembre 2003 du

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 Dr J._____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale. Il y relevait notamment que les mouvements de l'épaule droite étaient fortement limités et que l'assurée se plaignait de "douleurs diffuses dans le bras droit situé à l'épaule [...]". Ces douleurs étaient aggravées "lors de mouvements d'abduction, d'antépulsion, de rotation interne et de rotation externe" (dossier OAI, pièce 102). Des troubles de l'épaule étaient aussi relevés par les médecins du C._____ dans leur expertise du 25 juillet 2007. Ils précisait que l'explorée se plaignait de douleurs allant de la main droite à l'épaule droite, aggravées par toute activité physique y compris le port de

charges de 5 kg ou les gestes répétitifs. Selon leurs constatations cliniques, les mouvements de l'épaule droite étaient limités et ils retenaient le diagnostic incapacitant de "conflit sous-acromio-deltaïdien avec tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite" (dossier OAI, pièce 404). Pour sa part, si le Dr D. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, en médecine physique et réhabilitation, relevait que "le testing de la coiffe des rotateurs [était] sans particularité", il constatait également la présence de douleurs "modérées du moignon de l'épaule". Dans le cadre de l'évaluation des limitations fonctionnelles, il précisait que "les douleurs cervico-brachiales limitent les ports de charges modérées à lourdes ainsi que les mouvements répétitifs au niveau des bras" (dossier OAI, pièce 539). Au vu de ce qui précède, force est de constater que le médecin traitant s'est contenté d'évoquer un diagnostic préexistant, mais d'une manière différente, quant aux troubles de l'épaule droite, lesquels avaient cependant été pris en compte depuis 2003. Cela ne rend pas plausible une éventuelle aggravation de l'état de santé, qui plus est avec une influence sur le droit à la rente de l'assurée. S'agissant ensuite de l'aggravation affirmée des cervicalgies et lombalgies, il convient de souligner que celle-ci est qualifiée de "légère" par le Dr F. _____ dans son rapport du 26 novembre 2013 (dossier OAI, pièce 652). En outre, comme le relève le Dr K. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, dans son rapport du 4 décembre 2013, les éléments objectifs sont semblables à ceux constatés en 2011 par le Dr D. _____, particulièrement s'agissant des limitations douloureuses de la mobilité de la nuque et des résultats des radiographies (dossier OAI, pièce 654). Force est dès lors de constater que la situation est demeurée inchangée sur ce plan. La recourante estime aussi que l'apparition "d'acouphènes bilatérales et d'une surdité importante" constitue une péjoration de son état de santé, susceptible d'influencer son droit à la rente. Ces diagnostics ORL, mentionnés par le Dr F. _____, sont confirmés par le Dr H. _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, et la Dresse I. _____, médecin assistante. Cependant, dans leur rapport du 9 décembre 2013, ces derniers relèvent que de tels troubles existent depuis 2010 (cf. dossier OAI, pièce 652). Ce fait est confirmé par le Dr D. _____, qui, dans son expertise du 19 avril 2011, mentionnait la présence d'"acouphènes droits évoluant depuis mars 2010 et une légère surdité de perception bilatérale avec une perte auditive de 19% des deux côtés" (cf. dossier OAI, pièce 539). Quoiqu'il en soit, le caractère invalidant de ce trouble n'est nullement rendu plausible en l'espèce. En effet, lors d'un essai thérapeutique de six semaines, les médecins ont constatés que ces troubles étaient réduits par l'usage d'un bruiteur et ont suggéré la prise en charge par l'AI d'un appareil "combiné" (cf. dossier OAI, pièce 659). Partant, la péjoration des troubles auditifs et leur influence sur la capacité de travail n'ont pas été rendus plausibles. Il n'est nullement allégué ni prouvé que les autres troubles, tant psychiques que somatiques, se soient aggravés. Le Dr F. _____ indique ainsi que la "carence sévère de vitamine D" peut être compensée par l'usage de produits de substitution. Les troubles à la main droite ainsi que les lombo-sciatalgies ("rhizarthrose") sont médicalement attestés depuis l'expertise de 2003 (dossier OAI, pièce 102) et confirmés dans les expertises ultérieures (dossier OAI, pièces 404 et 539) sans qu'aucune aggravation ne soit mise en évidence par le médecin. Le "diabète non

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 insulino-dépendant" n'est pour sa part pas qualifié d'invalidant et aucune limitation fonctionnelle ne lui est associée (dossier OAI, pièce 647). Sur le plan psychique, le diagnostic d'"état antidépresseur de faible importance (F32.0)" est identique à celui mentionné par le Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans son rapport d'expertise du 21 décembre 2011 (dossier OAI, pièce

578). La Cour constate finalement qu'en dépit d'une formulation différente, les avis des Drs D._____ et F._____ sont identiques s'agissant des limitations fonctionnelles, déterminantes dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail et, par conséquent, de l'octroi d'une rente. Les deux médecins sont ainsi d'avis que le port de charge de plus de 5 kg – et par conséquent la manipulation de machines et d'outils lourds – doivent être évités. Tous deux estiment que l'assurée n'est plus en mesure de faire des mouvements répétitifs. Tous deux soulignent qu'elle ne peut pas rester en position assise (0.5 à 3 heures par jour) ou debout (moins de 0,5 heure par jours) et que les positions contraignantes pour le dos – notamment le travail au dessus de la tête, en rotation, penché, agenouillé, accroupi ou en équilibre, de même que la marche sur un terrain inégal, sur des escaliers ou des échelles/échafaudages – sont à éviter. Aussi, sur ce plan non plus, aucune aggravation n'est à retenir. Partant, la recourante n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé, de sorte que l'autorité intimée était en droit de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande. 5. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, force est de constater que les rapports médicaux présentés par la recourante ne rendent pas plausible l'aggravation alléguée de l'état de santé depuis la dernière décision du 6 septembre 2012. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée n'est pas entrée en matière sur la nouvelle demande. Mal fondé, le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée. Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire gratuite totale lui a été accordée. Conformément aux art. 142 et 146 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), le mandataire du recourant peut prétendre ici à une indemnité en sa qualité de défenseur d'office. Le 2 septembre 2015, celui-ci produit sa liste de frais d'un montant total de CHF 3'006.80, soit CHF 2'770.- (15.35 heures x CHF 180.-) au titre d'honoraire, CHF 14.00 au titre des frais et CHF 222.80 au titre de la TVA (8%). Il n'y a pas lieu de réduire les opérations en question. Partant, l'indemnité du défenseur d'office se monte à CHF 2'784.-, plus CHF 222.80 au titre de la TVA (8%). Ce montant total est intégralement pris en charge par l'Etat de Fribourg.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable. II. Les frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge de la recourante; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. III. L'indemnité allouée à Me David Métille, avocat à Lausanne, en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 2'784.-, plus CHF 222.80 au titre de la TVA, soit à un total de CHF 3'006.80. Elle est intégralement prise en charge par l'Etat de Fribourg. IV. Communication. 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 28 septembre 2015/pte Président Greffier