

FR_GERICHTE 605 2017 161 vom 19. Dezember 2018

FR Kantonsgericht, 2018-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_161

FR: FR_GERICHTE 605 2017 161 du 19 décembre 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 161 del 19 dicembre 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 26

octobre 2017, elle verse de nouveaux rapports médicaux au dossier. Dans ses observations du 10 novembre 2017, l'OAI conclut au rejet du recours. Il estime que la recourante n'a pas rendue plausible une aggravation objective de son état de santé. Avec ses contre-observations du 2 juillet 2018, la recourante apporte de nouveaux rapports médicaux. L'OAI, dans ses ultimes remarques du 30 août 2018, campe sur ses positions.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 Le 13 septembre 2018, une dernière possibilité est donnée à la recourante pour se déterminer. Par courrier du 17 septembre 2018, celle-ci maintient également ses conclusions. Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en 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 querellée, le recours est recevable, sous réserve de ce qui suit. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. La décision détermine donc l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours; les conclusions de la partie recourante, qui délimitent l'objet du litige, doivent rester dans le cadre des questions qui ont fait l'objet de la contestation et que l'autorité inférieure a tranchées dans son dispositif (ATF 131 V 164 consid. 2.1; arrêt TF 9C_309/2011 du 12 décembre 2011 consid. 5.1). Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'administration a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante. En tant que les conclusions tendent à l'octroi d'une rente d'invalidité ou à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires, elles sont irrecevables (arrêt TF I 951/06 du 31 octobre 2007 consid. 1.2). Pour la même raison, la demande de mise en œuvre d'une expertise judiciaire est également irrecevable. Par contre, les conclusions prises par la recourante peuvent implicitement être comprises comme une demande que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande. 2. 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 s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En effet, d'après l'art. 17 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), 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 Dans le cadre d'une nouvelle demande, 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'entrée 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 (actuellement 87 al. 3 RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (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 (cf. 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). 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 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 – par application analogique des règles régissant la révision 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 (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3). 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, conformément à l'art. 87 al. 2 RAI. 3.1. Au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision exécutoire de suppression de rente du 10 mars 2015, la situation médicale a été évaluée notamment sur la base du rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) du 12 mai 2014 et du 23 octobre 2014. Le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie pose dans son expertise du 12 mai 2014 (dossier OAI p. 358ss) les diagnostics

suiuants avec répercussion sur la capacité de travail: syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (diminution du seuil de tolérance à la douleur), cervico-brachialgies récurrentes (status post-cure de hernie discale C5/C6 en 2011). Selon l'expert, le syndrome lomboveertébral récurrent chronique sans signe radulaire

