

FR_GERICHTE 608 2020 176 vom 23. Februar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-02-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_176

FR: FR_GERICHTE 608 2020 176 du 23 février 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2020 176 del 23 febbraio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 22

septembre 2009 et du 14 avril 2010. L'assurée a repris un emploi d'aide-soignante à 70% auprès d'un autre EMS depuis le 1er décembre 2010. Son employeur a résilié les rapports de travail pour le 31 janvier 2018, lui reprochant d'avoir manqué à son devoir de diligence. B. Entretemps, les 26 août 2017, 29 août 2018 et 23 mars 2019, l'assurée a déposé de nouvelles demandes de prestations auprès de l'OAI, indiquant toujours souffrir d'arthrose aux deux genoux. Par décisions du 18 octobre 2017, 27 novembre 2018 et 3 septembre 2019, l'OAI n'est pas entrée en matière sur ces différentes demandes. C. Le 3 octobre 2019, l'assurée a déposé une cinquième demande de prestations, indiquant avoir subi "l'opération des genoux et mis une prothèse". Par décision du 14 juillet 2020, reprenant un projet du 13 mai 2020, l'office a rejeté la demande de rente, estimant que l'état de santé de l'assurée était demeuré inchangé depuis sa précédente décision. D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Elio Lopez, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 14 septembre 2020 concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, au renvoi du dossier pour mise en place d'une expertise. A l'appui de son recours, elle affirme non seulement souffrir de troubles orthopédiques mais également de troubles respiratoires, cardiologiques, lombaires, artériels et psychiatriques. Elle se plaint de ce que son dossier n'a pas été suffisamment instruit, l'OAI n'ayant pas procédé à des mesures d'instruction en lien avec ces différentes atteintes. Elle informe le Tribunal être en attente de rapports médicaux, demandant qu'un délai lui soit accordé pour les produire. Les 23 et 25 novembre 2020, elle s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 23 décembre 2020, l'OAI propose le rejet du recours, renvoyant aux pièces de son dossier ainsi qu'aux considérants de sa décision. Le 14 janvier 2021, l'assurée a déposé des pièces supplémentaires, demandant à nouveau l'octroi d'un délai pour produire d'éventuelles pièces complémentaires.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 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 en droit du présent arrêt. en droit 1. 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 à la forme. En outre, la recourante, dûment représentée, est 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. Partant, il y a lieu d'entrer en matière sur les mérites du recours. 2. 2.1. A teneur 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. 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). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (cf. art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281; 127 V 294; 102 V 165; VSI 2001 p. 223). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281; 130 V 396). En outre, l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics, par exemple si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable qui permettent de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance. 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, en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. ATF 143 V 409; 141 V 281). 3. 3.1. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 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. 3.2. 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 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). 3.3. 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). 4. 4.1. 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 4.2. 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). 5. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI, respectivement si la mise sur pied d'une expertise est nécessaire pour déterminer si une telle aggravation s'est produite. 5.1. La décision du 20 mai 2009 constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, étant rappelé que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2). Partant, il s'agit de comparer ici les faits qui prévalaient lors du refus initial de rente avec ceux existant au moment de la décision attaquée. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si l'état de santé de la recourante s'est ou non modifié entre ces deux dates au point de devoir entraîner une augmentation de sa perte de gain. Dans sa décision du 20 mai 2009, l'OAI a considéré que

l'activité d'auxiliaire de santé était contre-indiquée mais que l'assurée demeurait en mesure de travailler à temps plein, sans perte de rendement, dans une activité adaptée. Une telle activité devait respecter les limitations suivantes : éviter la position debout prolongée, les efforts debout, la position accroupie ou à genoux, la marche prolongée ou sur terrain irrégulier, l'utilisation répétitive des escaliers et le port de charges de plus de 10 kg (dossier OAI, p. 122). Cette appréciation se fondait sur l'avis de la Dre B. _____, spécialiste en médecine du travail auprès du Service médical régional (ci-après: SMR), du 3 mars 2009. Citant le diagnostic invalidant de gonarthrose bilatérale sévère, cette spécialiste retenait en effet les limitations évoquées dans la décision précitée (dossier OAI, p. 104). 5.2. Sur le vu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante a évolué au point d'impacter sa capacité de gain. Dans ses différents rapports médicaux, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, estime qu'il est impossible que sa patiente reprenne une activité professionnelle en tant qu'aide-soignante. En revanche, il concède qu'elle est en mesure

