

FR_GERICHTE 608 2016 58 vom 10. Oktober 2017

FR Kantonsgericht, 2017-10-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_58

FR: FR_GERICHTE 608 2016 58 du 10 octobre 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 58 del 10 ottobre 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 30

avril 2005. Par décision du 18 mars 2009, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) rejette cette demande, considérant qu'une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles de l'assurée est exigible à plein temps avec un rendement diminué de 25%, que son activité actuelle de gouvernante (employée de maison; depuis novembre 2006) à 100% (5 heures quotidiennes fixes, 3 heures sur appel, toutes payées même si ces dernières ne sont que rarement demandées) est toujours assumée sans aucune incapacité de travail et (déjà) adaptée à son état de santé au vu des tâches demandées; elle ne connaît ainsi aucune perte de gain. Par arrêt (605 2009 154) du 10 novembre 2011 (dos. OAI 416), le Tribunal de céans rejette le recours formé contre cette décision, confirmant le refus du droit à la rente et la décision attaquée, faute de toute perte de gain lorsque fut rendue dite décision. Cette décision n'est pas attaquée par l'assurée. Dans l'intervalle, le 29 avril 2009 (cf. dos. OAI 336), l'employeur, une régie, avait résilié, pour fin juin 2009, le contrat de travail de l'intéressée, invoquant la nécessité d'une réorganisation de la prise en charge d'une personne dont s'occupait l'assurée et le refus de cette dernière de travailler un samedi sur deux pour celle-là. L'assurée bénéficia des prestations de l'assurance chômage. B. Le 28 novembre 2011, l'intéressée dépose une nouvelle demande de prestations. Elle y indique être en incapacité de travail à 50% depuis le 5 octobre 2010, exercer depuis le 9 mai 2011 une activité de gouvernante à 35%. Au titre de l'atteinte à la santé, elle mentionne une entorse cervicale en 2005, un autre accident en 2008 qui a aggravé ses douleurs cervicales, devenues chroniques (syndrome douloureux cervical), une scoliose, et un phénomène de fatigue (inflammation locale); l'atteinte existe depuis avril 2005, avec une aggravation (syndrome facettaire cervical); cette demande est faite parce que la décision de l'OAI de 2009 avait précisé que si sa situation financière devait changer, ce qui est le cas, elle pourrait faire à nouveau appel à l'office. Le 19 janvier 2012, l'office rend un projet de refus d'entrée en matière sur la demande. Cependant, il instruit la cause au vu des éléments déposés ensuite par l'intéressée. Une instruction comprenant notamment deux expertises psychiatriques – l'office mettant en œuvre une seconde avec l'assentiment de l'assurée, considérant que la première n'avait pas force probante – ainsi qu'une orthopédique, avec complément de ces deux dernières ensuite de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes, sera faite.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 14 Le 29 juin 2012 (dos. OAI 486), les nouveaux employeurs de l'assurée résilient au 31 août 2012 le contrat de travail, expliquant vouloir réorganiser leur ménage et ne plus avoir besoin de gouvernante. Le 7 novembre 2012, l'OAI

