

FR_GERICHTE 605 2017 121 vom 23. April 2018

FR Kantonsgericht, 2018-04-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_121

FR: FR_GERICHTE 605 2017 121 du 23 avril 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 121 del 23 aprile 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 26

mai 2017, concluant, avec suite de frais et d'une indemnité de partie, à l'annulation de la décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, faisant valoir une violation du droit ainsi que la constatation inexacte ou incomplète de faits pertinents. Dans son mémoire, il allègue souffrir non seulement de plusieurs atteintes à sa santé physique et psychique à caractère invalidant, mais aussi de nouveaux problèmes de santé (diagnostic de canal étroit, aggravation d'une hernie discale en C7 et lésion supplémentaire de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche). Il estime que l'OAI aurait au minimum dû lui impartir un délai pour produire

Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 des rapports médicaux complémentaires. Par ailleurs, il reproche également à ce dernier office de n'avoir pas pris en compte les appréciations médicales effectuées en 2016 et 2017. Or, en ne le faisant pas, l'OAI a violé le principe de la maxime inquisitoire en matière d'assurances sociales et l'art. 29bis RAI relatif à la période d'attente. Enfin, il fait valoir que vu son âge (57 ans) et en raison de ses nombreux problèmes de santé, il ne lui sera guère aisé de reprendre une nouvelle activité lucrative. Il conclut à ce que l'OAI soit contraint d'instruire le dossier et de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire. Le 21 juin 2017, le recourant s'est acquitté d'une avance de frais, réduite, de CHF 400.-. Le 29 juin 2017, le recourant a produit deux nouvelles attestations médicales justifiant d'une aggravation de l'état de santé depuis au moins juillet 2016. Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI a fait observer, le 21 juillet 2017, que l'essentiel des diagnostics ayant conduit le Tribunal cantonal à rejeter le recours ne s'étaient pas modifiés, de sorte qu'une modification de l'état de santé n'avait pas été rendue plausible. Par ailleurs, dans le cadre de la procédure d'objection du 28 mars 2017, le recourant avait déposé de nouveaux rapports médicaux à l'appui de l'aggravation de son état de santé, lesquels ont été soumis au Service médical régional Berne-Fribourg-Soleure (ci-après: SMR). Le 3 avril 2017, le SMR a conclu qu'ils n'apportaient aucun élément nouveau. Quant aux autres pièces médicales versées au dossier, elles sont postérieures à la décision de refus d'entrée en matière, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de les prendre en considération; ce nonobstant, l'OAI les a analysées pour conclure qu'elles n'apportaient pas non plus la preuve d'une aggravation de l'état de santé. A l'issue d'un second échange des écritures, les parties ont campé sur leurs positions. Le recourant a fait parvenir un tout dernier rapport de son psychiatre traitant qui estime que l'état de santé psychique s'est encore récemment aggravé. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant

que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 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). 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). 3. a) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, applicable par analogie aux nouvelles demandes après un refus de prestations en vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), 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. La question de savoir si l'on se trouve en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin (éventuellement aussi d'autres spécialistes) 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 310 et 105 V 156). c) Enfin, selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant

