

# FR\_GERICHTE 605 2014 37 vom 24. Juli 2015

FR Kantonsgericht, 2015-07-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2014\\_37](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_37)

FR: FR\_GERICHTE 605 2014 37 du 24 juillet 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2014 37 del 24 luglio 2015

## Regeste

Arrêt de la Ie 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 à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, la recourante étant en outre directement atteinte par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 18

### E. 2

A teneur 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 de la loi fédérale 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. a) Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a et les références). Ainsi, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). b) Le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut

résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de retrouver du travail. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs et peut se voir attribuer une rente. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Dans une jurisprudence récente (9C\_492/2014), le Tribunal fédéral a décidé d'abandonner la présomption qui valait jusqu'alors, selon laquelle les syndromes douloureux somatoformes et

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 autres affections somatiques assimilées pouvaient en principe être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il a en effet estimé que cette présomption construite sur le modèle règle/exception, également consacré par l'ATF 130 V 352 susmentionné, conduisait dans les faits à un refus quasi systématique des rentes aux personnes atteintes de tels troubles. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit ainsi être bien plutôt évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurés, sur la base d'une vision d'ensemble et d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux problématiques de nature psychosomatique, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat défini, la personne assurée continuant toutefois à supporter le fardeau de la preuve. Il conviendra notamment de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose cette dernière, 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 vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes (9C\_492/2014). Cela étant, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294).

### **E. 3**

a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque 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 raisonnablement exigibles (lit. a); qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b); enfin, lorsque, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) 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 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 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18

#### **E. 4**

Selon l'art. 87 al. 4 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. 3 sont remplies. D'après ce dernier alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Dans le cadre de l'examen d'une nouvelle demande, il s'agira, par conséquent, d'appliquer par analogie les principes relatifs à l'examen de la révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA, lequel prévoit que 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). Ainsi, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou à la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important de ces dernières, propres à influencer le degré d'invalidité, peut donner lieu à révision. Il y a révision 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 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314; VSI 1996 p. 192 consid. 2d; ATF 113 V 22 et les références).

#### **E. 5**

Est en l'espèce litigieux le droit à la rente de la recourante. Celle-ci soutient en substance que son état n'est allé qu'en empirant depuis le dépôt de sa première demande en 2004, plus particulièrement depuis le début de l'année 2012, date de sa quatrième demande de rente. Pour l'OAI au contraire, la recourante n'est toujours atteinte que d'un seul trouble somatoforme non invalidant et demeure dès lors, en théorie du moins, capable de travailler.

Il y a lieu de revenir brièvement sur l'historique médical de la recourante, afin de voir si et dans quelle mesure son état de santé s'est aggravé, à tout le moins depuis le dernier refus de rente, prononcé au mois de juin 2009. a) atteinte à la santé Alors employée en boulangerie, la recourante s'est adressée pour la première fois à l'OAI en avril 2004. Elle était âgée de 39 ans et se plaignait de cervicalgies et de lombalgies récidivantes, précisant souffrir d'une « fibromyalgie » (dossier OAI, pièce 13). La Dresse B.\_\_\_\_\_ résumait alors ainsi la survenance et l'évolution des douleurs, qui entraînaient fatigue et pesaient sur son humeur et l'avaient contrainte à cesser le travail : « Elle a commencé à ressentir des lombalgies il y a une dizaine d'années, intermittentes, avec des blocages lombaires récidivants. Les radiographies effectuées en 1997 révélaient une anomalie de transition, ainsi que des troubles statiques et posturaux. Depuis l'année passée, cette symptomatologie s'intensifie, la patiente développant de surcroît des douleurs migrantes des

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 hanches, des chevilles, des doigts, même de la région cervicale et du thorax, avec une incidence nocturne insomnante. Les médicaments sont peu efficaces, quels qu'ils soient (AINS, antalgiques simples ou relaxants musculaires), la physiothérapie n'apportant pas d'amélioration non plus. Un certain nombre de symptômes satellites viennent se greffer à cette évolution défavorable, avec une fatigue très importante, une prise pondérale de 15 kg en 3 ans, et des troubles de l'humeur de plus en plus marqués. La situation est telle qu'elle a dû interrompre son travail de vendeuse depuis mi-juillet » (rapport du 4 novembre 2003, dossier OAI, pièce 32). Au départ plutôt localisées au niveau du bas du dos (lombalgies), ces douleurs avaient déjà tendance à s'étendre à tout le corps et le diagnostic d'une fibromyalgie probable était posé : « Douleurs articulaires de localisations multiples dans un contexte de très probable fibromyalgie. (...) Les douleurs articulaires (...) ont tendance à s'étendre à l'ensemble du corps, ne répondent plus au traitement antalgique instauré à ce jour, et s'accompagnant par ailleurs de symptômes systémiques avec asthénie, prise pondérale et troubles de l'humeur » (rapport précité). Son assurance-maladie a rapidement confié mandat d'expertise au Centre multidisciplinaire de la douleur (CMD) sous la responsabilité du Dr C.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et du Prof D.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH (rapport d'expertise du 23 février 2004, dossier OAI, pièce 50). Dans leur rapport, les spécialistes relevaient que la recourante se plaignait « de douleurs lombaires basses irradiant dans les deux fesses mais également de douleurs au niveau des épaules, des genoux et des chevilles. Ces douleurs varient en temps et en intensité. Elle déclare également avoir des troubles du sommeil. Par contre elle n'a aucun problème de concentration, de mémoire et aucun problème de transit intestinal » (expertise CMD, p. 4, dossier OAI, pièce 47). Ces douleurs influaient sur son moral : « Elle se sent triste, parce qu'elle voit qu'elle n'arrive pas à faire son travail, elle est angoissée, avec souvent des serremments à la gorge. Cela va mieux certains jours, mais elle est souvent en bas. Elle se lève en général le matin très mal, avec des idées noires, il n'y a pas un jour où elle se sent bien. Ses douleurs sont devenues chroniques, le moindre petit mouvement fait mal » (expertise CMD, p. 5, dossier OAI, pièce 46). Pour autant, elle ne paraissait atteinte d'aucune maladie psychique : « elle exprime des sentiments dépressifs, de l'anxiété, on ne relève actuellement aucune idée suicidaire. L'expression émotionnelle au cours de cet entretien est relativement peu muable, elle reste plutôt terne, comme résignée. Le discours est relativement précis, sans contradiction, le processus de pensée ne montre rien qui laisse suggérer une pathologie psychiatrique sous-jacente grave au-delà de l'état dépressif, le cours et la forme sont sans particularité. On ne relève aucun élément de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée,