annonce projeter le rejet de la nouvelle demande présentée. L'OAI décide, le 5 février 2016, de refuser l'octroi de prestations – comme le montrent le projet du 7 novembre 2012, l'intitulé de la décision et son contenu, et contrairement à son dispositif erroné de non-entrée en matière –, considérant que la capacité de travail est inchangée depuis 2009, une activité adaptée étant exigible à 100%, avec une baisse de rendement de 25%. C. Le 10 mars 2016, l'assurée recourt contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente entière, le dossier étant renvoyé pour le reste à l'office, à charge pour lui de calculer notamment le montant de la rente; subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Selon elle, sa situation s'est péjorée depuis que les "faits ont été fixés la dernière fois par l'arrêt rendu le 10 novembre 2011" (p. 3), "ce qui est logique, au vu de la multiplication des diagnostics" mentionnés par l'expert orthopédique. C'est à tort que l'administration n'est pas entrée en matière sur sa demande, les conditions d'une révision étant manifestement remplies au vu de l'aggravation de son état de santé intervenue. Il convient cependant d'aller plus loin et que l'autorité saisie statue au fond. A cet égard, il ne faut pas se fonder sur des possibilités de travail irréalistes; or, la position de l'expert orthopédique selon laquelle un travail de gouvernante ""avec activité limitée", c'est-à-dire sans effectuer une activité ménagère" (p. 7), serait possible, avec une diminution de rendement de 25%, "ne tient pas la route, car elle ne correspond à aucun poste qui pourrait exister dans la vie réelle, même sur un marché équilibré du travail" (p. 8). En effet, en Suisse, une gouvernante est engagée "dans le but de gérer une maison. Cette activité comprend indéniablement le ménage"; il y a "(...) belle lurette que plus personne n'engage [ici] uniquement une dame de compagnie, afin d'entretenir la conversation", ce qui supposait en outre une certaine culture dont elle ne dispose pas. Au vu des limitations fonctionnelles retenues par l'expert orthopédique, "il n'est même pas possible de faire la cuisine". Elle ne peut, vu la multiplication de ses ennuis de santé, pris dans leur ensemble, effectuer la moindre activité professionnelle, n'est "plus utilisable sur le marché du travail". Si par impossible le Tribunal devait retenir qu'une activité est exigible, le dossier devrait être renvoyé pour calcul correct du revenu avec invalidité, dès lors que les limitations fonctionnelles et la limitation de rendement de 25% induiraient au moins le droit à une rente partielle, "car l'influence des limitations fonctionnelles sur son activité serait bien supérieure à 25%" (p. 9). Dans sa détermination du 30 juin 2016, l'OAI propose le rejet du recours. Il est bien entré en matière sur la nouvelle demande. Mais la révision demandée devait être rejetée, faute pour l'assurée d'avoir rendu vraisemblable que son atteinte à la santé s'est modifiée depuis le 18 mars 2009; il ne ressort aucun élément nouveau des preuves médicales produites, la situation médicale ne s'est pas modifiée depuis la décision de 2009. En ce sens, l'intéressée "ne présente aucun motif de révision et ne remplit pas les conditions des art. 87 al. 2 et 3 RAI et 17 LPG" (p. 1). La recourante ne différencie pas entre les diagnostics retenus par l'expert orthopédique ayant répercussion sur la capacité de travail et ceux sans influence sur celle-ci. Les conséquences des diagnostics sur la capacité de travail doivent être comparées à l'ancienne situation médicale. Or, l'expert précité arrive à la même conclusion que le SMR en 2008. Il n'est pas irréaliste de considérer qu'elle peut travailler comme gouvernante sans activité de ménage, elle l'a d'ailleurs

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 déjà fait par le passé; en sus, elle doit satisfaire à l'obligation de réduire son dommage. Il est donc exigible qu'elle travaille à temps plein dans un poste adapté à ses limitations fonctionnelles, que ce soit comme gouvernante ou non, avec une diminution de rendement de 25%. Cette exigibilité ayant en outre été confirmée

par le Tribunal de céans en 2011, il n'y a pas lieu de recalculer le revenu sans invalidité, au vu du défaut de motifs de révision. D. Par décision du 26 juillet 2016, la requête d'assistance judiciaire totale (608 2016 59) déposée avec le recours est rejetée, l'indigence n'étant pas établie. Le 9 septembre 2016, la recourante verse une avance de frais de CHF 800.-. Le 13 septembre 2016, la détermination de l'OAI est communiquée pour information à la recourante. Le même jour, celle-ci dépose une détermination spontanée à laquelle sont jointes deux pièces médicales; son incapacité de travail est de 100%, "comme cela est désormais le cas depuis bien quelques années." Le 4 octobre 2016, toujours spontanément, la recourante conteste intégralement l'argumentation de l'OAI et maintient la sienne. Elle déclare avoir également effectué des tâches ménagères dans l'emploi qu'elle avait lors de la première procédure de demande de prestations. Il est évident en outre que dans nos régions, une gouvernante est engagée également pour effectuer de telles tâches, non pour être une dame de compagnie dans un "contexte de la haute aristocratie". Le 13 octobre 2016, l'OAI répond ne pas avoir de remarques particulières à formuler à cet égard. Dans une nouvelle intervention spontanée, du 19 octobre 2016, la recourante dépose un rapport médical; selon elle, il en résulte à l'évidence qu'elle ne peut exercer quelque activité professionnelle que ce soit. Le 12 décembre 2016, l'OAI, après avoir demandé un avis à son Service médical régional, qu'il produit, maintient ses conclusions. Le 17 janvier 2017, la recourante produit un nouveau rapport médical. Le 31 du même mois, l'administration indique que ce dernier rapport présente une valeur probante amoindrie; en outre, il a été fait après la décision attaquée et, vu sa faible motivation, ne permet pas de se faire une meilleure idée de l'état de santé de l'intéressée au moment déterminant. Le 15 mai 2017, l'assureur LPP concerné est appelé en cause. Il ne réagit cependant pas. Le 27 septembre 2017, la recourante dépose trois pièces, dont un rapport médical. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants de droit du présent arrêt. 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 du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 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. 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 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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2,