le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1, let. b, LAI, celle qui a précédé le premier octroi. 4. Est litigieuse l'aggravation plausible de l'invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 Au vu des éléments contenus dans les observations de l'OAI déposées suite au recours, qui motivent le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande au terme d'un examen des différents rapports médicaux produits à l'appui de celle-ci, leur déniaient finalement valeur probante, l'on peut partir du principe que le refus d'entrer en matière est dans les faits devenu un refus de donner suite favorable à la nouvelle demande, soit un rejet de celle-ci. C'est ce rejet, partant, qui peut être discuté ici. a) Le recourant soutient à cet égard que son état de santé, psychique comme physique, s'est nettement péjoré. Il sied d'emblée de rappeler qu'il avait bénéficié d'une rente entière de l'assurance invalidité, durant une assez longue période, en raison de lombalgies, de cervico-brachialgies chroniques, un syndrome extrapyramidal et un état dépressif. Par la suite, l'OAI, puis la Cour de céans, ont reconnu une amélioration de la situation devant permettre au recourant d'exercer une activité adaptée et justifiant la suppression de la rente. b) Au plan médical, l'assuré a transmis les attestations suivantes au titre de preuve de l'aggravation de son état de santé: - rapport du 16 août 2016, du Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, - rapport du 7 juillet 2016 de la clinique de radiologie D. _____, - rapport du 13 juillet 2016 du Dr E. _____, spécialiste en neurologie, - rapports du 21 juillet 2016 et du 19 décembre 2016 de la Dresse F. _____, spécialiste en médecine interne à B. _____, - rapports du 20 mars 2017 et du 15 mai 2017, du Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, puis, en procédure de recours, les - rapport du 16 juin 2017 du Dr E. _____, - rapport du 29 juin 2017 de la Dresse F. _____. 5. a) Dans son rapport du 16 août 2016, le Dr C. _____ indique que, selon lui, « l'état de santé psychique [du recourant] n'a connu aucune amélioration ces dernières années », qu'il « ne permettrait aucunement d'avoir une capacité de travail dans l'économie et qu'une activité adaptée n'existe pas ». Il rappelle ensuite les troubles dont est affecté le recourant, qui correspondent à ceux retenus lors de la décision de suppression de la rente. Il ne précise cependant pas en quoi lesdits troubles se seraient aggravés. De son côté, le Dr G. _____, qui a repris la succession du Dr C. _____ à la retraite de ce dernier, pose le diagnostic de: « trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à sévère, code F 33.2 sans symptômes psychotiques; trouble de la personnalité mixte (anxieuse et dépendante), code F 61.0 » (rapport du 20 mars 2017). Il soutient que la situation s'est aggravée à partir du 18 mai 2017 et serait due à des angoisses liées à la maladie du fils du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 Du point de vue physique, le Dr E. _____ soutient pour sa part, dans son rapport du 13 juillet 2016, qu'il n'y a pas de lésion neurogène, mais qu'il pourrait y avoir une atteinte de la coiffe des rotateurs. Il estime que celle-ci devrait avant tout être traitée par AINS, puis, en cas d'échec, qu'il y aurait lieu de refaire une IRM. Le 7 juillet 2016, dite IRM a été réalisée, avec cette conclusion que: « en confrontation à l'IRM antérieure du 25 juin 2013, pas de modification significative aux étages cervical et lombaire. On retrouve la protrusion discale avec hernie postéro latérale et foraminale gauche à l'étage C5-C6, responsable d'un effet de masse sur la moelle et la racine C6 gauche. A l'étage C6-C7, aspect inchangé d'une petite hernie postéro-médiane avec contact et discrète impression de la moelle. A l'étage lombaire, on rappelle une lombalisation de S1. On retrouve la large hernie postéro-latérale et foraminale droite de l'étage L5-S1 avec effet de masse sur le fourreau dural et les racines S1 et L5 droites ». En d'autres termes, l'IRM

