

FR_GERICHTE 608 2017 217 vom 25. Juli 2018

FR Kantonsgericht, 2018-07-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_217

FR: FR_GERICHTE 608 2017 217 du 25 juillet 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 217 del 25 luglio 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable, sous réserve des conclusions sur le fond du litige, lesquelles sont irrecevables dans un recours portant sur un refus d'entrer en matière.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

E. 2.2

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 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).

E. 2.3

Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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. En effet, 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 (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). L'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de 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'entrer 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 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). Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale (arrêts TF 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). 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 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101); 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 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 (arrêt TF

9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et les références citées). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est – en application par analogie des principes découlant de l'art. 17 LPGA – 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 (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

E. 3

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la recourante a établi de manière plausible une éventuelle modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

E. 3.1

La dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente est la décision de refus du 3 février 2016, qui n'a pas été contestée par l'assurée. A ce moment-là, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, diagnostiquait un status post-réparation de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite le 24 septembre 2013 et un abcès sterno-cléidomastoidien post-chirurgical ayant nécessité un débridement. Il retenait comme symptômes des douleurs de type mécanique, aussi nocturnes, qui survenaient en particulier lors de ports de charges. Quant aux limitations fonctionnelles, elles étaient notamment les suivantes: pas de port de charges supérieur à 1 kg et pas de port de charges en porte-à-faux, pas de travail en hauteur ou sur une échelle, pas d'horaire irrégulier, de nuit ou le matin, ne pas rester assis, debout ou dans la même position pendant plus de 4 heures par jour, ne pas utiliser le bras droit, pas de travail à genoux ou en position accroupie. Par ailleurs, l'exigibilité a évolué: l'assurée pouvait travailler dans son activité de serveuse avec une diminution de rendement de 70%, ou à un taux de 40%, ou 4 heures par jour, ou encore ne pouvait plus exercer cette profession. Une activité adaptée était quand à elle exigible à plein temps, sauf en août 2014 lorsqu'elle était exigible avec un rendement réduit de 60% (rapports du 30 octobre 2013, dossier OAI p. 61, du 24 janvier 2014, dossier OAI p. 44, du 27 août 2014, dossier OAI p. 111, du 9 juillet 2014, p. 164, du 25 novembre 2014, dossier OAI p. 133, et du 9 mars 2015, dossier OAI p. 181). Dans son rapport du 17 juillet 2015, le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ne posait qu'un diagnostic sans influence sur la capacité de travail, à savoir des troubles de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23). Il notait une tristesse et une colère en lien avec le licenciement, ainsi qu'une anxiété face à l'avenir. Enfin, il attestait une pleine capacité de travail du point de vue psychiatrique (dossier OAI p. 196). Le Dr D. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin du SMR, relevait que l'activité de serveuse ne respectait pas les limitations fonctionnelles liées à une pathologie de l'épaule. Il retenait comme limitations fonctionnelles notamment de ne pas avoir d'activité avec les bras au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges supérieur à 5-8 kg près du corps avec le bras droit, et pas de travaux nécessitant un effort de traction avec le membre supérieur droit (rapport du 9 septembre 2014, dossier OAI p. 118). Le 31 août 2015, il attestait d'une pleine exigibilité physique et psychique dans une activité adaptée (dossier OAI p. 205).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7