2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon cet arrêt ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. b) Il découle de la notion d'invalidité que 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). 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 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 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). 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). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps

qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien- fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). c) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGA). d) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; et de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 e) Lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité (cf. art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]), la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (cf. arrêt TF 9C_302/2016 du 18 septembre 2015 consid. 5.2 et les références). En cas de nouvelle demande – à l'instar de ce qui prévaut en cas de révision selon l'art. 17 LPGA –, c'est 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 conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité (cf. ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 71 consid. 3.2; 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt TF 9C_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 2). 3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, sur laquelle l'OAI est entrée en matière. Il s'agit de déterminer si – par analogie avec l'art. 17 LPGA (cf. art. 87 al. 3 RAI; arrêt TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 3) – son taux d'invalidité a subi une modification justifiant l'octroi de prestations entre la décision initiale de refus de prestation du 18 mars 2009 et la décision litigieuse du 5 février 2016. Contrairement à ce que soutient la recourante, c'est en effet la première décision qui constitue le point de départ temporel pour l'examen devant prendre place ici; non (la date de) l'arrêt, non contesté par l'assurée, du Tribunal de céans, du 10 novembre 2011,

confirmant cette décision, arrêt dans lequel ne devaient pas être pris en compte des modifications de l'état de fait (notamment de la situation de l'état de santé) postérieures au 18 mars 2009. A titre liminaire, l'on relèvera encore que dans le cadre de la première procédure de demande de prestations, l'OAI examina l'incidence sur l'état de santé et la capacité de travail et de gain tant de l'accident de la circulation du 30 avril 2005 que de celui du 15 août 2008. a) Sur le plan psychiatrique, l'évolution de l'état de santé se présente ainsi: Lors de la première demande de prestations, l'assurée avait été vue à trois ou quatre reprises par le Dr B. _____ (cf. rapport du 17 avril 2008, dos. OAI 52), psychiatre et psychothérapeute, mais celui-ci posa le seul diagnostic somatique de syndrome cervical C1-3, avec une capacité de travail de 50%. Dans la seconde procédure: Pour son expertise (rapport du 10 novembre 2014, dos. OAI 672) et son complément du 10 janvier 2016 (dos. OAI 784), dûment motivés, l'expert Dr C. _____, FMH psychiatrie et psychothérapeute, s'est fondé sur l'étude du dossier asséurologique, l'anamnèse, les plaintes subjectives et les constatations objectives lors de l'examen clinique à l'occasion duquel il a pu examiner personnellement l'assurée et observer son comportement; il ne s'est pas contenté de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire; il s'est déterminé sur d'autres avis médicaux présents au dossier, y compris et notamment sur celui du psychiatre traitant, le Dr D. _____ auquel il avait en outre demandé une détermination écrite. La Cour peut confirmer que cette expertise satisfait pleinement aux critères de la jurisprudence devant être remplis pour lui accorder valeur probante. D'ailleurs, la recourante n'a formulé aucune critique à son encontre, aucune argumentation quant à l'état psychique et ses conséquences,