n'a pas signalé de changements significatifs, voire pas de modification de la situation prévalant au moment de la suppression de la rente. Dans son rapport du 25 juillet 2016, la Dresse F._____ rappelle enfin que l'assuré souffre de lombosciatalgies depuis 1997, lesquelles se sont progressivement aggravées depuis. Elle cite les éléments importants du diagnostic suivants: « lombosciatalgies bilatérales aggravées par la position debout, la marche et la réclinaison; périmètre de marche limité (claudication neurogène); marche à petits pas; élargissement du polygone de sustentation. Au vu de ces critères, le diagnostic de canal étroit doit être posé ». Par ailleurs, le 19 décembre 2016, elle précise encore que: « A mon avis il est hors de question qu'il puisse travailler, même à temps partiel. Je préconise donc qu'il dépose une nouvelle demande de révision de sa rente d'invalidité ». b) Appelé à se prononcer sur ces rapports, le SMR a conclu, en date du 3 avril 2017, que, du point de vue somatique, les conclusions de la Dresse F._____ attestent des diagnostics déjà présents au dossier, à l'exception de celui de « claudication neurogène ». Toutefois, ce dernier n'est corroboré par aucun élément médical objectif, car l'IRM ne montre aucune lésion neurogène ni de modification par rapport à juin 2013. Au plan psychique, le SMR confirme l'absence d'amélioration de l'état de santé, relevée par le Dr C._____, mais indique qu'aucun élément médical d'aggravation n'est décrit par le psychiatre, en dehors de ce qui est rapporté par la famille. Enfin, aux constatations du Dr G._____, le SMR répond que ce dernier spécialiste s'appuie sur des causes psychodynamiques pour justifier des troubles de la santé, mettant ainsi en cause les rapports des experts. Or, il rappelle que, à aucun moment les médecins n'ont fait état de troubles spécifiques de la personnalité chez l'assuré. c) S'agissant en outre des deux rapports postérieurs à la décision, le Tribunal rappelle qu'il n'a pas à entrer en matière à leur propos puisqu'ils concernent des faits survenus après le rendu de la décision litigieuse. Toutefois, comme l'OAI s'est prononcé à leur propos, on peut en déduire, avec ce dernier office, qu'ils ne sont pas de nature à remettre en cause le refus de donner suite favorable à la nouvelle demande. En effet, l'aggravation psychique de l'état de santé résulterait d'une angoisse survenue à la suite de la maladie du fils du recourant. Quant aux douleurs physiques, elles seraient dues à une irritation radiculaire C7 gauche qui a progressé depuis l'examen précédent, mais qui peut être

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 soignée par corticothérapie orale, « une intervention chirurgicale n'étant pas indiquée » (rapport du Dr E._____ du 16 juin 2017). Si le Dr E._____ fait certes état d'un « syndrome en aggravation », c'est dans le cadre d'un rapport peu détaillé qui indique avant tout que les « cervicalgies se sont aggravées ces dernières semaines », ce qui semble relayer de nouvelles douleurs plutôt récentes et dont on ne peut tout à fait exclure qu'elles s'expriment en réaction au refus de l'OAI. La Cour de céans renonce, quoi qu'il en soit et vu le contexte, à transmettre le recours comme « nouvelle » nouvelle demande à l'OAI, relative à un syndrome connu, mais de peu de gravité, et qui n'avait jusque là guère évolué. 6. a) Même si les médecins traitants font état d'une aggravation de l'une ou l'autre des atteintes déjà signalées et discutées à l'époque par la Cour de céans, celles-ci liées certes à son état physique ou psychique, ils n'ont pas pour autant mis en exergue une aggravation significative de la situation par rapport à la décision de suppression de la rente, celle-ci confirmée par cette même Cour. En superposant les constatations actuelles des médecins traitants à celles analysées lors du jugement du 25 avril 2017, force est de constater que l'on se trouve dans les mêmes prémisses. Si, dans son rapport, le médecin psychiatre décrit son patient comme absent, avec une impression de vide, il s'attache surtout à démontrer l'aggravation de l'état de santé sur la base de l'hétéro-