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 d'exercer une autre activité 9 heures par jour. Une telle activité doit être réalisée en position assise et peut impliquer une pleine utilisation des deux bras ainsi que des horaires de travail irréguliers (rapports du 3 avril et du 3 juin 2020, dossier OAI, p. 443 et 462; cf. ég. p. 217, 250, 253, 256, 259, 360, 370, 378 et 394). Ces éléments ne s'écartent que peu de ceux relevés par son confrère, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans les différents rapports produits dans le cadre des précédentes demandes de prestations (dossier OAI, p. 245 et 327). S'il évoque une capacité de travail de 50% dans un rapport postérieur à la décision litigieuse, lui-même admet ne pas être en mesure d'évaluer cette question, estimant qu'il serait nécessaire de se référer aux conclusions d'un spécialiste en médecine du travail (rapport du 2 décembre 2020, annexé au courrier du 14 janvier 2021). A lire le Dr C. _____, il est dès lors clairement vraisemblable que, à la date de la décision contestée, l'assurée demeure toujours en mesure de travailler à temps plein, sans perte de rendement, dans une activité évitant la position debout prolongée ainsi que les efforts debout, la position accroupie ou à genoux, la marche prolongée ou sur terrain irrégulier, l'utilisation répétitive des escaliers et le port de charges de plus de 10 kg. 5.3. Dans son recours, la recourante affirme souffrir également de troubles respiratoires, de troubles cardiologiques, de troubles lombaires, de troubles en lien avec la tension artérielle et de troubles psychiatriques. A ses dires, ces troubles engendrent une incapacité totale de travail dans l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, promettant de produire de nouveaux rapports médicaux. Cette affirmation n'est pas confirmée à la lecture des rapports médicaux figurant au dossier. Au contraire, dans son rapport du 3 avril 2020, le Dr C. _____ souligne même qu'il n'y a pas d'autres intervenants (dossier OAI, p. 446). En outre, dans l'ensemble de ses demandes de prestations, l'assurée indiquait n'être invalidée que par ses troubles au niveau des genoux (cf. dossier OAI, p. 12, 166, 171, 194, 221 et 316). Dans les différents courriers et formulaires transmis, elle ne fait pas mention d'autres atteintes à sa santé (dossier OAI, p. 219, 341, 428, 451 et 459). Enfin, dans son intervention spontanée du 14 janvier 2021, l'assurée se prévaut de différents rapports de la Dre E. _____, spécialiste en médecine générale et en cardiologie, et du Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (voir annexes au courrier du 14 janvier 2021). Ces rapports ont toutefois été établis postérieurement à la décision contestée du 14 juillet 2020. Ils examinent également une situation postérieure à celle-ci, se référant notamment à des analyses de septembre ou de novembre 2020. Ces nouveaux documents n'ont pas à être pris

en considération pour solutionner le présent litige. De même, dans ce contexte, la Cour se doit de rejeter la demande de la recourante de se voir "impartir un délai pour produire d'éventuelles pièces médicales complémentaires". Au final, il apparaît que les troubles évoqués par l'assurée ne figurent dans aucune pièce du dossier pertinent pour trancher la présente cause. Tout au plus peut-on souligner que le Dr C._____ soutient que sa patiente a une faible motivation à reprendre un travail ou un reclassement professionnel et évoque des "facteurs extra-médicaux tels que notamment l'âge de la patiente ainsi qu'un niveau de formation à notre connaissance minimale". De tels facteurs ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité, ne résultant pas d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 5.4. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède, que l'assurée n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité d'aide-soignante mais demeure apte à exercer une autre activité à temps plein, sans perte de rendement. En cela, ainsi qu'il l'a déjà été souligné, la situation n'a pas évolué depuis la décision initiale de l'OAI puisque l'assurée demeure toujours apte à travailler dans l'activité alors retenue. Dans ce contexte, la comparaison des revenus ne saurait aboutir à un résultat notablement différent de celui auquel était parvenu l'OAI en 2009. Dans la mesure où l'on ne saurait considérer que la situation de la recourante a notablement changé au sens de l'art. 17 LPGA, c'est dès lors à juste titre que l'OAI ne lui a pas reconnu le droit à la rente d'invalidité auquel elle prétend. 6. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 14 juillet 2020 confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé d'indemnité de partie. La Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 23 février 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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