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 irritatif ou déficitaire (scoliose dextro-convexe lombarre modeste), les omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, le status post appendicectomie en 1982, le status post arthroscopie des deux genoux en 1983, le status post ablation de la veine saphène pour syndrome des jambes sans repos en 2002 et le status post cure d'hallux valgus en 2014 sont sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert rhumatologue note la présence d'un syndrome cervico-brachial et lomboveertébral, sans signe radulaire irritatif ou déficitaire ou de dysfonction segmentaire. L'examen des épaules est rassurant, sans signe de tendinopathie ou de conflit. L'examen des genoux est également dans les normes, sans signes méniscaux ou tendineux. De plus, l'expert ne trouve pas d'argument parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique. L'examen clinique ne mettant pas en évidence de signe inflammatoire, l'ampleur de la symptomatologie réside selon l'expert essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Finalement, la recourante peut rester assise pendant l'examen sans opter de position antalgique, elle s'habille et se déshabille de manière fluide, elle est capable de descendre et de monter deux étages d'escaliers. Il retient une capacité de travail de 80% à 100%. Dans son expertise du 23 octobre 2014 (dossier OAI, p. 374ss) le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ne pose que des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail: éventuelle légère dysthymie, trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, dépendance à des substances toxiques multiples (Héroïne, THC, alcool...), abstinence depuis 1995, personnalité du registre état- limite, à traits abandonniques, compensée. L'expert psychiatre explique que d'un point de vue psychopathologique, outre un léger fond dysthymique, il se retrouve face à une personnalité de type état limite, avec des éléments abandonniques, relativement archaïque, vu l'importance des traumas précoces, mais non décompensée. L'évolution s'est faite vers une certaine maturation de la personnalité. Persiste un trouble somatoforme douloureux ou trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, dont les limitations paraissent beaucoup plus subjectives qu'objectives, si l'on observe ici au cabinet médical et son fonctionnement quotidien. Selon l'expert, la capacité de travail est entière sans baisse de rendement depuis au plus tard le 1er janvier 2014, probablement déjà avant. En outre, le médecin de famille, la Dresse E._____ atteste le 26 septembre 2013 (dossier OAI, p. 331ss) un état stationnaire et pose les diagnostics de status après cure de hernie discale C5/C6 et mise en place d'une cage tryptik pour discopathie C5/C6 avec sténose foraminale C5/C6 en août 2011 (depuis 2007), de polyarthralgies dans le cadre d'une probable fibromyalgie (depuis 1999–2000) et de syndrome épicondyalgique gauche, évoluant par poussées douloureuses intermittentes (depuis 2008). Elle nie un potentiel (même partiel) de réinsertion. Elle joint divers rapports médicaux de F._____, où la cure de hernie discale de 2011 a eu lieu. Le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, note le 6 novembre 2012 (dossier OAI, p. 336) une évolution favorable. La patiente peut reprendre toutes ses activités habituelles. 3.2. Dans sa nouvelle demande du 21 septembre 2016 (dossier OAI, p. 483ss), la recourante allègue, toutefois sans apporter de rapports médicaux qui l'affirmeraient, souffrir d'un syndrome cervical chronique avec

syndrome de l'angulaire de l'omoplate, et possible composante facettaire en C4/C5 et neuropathique des membres supérieurs, status après spondylodèse C6/C7 (juin 2015) et C5/C6 (août 2011), syndrome épicondylalgique gauche et tunnel carpien bilatéral,