anamnèse, qui serait fondée sur les descriptions de son état par des proches, forcément subjectivement influencés par lui. Or, cet argument avait déjà été rejeté par le Tribunal dans le jugement susmentionné, passé en force. Au plan physique, l'IRM effectuée en 2016 n'a pas non plus mis en évidence de péjoration sensible de la situation par rapport à celle réalisée en 2013. Tout au plus, le diagnostic de « claudication neurogène » a-t-il été nouvellement posé par la Dresse F. _____. Ce constat n'est toutefois corroboré par aucun élément médical objectif; en particulier l'IRM cervicale et lombaire n'a pas démontré de lésion neurogène, l'évolution plus récente de la seule atteinte signalée en C7 ne sachant encore, pour sa part et comme il a été dit, traduire l'existence d'une invalidité nouvelle susceptible à elle seule de réactiver la responsabilité de l'assurance- invalidité. b) Sur ce dernier point, il y a lieu de faire remarquer que le contexte global n'a pas véritablement évolué depuis la suppression de la rente entière, à l'idée de laquelle le recourant n'a manifestement su se résoudre, continuant à se persuader qu'il demeure invalide. Cette conviction, l'assurance-invalidité n'a toutefois pas en supporter les conséquences. Les rapports médicaux des médecins traitants évoquaient pour certains, déjà à l'époque, une incapacité de travail totale que la Cour de céans avait estimée non établie: cette incapacité, qui repose sur la même symptomatologie, ne saurait être tenue aujourd'hui pour « plus totale » encore.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 Pour toutes ces raisons, il y a lieu de considérer qu'une aggravation significative de l'état de santé n'a pas été rendue plausible depuis la décision de suppression de la rente du 7 janvier 2016. Le grief tiré d'une prétendue violation de l'art. 29bis RAI ne saurait enfin être d'aucun secours au recourant, dès lors où, précisément, il ne peut être retenu qu'il présente un nouveau degré d'invalidité. 7. Il découle de tout ce qui précède que l'OAI était en droit de ne pas donner suite favorable à la nouvelle demande déposée par son assuré tandis qu'un recours dirigé contre la suppression de rente faisait encore l'objet d'une instruction. Cette proximité donne à penser que l'état de santé n'a pas été en mesure de significativement évoluer durant ce relatif court laps de temps. Le recourant se prévaut d'ailleurs en substance des avis de certains des médecins traitants écartés par la Cour de céans et qui continuent, à l'instar du psychiatre traitant, à le soutenir dans sa démarche en remettant en cause des conclusions d'experts pourtant validées dans un précédent jugement (cf. rapport du Dr G. _____ du 17 mars 2017). Dans de telles circonstances, l'admission du présent recours tendrait à finalement reconnaître que la suppression de la rente entière ne se justifiait pas et que les griefs soulevés à l'époque contre celle-ci étaient bien fondés. Ce qui reviendrait dans les faits à faire preuve d'incohérence en accueillant favorablement, à un an de distance, le recours interjeté à l'époque contre la suppression de rente, ceci alors même que rien ne semble pourtant avoir changé, que cela soit sur un plan médical ou sur un plan extra- médical, le recourant demeurant figé dans une posture d'invalide, qui s'illustre notamment par « un pessimisme par rapport à son avenir » s'exprimant chez un assuré probablement démuné, « issu d'un milieu pauvre, scolarisé pendant 4 ans et qui a dû travailler comme manoeuvre sans aucune formation » (rapport du Dr G. _____ précité). Bien au contraire, les arguments invoqués dans le cadre de l'examen d'une nouvelle demande doivent être examinés avec une rigueur plus grande, qui plus est dans le cas d'espèce où celle-ci s'exprime dans le sillage presque immédiat d'une suppression validée par l'autorité judiciaire. C'était là le sens des remarques formulées en guise de conclusion par la Cour de céans au point 10 de son précédent jugement entré en force. Dans un tout dernier rapport daté du 21 février 2018, qui ne saurait manifestement faire l'objet du présent litige, le psychiatre traitant déplore une nouvelle aggravation de la

situation, dans le cadre de laquelle les éléments sociaux « déterminants » (tels que gradient social, précarité financière, exclusion et isolement social) paraissent désormais être passés au tout premier plan. Cette constellation de facteurs, probablement présente depuis la suppression de rente, ne saurait engager la responsabilité de l'assurance-invalidité, mais devrait plutôt inciter le recourant à s'adresser aux services sociaux. 8. S'avérant infondé, le recours est ainsi rejeté. Les frais de procédure, réduits, par CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 Ils sont couverts par son avance de frais. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure sont mis à la charge du recourant, par CHF 400.-. Ils sont couverts par son avance de frais. III. 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 avril 2018 /esc-mbo
Président Greffier

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