il n'y a pas de fuite des idées, aucune tendance digressive, aucune logorrhée particulière, rien ne laisse suggérer la possibilité d'un trouble de l'identité grave » (expertise CMD, p. 8-9, dossier OAI, pièces 42-43). Le diagnostic de fibromyalgie était dès lors confirmé : « elle souffre d'une fibromyalgie depuis à peu près une année » (expertise CMD, p. 9, dossier OAI, pièce 42). Cette fibromyalgie n'était toutefois pas considérée comme invalidante.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 Ni d'un point de vue rhumatologique : « D'un point de vue rhumatologique, la patiente peut exercer un emploi sans port de charges avec la possibilité de changer fréquemment de position. Elle déclare que les douleurs n'ont jamais été en relation avec son emploi de vendeuse en boulangerie. Dans ce genre d'emploi, sans port de charges et pouvant changer de position fréquemment, la capacité de travail est à 100% » (expertise CMD, p. 10, dossier OAI, pièce 41). Ni même d'un point de vue psychique : « Il peut être admis actuellement tout au plus un état dépressif d'intensité légère à moyenne, celui-ci ne justifie pas en soi d'une incapacité de travail » (expertise CMD, p. 10, dossier OAI, pièce 41). Dans ces conditions, une première décision de refus de rente fut rendue le 1er juillet 2004 (dossier OAI, pièce 87). La recourante s'y est opposée, faisant valoir en substance que « son état s'empirait de jour en jour » (opposition du 30 juillet 2004, dossier OAI, pièce 100). Par l'entremise encore de l'assurance-maladie, une seconde expertise fut confiée au Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie (rapport d'expertise du 19 novembre 2004, dossier OAI, pièce 111). Celui-ci peinait à expliquer les plaintes : « Actuellement, on est frappé par une modification des plaintes, qui sont focalisées sur les douleurs dorso-lombaires, alors que les douleurs multifocales ne sont plus réellement rapportées. Subjectivement, il s'agit de douleurs lombaires sans net caractère spécifique, constantes, invalidantes, soulagées au repos, mais sans autre symptôme neurologique spécifique associé. En particulier il convient de noter l'absence de douleurs en hémicéinture du côté gauche, qui pourraient être compatibles avec une radiculalgie D 11 » (expertise E.\_\_\_\_\_, p. 6, dossier OAI, pièce 106). Les douleurs ne semblaient en tous les cas pas se rapporter à la seule petite hernie discale constatée : « la petite hernie discale de localisation D11-D12 paramédiane gauche visualisée par IRM, doit être considérée comme asymptomatique sur le plan radiculaire. On est donc en mesure d'exclure formellement une névralgie intercostale. A noter par ailleurs qu'il n'y a pas d'autre anomalie significative sur l'IRM effectuée (...). Quant à la participation de la hernie discale aux dorso-lombalgies présentées par cette patiente, elle est plus difficile à déterminer. Elle est toutefois très peu probable si l'on tient compte de l'absence d'anomalie significative à l'examen du rachis, et en particulier l'absence de contracture réactionnelle de la musculature paraspinale, et de la faible taille de la pathologie discale » (expertise E.\_\_\_\_\_, p. 7, dossier OAI, pièce 105). Le premier refus de rente fut alors confirmé le 13 janvier 2005 (dossier OAI, pièce 128). b) au moment du deuxième refus de rente (juin 2007) Invoquant une aggravation de son état de santé, la recourante a déposé une nouvelle demande le

## **E. 7**

La procédure n'étant pas gratuite, il s'agit enfin de mettre les frais de justice à la charge de la recourante qui succombe, par 800 francs. Ils sont compensés avec l'avance de frais effectuée le 4 avril 2014.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté et la décision est confirmée. II. Des frais de justice de 800 francs sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de frais du 4 avril 2014. 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 24 juillet 2015 /mbo Présidente Greffier-rapporteur

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