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 troubles somatoforme douloureux. La recourante indique que l'atteinte existe depuis 1998 (trouble somatoforme) et 2011 (problèmes cervicaux). Le 11 octobre 2016 (dossier OAI, p. 492s), l'OAI présente un projet de décision de refus d'entrée en matière en donnant la possibilité à la recourante d'apporter dans les 30 jours la preuve de l'aggravation ou de formuler des objections. Dans ses objections du 4 novembre 2016 (dossier OAI, p. 496ss), la recourante fait valoir une aggravation de son état de santé depuis la dernière intervention chirurgicale du 21 juin 2015 avec de nouvelles douleurs, d'abord à l'épaule gauche, puis des fourmillements dans les bras avec troubles de la sensibilité des doigts ainsi qu'une épicondylite au coude droit. L'aggravation n'étant toujours pas appuyée par des rapports médicaux, l'OAI lui donne un délai au 12 décembre 2016 (cf. dossier OAI p. 501) pour apporter de telles preuves. Le 7 décembre 2016 (dossier OAI, p. 507), le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, affirme que la recourante souffre toujours de douleurs et de limitations fonctionnelles de la nuque et des épaules, de paresthésies des mains intéressant surtout les doigts IV et V, qui sont plus prononcées à droite, ainsi que d'impatiences nocturnes. Subjectivement, l'évolution s'est faite dans le sens d'une aggravation par une augmentation des douleurs. Il joint deux autres rapports. Premièrement, son rapport du 6 mai 2016 (dossier OAI, p. 504ss) dans lequel il pose notamment les diagnostics d'un syndrome cervical chronique avec syndrome de l'angulaire de l'omoplate et possible composante facettaire en C4/C5 et neuropathique aux membres supérieurs et en outre une probable fibromyalgie. De plus, il note un excellent état général et observe qu'il n'a pas trouvé d'arguments évoquant une maladie rhumatismale inflammatoire ou une maladie systémique. Deuxièmement, un rapport du Dr I. _____, spécialiste en anesthésiologie, du 6 octobre 2016 (dossier OAI, p. 502s). Celui-ci ne retient que des cervicobrachialgies à prédominance gauche et ne trouve pas non plus à l'heure actuelle d'argument pour un syndrome irritatif radiculaire. Le 12 décembre 2015 (recte: 2016), la recourante envoie d'autres rapports médicaux. D'une part, un rapport de J. _____ daté du 6 décembre 2016 (dossier OAI, p. 510s). Les médecins de cette clinique posent le diagnostic principal d'un syndrome douloureux cervico-brachialgies plus à gauche qu'à droite, surtout pseudoarthrose C6/C7. En outre, ils évoquent une épicondylite des deux côtés et une fibromyalgie/trouble somatoforme douloureux. D'autre part, un rapport du Dr I. _____ daté du 2 décembre 2016 (dossier OAI, p. 512), selon lequel deux infiltrations n'ont pas amélioré la situation à long terme. Le 19 janvier 2017, la recourante apporte un dernier rapport de J. _____ daté du 9 janvier 2017 (dossier OAI, p. 515s). Dans celui-ci, les médecins de cette clinique précisent que le CT donne à voir une "komplette Fusion beider operierter Höhen ohne Nachweis einer Pseudoarthrose". Il n'y a de ce fait aucune indication opératoire. Le 13 avril 2017 (dossier OAI, p. 518s), le Dr K. _____, spécialiste en anesthésiologie du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure [ci-après: SMR] déclare que les rapports du Dr I. _____ n'apportent aucun fait objectif nouveau et que ce médecin n'atteste ni de limitations fonctionnelles ni d'une incapacité de travail. Tel est aussi le cas des rapports du Dr H. _____ et de ceux de J. _____ qui ne font état que de diagnostics déjà connus. Pour ces raisons, le docteur du SMR nie que la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 3.3. S'agissant en l'espèce d'un recours contre une décision de refus d'entrée en matière, la Cour de céans doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'OAI au moment où cet office a statué. Pour cette raison, les rapports médicaux apportés par la recourante en cours de procédure de recours ne peuvent être pris en compte. D'emblée, il s'impose de relever que l'avis du SMR ne peut être suivi. Certes, aucun des rapports médicaux apportés par la recourante n'atteste d'une incapacité de travail. Toutefois, selon l'avis de la Cour, de nouvelles limitations fonctionnelles sont mentionnées. Rappelons que l'expert rhumatologue n'attestait que d'une limitation concernant le port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive de plus de 10kg. Le Dr H. _____ quant à lui indique également dans son rapport du 7 décembre 2016 des limitations fonctionnelles de la nuque et des épaules, de paresthésies des mains intéressant surtout les doigts IV et V, plus prononcées à droite qu'à gauche. A première vue, les rapports apportés par la recourante ne font qu'aborder le diagnostic de cervicobrachialgies, respectivement de syndrome cervical chronique, diagnostic connu depuis longtemps. Cependant, du rapport du Dr I. _____ du 6 octobre 2016 mentionné plus haut, il ressort déjà que la deuxième intervention chirurgicale (du 22 juin 2015), cette fois au niveau C6/C7, a connu une évolution nettement moins favorable que la première cure de hernie discale de 2011 au niveau C5/C6 avec des douleurs toujours ressenties, prédominantes du côté gauche, raison pour laquelle des infiltrations ont été proposées. Celles-ci n'ont pas apporté de bénéfices à part une discrète amélioration transitoire estimée entre 10 et 20% selon les indications de ce même médecin dans son rapport du 2 décembre 2016. Le Dr H. _____ de son côté relève le 6 mai 2016 un nouveau syndrome de l'angulaire de l'omoplate avec une possible composante facettaire en C4/C5 et neuropathique aux membres supérieurs. Dans ces conditions, la Cour de céans estime que la recourante a rendu plausible une modification de son état de santé. En effet, conformément à la jurisprudence précitée, au stade de la décision relative à l'entrée en matière sur une nouvelle demande, le degré de la preuve n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante, mais il suffit que certains indices (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit finalement démentie par un examen plus approfondi. 3.4. Il convient encore de souligner que l'OAI, dans sa décision d'interruption des mesures de nouvelle réadaptation du 21 juillet 2016 (dossier OAI, p. 480 f.), avait indiqué que selon la Dresse E. _____, l'état de santé de la recourante s'était aggravé et que pour cette raison les mesures de réadaptation ne pouvaient être poursuivies: "Etant donné qu'il s'agit d'une nouvelle atteinte constatée après la décision du 10.03.2015, vous devez déposer une nouvelle demande auprès de l'AI avec une preuve d'aggravation de votre état de santé qui est survenue après cette décision." Pour ce faire, l'OAI avait pris connaissance du rapport de la Dresse E. _____ du 5 juillet 2016 (dossier OAI, p. 475) dans lequel celle-ci avait remarqué que les résultats de l'opération de juin 2015 étaient peu concluants, avec une persistance des douleurs dans la région de l'épaule gauche, dans les mains, dans la nuque et des céphalées. La Cour s'étonne dès lors que l'OAI aie arrêté les mesures sur la base de ce seul rapport et que ce même office décide ensuite de prononcer un refus d'entrée en matière après avoir reçu la nouvelle demande de la recourante et les rapports médicaux présentés ci-dessus.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 Par surabondance, il sied de relever qu'une troisième opération a eu lieu au niveau cervical, ainsi qu'il ressort des rapports du Dr L. _____, spécialiste en neurochirurgie, ceci bien que ces rapports, apportés par la recourante en cours