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 axant sa motivation sur la seule allégation d'une modification déterminante de l'état de santé somatique. L'expert ne retient aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail; sans répercussion sur celle-ci, il mentionne un syndrome douloureux somatoforme persistant, sans comorbidité psychiatrique (F45.4), et une personnalité dépendante (F60.7). Il n'y a aucune limitation quant à la capacité de travail tant du point de vue psychique que de celui social; sur le plan physique, sont mentionnées des douleurs que l'expertisée indique vivre comme très handicapantes; elle dispose cependant des ressources personnelles pour faire face à dite douleur. Sont notamment écartés l'existence d'un épisode dépressif sévère, d'un stress post-traumatique, de souvenirs envahissants (flashback), de rêves et cauchemars, de perte de l'élan vital. Pour la Cour, le Dr C. _____ répond là, notamment, de façon convaincante, aux éléments apportés par le Dr D. _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, qui a initié le 31 juillet 2012, après la résiliation du contrat de travail de l'assurée, son suivi psychiatrique. Les diagnostics et incapacités de travail retenus par le psychiatre traitant (cf. notamment rapports du 18 septembre 2012, dos. OAI 493: dépression sévère sans syndrome psychotiques depuis 2008 [F32.2]; syndrome de stress post-traumatique [F42.1], avec incapacité de travail de 50% à partir du 5 octobre 2010, totale dès le 23 juillet 2012, toute activité étant impossible, l'assurée ne pouvant se mouvoir; les limitations fonctionnelles sont quasi complètes; du 12 novembre 2013, dos. OAI 579: consultations bimensuelles ou mensuelles; syndrome dépressif chronique lié à la symptomatologie douloureuse de sa colonne vertébrale entraînant une impotence fonctionnelle importante; détermination du 19 janvier 2015, dos. OAI 686: le diagnostic à poser est celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen [F33.1]) sont en particulier discutés et écartés de manière probante par l'expert. La Cour note encore que dans son rapport d'expertise psychiatrique demandé par l'assureur perte de

gain, du 14 janvier 2010 (dos. OAI 599), le Dr E. _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, avait retenu un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale; des traits de personnalité histrionique; une absence de facteurs de stress aigus; et conclu également à une capacité de travail de 100% d'un point de vue psychiatrique. La Cour retient dès lors que sur le plan psychiatrique, il n'existe aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail et invalidant. Les diagnostics psychiatriques figurant dans les pièces produites en procédure de recours ne justifient nullement de s'écarter de ce qui précède. Ils n'ont pas été posés par des spécialistes en la matière, ne sont nullement étayés et ne mentionnent pas une incapacité de travail en découlant. En outre, ces pièces, motivées de façon courte, sont postérieures à la décision entreprise ici, qui définit la période soumise à l'examen de l'Autorité de céans. A noter que lors du séjour à la clinique F. _____ pour notamment une prise en charge de la douleur, une bonne évolution de la thymie fut observée. b) Sur le plan somatique, ce qui suit: aa) Lors de la première procédure ayant abouti à la décision du 18 mars 2009, l'OAI a pu prendre en considération les pièces suivantes: - IRM cervicale du 13 mai 2005 (dors. OAI 34): troubles statiques de la colonne dorsale supérieure (importante scoliose sinistro-convexe de la colonne dorsale supérieure); discrète protrusion discale

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 en C6/C7, sans conflit radiculaire; arthrose uncovertébrale en C4/C5 G avec rétrécissement modéré du canal nerveux mais sans atteinte nerveuse évidente; reste de l'examen s'avère normal; - médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, Dr G. _____, spécialiste en chirurgie, examen clinique, 13 octobre 2005 (dos. OAI 147): status cinq mois et demi après une entorse cervicale traitée conservativement chez une patiente présentant une arthrose de la colonne cervicale avec en particulier des ostéophytes allant de C4 à C7, une discopathie C6-C7; le status quo devrait être atteint à la fin du mois; - Dr H. _____, FMH médecine interne générale et rhumatologie, 29 septembre 2005 (dos. OAI 94): entorse cervicale post-traumatique associée à une hypotrophie de la musculature scapulaire D, syndrome facettaire L5-S1 et pseudo-radiculalgie D dans le dermatome S1; référence est faite pour le reste aux diagnostics figurant dans un rapport de 2004, soit avant le premier accident – la Cour relève que certaines atteintes existent en effet depuis nombre d'années, par exemple depuis l'enfance s'agissant de la cypho-scoliose dorsale, sans avoir empêché l'exercice d'une activité à plein temps; 19 décembre 2005 (dos. OAI 79): mention expresse en sus d'une lombalgie D; le 23 décembre 2008 (dos. OAI 268 et 272): syndrome cervico-scapulaire D et de l'angulaire de l'omoplate D post-traumatique due, selon l'anamnèse, à une "nouvelle chute sur l'épaule D en août 2008"; status après entorse cervicale post-traumatique et hypotrophie de la musculature D (2005); conflit sous-acromial associé à un acromion stade 2 de l'épaule D; cette employée de maison n'est pas à l'arrêt de travail; - Dr I. _____, FMH médecine interne générale, 14 septembre 2008 (dos. OAI 23): syndrome cervical posttraumatique après AVP en 2005; dorsolombalgies sur scoliose lombaire, hyper cyphose lombaire dorsale, discopathie L5-S1, atteintes existant depuis des années; syndrome cervical post-traumatique après AVP le 15 août 2008; l'activité habituelle est possible à 50% uniquement, sans perte de rendement; nuchalgies, limitation de la mobilité de la colonne cervico- dorsale, se manifestant au travail par des douleurs, et par une impossibilité de faire son travail de ménage; limitation pour soulever/porter des poids: 5 kg; cette limitation ainsi que les autres existent depuis 2005 (soit le premier accident); incapacité totale; d'ici fin septembre 2008, elle devrait être de 50%; 12 octobre 2008 (dos. OAI 277): cervicalgies; - Dr J. _____, FMH médecine interne générale et médecine du travail, du