E. 3.2

La recourante a déposé une nouvelle demande le 13 mars 2017. Divers rapports médicaux établissant la situation médicale suivante ont été produits. Ces rapports émanent essentiellement du Dr B. _____, lequel indique suivre la recourante depuis 2013 pour une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, et dont les suites de l'opération ont entraîné une infection et un abcès dans la région du muscle sterno-cléido- mastoïdien. L'assurée souffre de douleurs résiduelles en raison de lésions partielles de la coiffe des rotateurs empêchant une activité nécessitant un port de charges supérieur à 1 à 2 kg au-dessus du plan de l'épaule (rapports du 21 janvier 2016, dossier OAI p. 244, du 25 août 2017, dossier OAI p. 146). Depuis août 2016, il atteste également d'un conflit sous-acromial et de déchirures du muscle sus-épineux et du muscle sub-scapulaire à l'épaule gauche. Ces troubles entraînent une incapacité de travail de 40% (rapports du 23 août 2016, dossier OAI p. 261, du 14 novembre 2016, dossier OAI p. 272, du 21 décembre 2016, dossier OAI p. 278 et du 25 août 2017). Le Dr B. _____ précise le 25 août 2017 qu'une reprise d'une activité à 100% est tout à fait illusoire. Il relève enfin qu'une sursollicitation du bras gauche aboutira à court ou moyen terme à une probable intervention chirurgicale telle que la première (rapports du 21 décembre 2016 et du 25 août 2017). Le Dr D. _____, médecin du SMR, estime le 27 avril 2017 que la lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche ne modifie pas les limitations fonctionnelles déjà retenues pour l'épaule droite, ni le profil des activités adaptées possibles. Il explique l'incapacité de travail de 40% attestée par le Dr B. _____ par le fait que l'activité habituelle d'employée de restaurant n'est pas adaptée (dossier OAI p. 299). La recourante a encore produit trois rapports médicaux datés du 27 septembre 2017, 26 avril 2018 et 9 mai 2018. Ils n'ont toutefois pas à être examinés ici dans la mesure où l'Instance ne doit prendre en compte que ceux en possession de l'OAI lorsqu'il a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêt TF 9C_265/2017, consid. 5.2).

E. 3.3

Il ressort de ce qui précède que la recourante souffre dorénavant, en plus des problèmes à l'épaule droite, restés identiques, de troubles à l'épaule gauche, à savoir un conflit sous-acromial et des déchirures des muscles sus-épineux et sub-scapulaire. Ces nouvelles atteintes n'entraînent toutefois pas d'autres limitations que celles déjà mentionnées précédemment par le Dr B. _____ lui-même pour l'épaule droite, à savoir éviter le port de charges de plus de 1 à 2 kg au-dessus du plan de l'épaule et les mouvements en traction. Par ailleurs, le Dr B. _____ atteste désormais d'une incapacité de travail de 40% sans que l'on sache si elle existe dans l'activité habituelle, dans une activité adaptée ou dans les deux, de sorte que ses rapports ne sont pas probants sur cette question. Le fait que l'assurée devra probablement subir le même genre d'intervention chirurgicale pour son épaule gauche que pour l'épaule droite n'est ensuite pas déterminant déjà du seul fait qu'une telle opération n'est pas certaine, seule la situation médicale au moment de la décision de refus d'entrer en matière étant décisive. Enfin, les limitations fonctionnelles étant toujours les mêmes, on ne voit pas pourquoi les activités adaptées correspondant à son état de santé ne seraient plus exigibles. Aucune atteinte n'existe par ailleurs du point de vue psychiatrique. En effet, seul le Dr B. _____ fait mention dans son rapport du 21 janvier 2016 du fait que l'assurée était suivie du point de vue psychologique, cela uniquement en lien avec les complications ayant suivi l'opération de 2013 et sans en parler dans ses rapports ultérieurs. La recourante elle-même n'en fait pas mention dans sa demande du 13 mars 2017, seuls les troubles physiques y figurant. De ce fait, en l'absence de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 tout rapport médical émanant d'un spécialiste en psychiatrie et du fait que les troubles psychiatriques qui existaient avant la décision du 3 février 2016 avaient été considérés comme n'étant pas invalidants, il y a lieu de considérer qu'aucune aggravation n'est intervenue sur le plan psychiatrique. Ainsi, force est de constater que l'assurée n'a pas rendu plausible que son état de santé s'était modifié de manière à influencer sa capacité de travail depuis le refus initial de rente du 3 février 2016. Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée s'est refusée à entrer en matière sur la nouvelle demande présentée par l'assurée.

E. 4

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 400.- et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés avec l'avance de frais versée le 25 septembre 2017. Succombant, la recourante n'a pas droit à des dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité. II. Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de A. _____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 25 septembre 2017. III. Il n'est pas octroyé de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 25 juillet 2018/cso Le Président: La Greffière-rapporteure:

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