de procédure, ne soient pas pertinents pour la question litigieuse. 4. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, bien fondé, le recours doit être admis et la décision querellée annulée. Le dossier est renvoyé à l'OAI, afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. Partant, l'avance de frais de CHF 800.- versée par la recourante lui est intégralement restituée. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). Dans ses listes de frais déposées le 1er mai 2018 (opérations en 2018) et le 13 décembre 2018 (opérations en 2017), le mandataire de la recourante fait valoir au total un travail de 24 heures 53 minutes. Vu qu'il ne s'agit en l'espèce que d'un recours contre un refus d'entrée en matière, que, de ce fait, une étude approfondie du dossier OAI n'est pas nécessaire, et que la seule question pertinente est de rendre plausible une aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision, ici celle du 15 mars 2015, le temps consacré apparaît largement surévalué. On souligne à cet égard des conférences avec la cliente pour un total de 2h 55 minutes. Il se justifie dès lors de s'écarter des opérations qui figurent dans la liste de frais (cf. art. 11 du Tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative; Tarif JA, RSF 150.12). Au vu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif JA) et les trois échanges d'écritures, objectivement un temps de douze heures, dont huit heures pour les opérations de 2017 et quatre heures pour les opérations de 2018, semble nécessaire. Conformément aux art. 142ss du Code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du Tarif/JA il se justifie ainsi de fixer l'équitable indemnité pour les opérations antérieures au 1er janvier 2018 à raison de 8 heures à CHF 250.-/heure, soit un montant de CHF 2'000.-. S'y ajoutent CHF 124.- au titre de débours (photocopies à CHF 0.40) et CHF 169.90 au titre de la TVA (8% de CHF 2'124.-), ce qui donne une indemnité de 2'293.90. De plus, pour les opérations dès le 1er janvier 2018 il se justifie de fixer l'équitable indemnité à raison de 4 heures à CHF 250.-/heure, soit un montant de CHF 1'000.-. S'y ajoutent CHF 90.40 au titre de débours (photocopies à CHF 0.40) et CHF 83.95 au titre de la TVA (7.7% de 1'090.40 CHF), ce qui donne une indemnité de CHF 1'174.35. L'indemnité totale de CHF 3'468.25 est intégralement à la charge de l'OAI qui succombe.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête: I. Pour autant que recevable, le recours de A._____ est admis. Partant, le dossier est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande. II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais d'un montant de CHF 800.- est intégralement restituée à A._____. IV. L'équitable indemnité allouée à A._____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 3'000.- d'honoraires, plus CHF 214.40 au titre de débours et CHF 253.85 au titre de la TVA (CHF 169.90 TVA à 8% et CHF 83.95 TVA à 7.7%), soit un total de CHF 3'468.25, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. V. 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 19 décembre 2018/bsc Le Président: Le

Greffier-rapporteur:

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