SMR, examen clinique, 2 décembre 2008 (dos. OAI 223): syndrome cervico-scapulaire droit, associé à des troubles statiques et dégénératifs et à une hypotrophie de musculature scapulaire droite (atteinte du nerf axillaire?); lombalgies chroniques, associées à des troubles statiques et à une discopathie L5-S1; obésité; dans une activité adaptée, les limitations suivantes doivent être prises en compte: "Pas de port de charges lourdes (max: 8-10 kg occasionnellement), pas de travaux pénibles de manutention, pas de mouvements de contrainte répétitifs au niveau du rachis, pas de position statique prolongée, pas de position accroupie ou à genoux, pas de travail en hauteur ou sur une échelle, pas de plan de travail au-dessus de la ligne des épaules, pas d'exposition au froid ou à l'humidité de longue durée"; la capacité de travail est, dans ce cadre, de 75% pour une activité à temps plein, la diminution de rendement de 25% tenant compte de la diminution de rendement secondaire aux problèmes rachidiens (cervicaux et lombaires), de la nécessité d'alterner les positions, de prendre des pauses supplémentaires, de la mobilité tronculaire réduite en raison des troubles rachidiens. bb) S'agissant de la seconde demande de prestations, la Cour souligne d'abord que la plupart des atteintes mentionnées dans le rapport de l'expert orthopédique (cf. infra) figuraient déjà

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 dans les pièces à disposition de l'OAI lors de la première procédure, de sorte qu'il n'y a pas là une "multiplication" des diagnostics qui attesterait d'une aggravation de l'état de santé intervenue depuis la décision initiale de refus de prestations; de plus, seules sont déterminantes ici les atteintes ayant un effet significatif sur la capacité de travail et de gain. L'OAI a mis en place une expertise orthopédique avant de rendre sa décision. Pour la Cour, le rapport du 2 juillet 2015 (dos. OAI 717) et son complément du 15 janvier 2016 (dos. OAI 784) de l'expert Dr K. _____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie, respectent parfaitement les requis jurisprudentiels rappelés plus haut, et pleine force probante doit leur être reconnue. L'expert orthopédique a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants: 1. cervico-brachialgies à droite non déficitaires (status après entorses cervicales en avril 2005 et août 2008; status après protrusion discale C6-C7; discopathie C5-C6 avec protrusion discale foraminale gauche); 2. scoliose dorsale idiopathique à concavité droite; 3. lombalgies chroniques avec sciatalgies non déficitaires, à droite (discopathie pluriétagées modérées L2-L3, L3-L4; discopathie sévère L4-L5 et L5-S1 associée à une arthrose postérieure L3-L4 et L4-L5); 4. douleurs chroniques épaule droite; probable conflit sous-acromial sur arthrose acromio-claviculaire; 5. douleurs chroniques de la cheville droite; status après plastie itérative de LLE; possible lésion iatrogène du nerf sural pied droit; 6. Status après opération décollement de la rétine droite (2.11.2014), avec la précision de l'expert (cf. ch. 1, p. 10) qu'il ne peut se prononcer sur l'influence (limitations) sur la capacité de travail de cette atteinte oculaire. Plusieurs autres diagnostics, mais sans effets sur la capacité de travail, étaient encore mentionnés, dont une obésité classe II et un syndrome des jambes sans repos. Le médecin indique (cf. ch. 5, p. 10) que l'existence d'une scoliose dorsale idiopathique a été découverte dans l'enfance, que suite à une entorse cervicale stade II selon la Quebec task-force en 2005, l'intéressée a développé des cervico-brachialgies à droite, qu'elle avait aussi des lombalgies, que les douleurs ont persisté malgré plusieurs traitements conservateurs, et qu'ensuite d'un second accident en août 2008, il y eut exacerbation des douleurs de la nuque, de la colonne lombaire et de l'épaule droite, douleurs persistant malgré les traitements conservateurs. "L'assurée décrit des douleurs constantes qui dépassent largement ce qu'on pourrait attendre au vu de l'examen clinique et des multiples examens radiologiques effectués. Il n'y a cependant aucun signe clinique de Waddell de non

organicité." Pour la Cour, ces différentes atteintes, ainsi que cette appréciation du cas correspondent très largement avec les éléments ressortant des pièces à disposition de l'OAI lors de la première procédure, notamment du rapport de l'examen clinique du SMR du 2 décembre 2008, ayant fondé la décision du 18 mars 2009, ce contrairement à ce que considère la recourante. Il en va de même s'agissant des limitations. Pour l'expert K. _____ (cf. ch. 1, p. 10), l'assurée "ne peut effectuer qu'un travail adapté aux limitations fonctionnelles, c'est-à-dire un travail sédentaire ou semi-sédentaire, en évitant le port de charge de plus de 5 kg. Doit éviter les travaux penchée en avant ou en porte-à-faux. Doit éviter les métiers qui impliquent une mobilité de l'épaule droite au-delà de l'horizontal, ainsi que des mouvements répétitifs de celle-ci. Doit éviter le soulèvement de charges avec le membre supérieur droit, de plus de 3 kg. De courts déplacements à plat sont possibles. Doit éviter de marcher en terrain irrégulier". La Cour considère qu'il n'y a nullement là une large augmentation (aggravation) par rapport aux limitations retenues par le SMR auparavant, contrairement à ce que pense la recourante. En

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 particulier, le Dr J. _____ avait déjà mentionné qu'il fallait, par exemple, éviter un plan de travail au-dessus de la ligne des épaules, ainsi qu'un port de charges lourdes, un maximum de 8-10 kg pouvant occasionnellement être porté. Quant au Dr I. _____, il avait retenu, quelques jours après le second accident, une limitation pour le port et le soulèvement de charges de 5 kg, légèrement supérieure à celle retenue par l'expert orthopédique, et pour le seul bras droit – le 18 mai 2014 (cf. dos. OAI 627), il mentionna une charge ne devant pas être supérieure à 10 kg pour l'utilisation des bras et mains, et une limitation pour lever, porter ou déplacer un poids raisonnable de 5 kg. Enfin, l'expert retient que l'activité de gouvernante avec une composante de "femme de ménage" n'est plus possible, ce dernier aspect ne pouvant plus être exercé; en revanche, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites l'est à 100 % (depuis le 1er janvier 2006, cf. complément, p. 5 ch. 2.1), avec en "raison des douleurs chroniques une diminution de rendement de 25 % [qui] pourrait être justifiée". Soit exactement ce que retinrent le SMR dans son examen clinique, et l'OAI dans sa première décision. Là encore, l'on ne peut rejoindre la recourante lorsqu'elle affirme qu'une aggravation significative et déterminante est intervenue depuis la première décision de refus de prestations. Ce d'autant moins au vu de l'usage du conditionnel ("pourrait être justifiée") par l'expert, marquant qu'il s'agit là en tout les cas d'un maximum pour cette baisse de rendement, en soulignant de plus que celle-ci est liées aux douleurs chroniques dont se plaint l'assurée. A noter encore, s'agissant des différentes atteintes douloureuses à la colonne et à l'épaule droite, que les examens (IRM, etc.) pratiqués et rappelés par l'expert aux pages 3s. et 8 n'ont ni mis en évidence une péjoration notable de la situation depuis 2005, ni, en particulier, un aspect déficitaire. La Cour relève en outre qu'hormis la question de la faisabilité d'une activité de gouvernante compte tenu de ses limitations, la recourante ne remet en aucune façon en cause l'expertise, à tout le moins pas de façon suffisante, mais en reprend au contraire expressément notamment les diagnostics et lesdites limitations fonctionnelles pour motiver l'existence, selon elle, d'une aggravation déterminante de son invalidité. L'on soulignera aussi, au passage, qu'elle se prévaut également du rapport d'expertise pour l'assureur perte de gain, du 23 novembre 2009, du Dr L. _____, FMH rhumatologie et médecine interne générale, du 24 novembre 2009 (dos. OAI 387); or, selon ce dernier, sa capacité de travail était complète dans l'activité habituelle (diagnostics de cervico-brachialgies droites chroniques non déficientes et non irritatives, avec status après traumatismes cervicaux par accélération et décélération anamnestiques le 30 avril 2005 et le 15 août 2008, et une discopathie modérée

C6-C7; atrophie de la musculature du trapèze et du deltoïde droit; obésité de classe II). Quant à l'atteinte oculaire à droite, ceci: le Dr M. _____, FMH ophtalmologie, a mentionné le 21 novembre 2014 (dos. OAI 680) un décollement de rétine subtotal de l'œil droit survenu le 1er novembre 2014 et opéré le lendemain; la capacité de travail était actuellement limitée, en phase post-opératoire à court terme, qui ne permettait encore pas de préciser les séquelles à long terme, car souvent l'acuité visuelle progresse encore des mois après l'intervention; mais l'importance du décollement ici obligeait à être un peu prudent quant à la récupération fonctionnelle de l'œil. Le 24 juillet 2015 (dos. OAI 724), après le contrôle du 11 mai 2015, il faisait état d'un pronostic moyen à faible sur le plan de l'acuité visuelle, laquelle était alors de 0.1 corrigé pour l'œil droit; il n'y avait pas de limitation fonctionnelle ou de capacité hormis en ce qui concernait les activités exercées principalement en marchant (terrain irrégulier) et celles sur

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 échelles et échafaudages. Le SMR, Dr N. _____, FMH anesthésiologie, retint, le 1er septembre 2015, qu'alors, l'état équivalait à une amblyopie de l'œil droit, et mentionna donc une vision monoculaire au titre de limitation fonctionnelle; toute activité ne nécessitant pas une vision binoculaire était cependant médicalement exigible. Pour la Cour, pour une activité entrant dans le champ de compétences de l'assurée, ne nécessitant en particulier aucun travail de précision, avec une vision binoculaire (élevée), l'atteinte à l'œil droit n'entraînait pas une limitation, une diminution (durable) de la capacité de travail. Les médecins traitants s'étant prononcés, y compris en procédure de recours, ne le retinrent d'ailleurs pas, ce qu'ils n'auraient pas manqué de faire si tel était le cas; parfois, ils ne mentionnèrent même pas cette atteinte. A noter encore que l'assurée indiqua son assurance-véhicule dans sa requête d'assistance judiciaire de 2016, ce qui implique qu'elle conduisait toujours, et qu'en décembre 2016, selon le rapport de la clinique F. _____ produit, elle eut une opération de la cataracte à l'œil droit. Les rapports produits en cours de procédure de recours, y compris le dernier, déposé le 27 septembre 2017, ne justifient aucunement de s'écarter en tout état de cause de ce qui précède. c) Dès lors, la Cour retient qu'à l'issue de l'examen de la seconde demande de prestations, c'est à raison que l'OAI a considéré qu'à l'instar de ce qu'il avait retenu lors de la première procédure de demande de prestations, achevée par la décision du 18 mars 2009, aucune atteinte psychique avec effet sur la capacité de travail n'existait, d'une part, et, que somatiquement, une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, lesquelles sont précisément très sensiblement semblables à celle retenues auparavant, était toujours exigible à 100%, avec alors, au plus, une perte de rendement de 25%, d'autre part. Partant, aucune modification déterminante, singulièrement quant aux atteintes significatives pour la capacité de travail, à leurs effets sur celle-ci et la capacité de gain, aux limitations fonctionnelles et à la diminution du rendement n'est intervenue. d) La recourante conteste l'expertise somatique sur un point, à savoir que l'activité de gouvernante pourrait être exercée de façon adaptée à ses limitations moyennant qu'elle ne comporte pas un volet de femme de ménage. Pour elle, un engagement à ce titre suppose nécessairement aussi l'exécution de telles tâches ménagères, de sorte qu'il est irréaliste de considérer qu'elle pourrait trouver un tel poste au vu de ses limitations. Pour la Cour, tel n'est pas le cas. La possibilité d'exercer, sans devoir réaliser des tâches de ménage lourdes et inadaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée, une activité de gouvernante, de dame de compagnie, existe sur un marché équilibré, quand bien même cette dernière expression peut sembler désuète à la recourante. On rappellera que sa formation lui permet notamment de travailler avec des personnes âgées, par exemple en institution, avec en particulier un accent mis sur

l'accompagnement, une certaine surveillance, l'animation, la gestion du quotidien (prises de rendez-vous, etc.), ainsi que des tâches telles que la mise de la table, la préparation des repas, leur réchauffement, la tenue du plan de travail propre, l'organisation de l'intendance, un coup de balai, etc. C'est d'ailleurs ce qu'elle fit dans son activité exercée de novembre 2006 à fin juin 2009, ce qui permit à l'OAI de retenir dans sa décision entrée en force que son activité actuelle respectait déjà ses limitations fonctionnelles et était donc déjà adaptée (cf. également les explications données lors de l'entretien avec l'OAI du 23 octobre 2008, dos. OAI 213; courrier de l'employeur, du 21 juillet 2009, dos. OAI 338; rapport du SMR du 2 décembre 2008; les propres indications de l'assurée ressortant de son courrier non signé du 27 septembre 2017). Et de même, elle a pu retrouver, en mai 2011, un poste semblable, même si à un taux

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 d'activité moindre (cf. le descriptif de tâches dans le contrat du 9 mars 2011, dos. OAI 418). L'on notera encore qu'une incapacité de cuisiner ne ressort nullement du dossier ou des limitations fonctionnelles retenues, contrairement à ce que soutient la recourante; à noter d'ailleurs, à titre d'exemple, que devant l'expert psychiatrique (cf. rapport, p. 15), elle indiquait s'occuper des commissions et des repas, et qu'elle expliqua à l'expert K. _____ (cf. rapport, p. 6) faire du repassage, du tricot, préparer les repas pour son couple, s'occuper des fleurs de son jardin. Il n'y a donc pas motif de considérer que l'assurée était empêchée, lorsque statua l'OAI, d'exercer, sur un marché équilibré, cette activité habituelle; il n'existait donc pas un degré d'invalidité de 40% au moins, de sorte que la nouvelle demande de rente devait bien être à nouveau rejetée. e) En outre et cela étant, même si l'on considérait que l'exercice d'une activité de gouvernante adaptée à ses limitations fonctionnelles n'est plus possible, il serait exigible de l'assurée qu'elle réalise un travail relevant d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité adaptées. Le salaire ainsi obtenu devrait être diminué au plus de 25 %, l'expert K. _____ ayant fixé là un maximum (cf. supra) tenant compte de toutes les limitations induites par l'état de santé de l'intéressée; aucune diminution, réduction de salaire supplémentaire, pour quelque motif que ce soit, ne se justifie dans cette situation. L'assurée pourrait ainsi obtenir un revenu annuel de CHF 44'558.- (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, tableau TA1_skill_level, total femmes niveau de compétence 2, pour tenir compte notamment des deux formations de l'intéressée achevées par l'obtention d'un CFC, de son expérience professionnelle acquise, ainsi que de sa capacité de réaliser un accompagnement et des soins non "lourds", des tâches administratives, une certaine compréhension et maîtrise de machines: CHF 4'646.-; après adaptation à la durée normale de travail, et indexation à 2015, année de l'expertise orthopédique: CHF 59'410.-; moins 25 %: CHF 44'558.-). En le comparant au revenu annuel – élevé – sans invalidité obtenu en 2009, de CHF 62'400.- (12 x CHF 5'200.-), indexé à 2015, soit CHF 65'780.-, le taux d'invalidité s'élèverait à 32.26, degré toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Si l'on partait des chiffres pour 2012, année où prit fin sa dernière activité lucrative, l'on ne parviendrait pas à autre chose. 4. Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, dans cette mesure, et le recours, rejeté. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils seront prélevés sur son avance de frais d'un même montant. Il ne sera pas alloué de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante et seront prélevés sur son avance de frais, d'un même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 10 octobre 2017/djo Le Président Le Greffier-rapporteur

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