

# FR\_GERICHTE 605 2018 192 vom 28. Oktober 2019

FR Kantonsgericht, 2019-10-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2018\\_192](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_192)

FR: FR\_GERICHTE 605 2018 192 du 28 octobre 2019

IT: FR\_GERICHTE 605 2018 192 del 28 ottobre 2019

## 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, par un assuré directement touché par la décision attaquée et au demeurant dûment représenté, le recours est recevable.

### E. 2

Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi 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 ou mentale.

#### E. 2.1

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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est 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; Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause T. [I 797/06] du 21 août 2007 consid. 4). Ce n'est donc 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**

En vertu de l'art. 17 al. 1 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. La question de savoir si on est 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 343 consid. 3.5).

#### **E. 3.1**

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; 126 V 75 consid. 1b).

#### **E. 3.2**

Dans le cadre d'une nouvelle demande après refus (régie sous l'angle de l'art. 87 al. 4 du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]), comme lors d'une procédure de révision, le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité est 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 conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 71 consid. 3). En vertu de l'art. 87 al. 3 RAI, 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 façon à influencer ses droits.

#### **E. 3.3**

Lorsque les conditions de la révision de la rente ne sont pas ouvertes, il reste encore, cas échéant, à examiner celles de la reconsidération de la décision d'octroi de la rente (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc), reconsidération notamment prévue par l'art. 52 al. 3 LPGA. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 115 V 314 consid. 4a/cc).

### **E. 4**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées).

#### **E. 4.1**

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées.

#### **E. 4.2**

Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008; 9C\_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminante (arrêt TF 9C\_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12

#### **E. 5**

Est en l'espèce litigieux le bien-fondé d'un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, déposée quatre ans après un premier refus de rente. La recourante allègue en substance que son état de santé s'est aggravé, produisant plusieurs rapports médicaux qui l'attesteraient. L'OAI soutient en substance que tel n'est pas le cas, la recourante ayant échoué à rendre plausible toute aggravation de son état de santé. Qu'en est-il ? Il s'agit de se référer au dossier.

#### **E. 5.1**

Premier demande Alors dans sa cinquantième année, la recourante a déposé une première demande de prestations le 7 janvier 2013 (dossier AI, p. 13-14), invoquant pêle-mêle des « problèmes » aux cervicales, au dos, de l'arthrose, une atteinte à la colonne vertébrale, au bassin, une tumeur bénigne au niveau du rein gauche, et une atteinte au niveau du genou gauche. Elle indiquait également être suivie pour des épisodes dépressifs. Elle faisait enfin remarquer qu'elle avait été opérée pour des fibromes situés dans la matrice.

#### **E. 5.1.1**

Au niveau physique, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, posait le diagnostic de « syndrome cervico-radiculaire sur hernie discale C5-6 » (rapport du 31 janvier 2013, dossier AI, p. 76). S'il avait fait mention, trois ans plus tôt, d'une incapacité de 50% depuis le 22 mars 2010, précisant à cet égard que sa patiente devait « être épargnée par la surcharge et qu'elle puisse bénéficier des positions ergonomiques les plus adéquates » (rapport du 13 avril 2010, dossier AI, p. 5), il n'a plus évoqué d'incapacité de travail dans le cadre de l'instruction de la demande AI de sa patiente. Le médecin traitant, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, faisait lui aussi état de cervico-brachialgies D intermittentes en C5-C6, ainsi que de lombalgies chroniques de type mécanique sur discopathies L4-L5. Il observait encore une tendinite de la coiffe des rotateurs D et une tendomyose sévère des muscles du trapèze, dans un contexte de chronisation des plaintes (rapport du 22 mai 2013, dossier AI, p. 160). Il fit également faire un examen du genou gauche, qui ne révéla que de discrets signes d'une gonarthrose interne débutante (dossier AI, p. 229). Il estimait pour sa part la capacité de travail limitée à 50%, à raison de 4 heures par

jour, avec une limitation de port de charges à 5 kilos, préconisant une reprise du travail à partir du 1er juin 2013, à ces conditions (dossier AI, p. 161-162). Si elle ne pouvait aller au-delà de ça, c'était pour des « raisons physiques, somatiques et psychiques », étant tenu compte à cet égard d'une fragilité liée à une situation de mobbing vécue sur son lieu de travail. Les douleurs persistant au printemps 2013, la recourante fut encore examinée par le Dr D. \_\_\_\_\_, neurologue, qui fit remarquer que « l'examen strictement neurologique est normal, sans syndrome cervical, modulation des brachialgies dans les positions extrêmes de la tête, asymétrie des réflexes tendineux des MS ou déficit sensitivomoteur au testing segmentaire

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 du MSD. Les tests de provocation pour un tunnel carpien sont négatifs ». Il finissait par conclure : « Je doute qu'une nouvelle IRM soit informative, mais vous pourriez redemander un avis rhumatologique » (rapport du 8 mai 2013, dossier AI, p. 164). Le Dr D. \_\_\_\_\_ partageait ainsi l'opinion de son confrère, le Dr E. \_\_\_\_\_, consulté trois ans plus tôt pour des douleurs à l'épaule et qui écrivait : « La nature exacte des plaintes de la patiente m'est inconnue. En effet, l'examen clinique ne montre pas de déficit neurologique, l'IRM a permis d'écartier une lésion radiculaire et le Doppler ne montre pas de signe évocateur d'une dissection carotidienne ou vertébrale » (rapport du 8 février 2010, dossier AI, p. 245). Un troisième spécialiste, le Dr F. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, était à l'époque parvenu au même constat, faisant quant à lui remarquer que « l'examen neurologique est moins inquiétant que ne le suggère l'anamnèse : en l'occurrence, il n'y a aucun syndrome cervical, syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire objectivable ni de signe de myélopathie cervicale » et préférant éviter, dans un tel contexte, tout geste chirurgical : « le fait qu'aucune amélioration n'ait été obtenue à la suite d'une infiltration péri-durale de stéroïde effectuée au lieu où les douleurs pourraient survenir n'incite pas non plus à l'optimisme quant au succès d'une intervention. Je pense que l'on doit épuiser toutes les possibilités de traitements conservateurs » (rapport du 15 avril 2010, dossier AI, p. 250). Au mois de mars 2014, le Dr C. \_\_\_\_\_ indiquait qu'une activité adaptée d'aide de bureau ou de téléphoniste pouvait désormais même être exercée à raison de 4 à 6 heures par jour (dossier AI, p. 193).

### **E. 5.1.2**

À côté de tout cela, le Dr G. \_\_\_\_\_, urologue, ne faisait pas le lien entre les douleurs lombaires, « probablement d'origine musculo-articulaires » et une problématique de son ressort, excluant notamment que celles-ci puissent être causées par des coliques néphrétiques ou la présence constatée d'un angiomyolipome rénal (rapport du 28 août 2012, dossier AI p. 41 + rapport du 20 février 2013, dossier AI, p. 94 + rapport du 24 janvier 2014, dossier AI, p. 243). Et, sur un plan gynécologique, la recourante avait également subi une intervention en 2011 (« laparoscopie exploratrice, puis hystérectomie totale abdominale conservatrice des annexes », dossier AI, p. 115), cette atteinte n'entraînant toutefois apparemment aucune incapacité de travail durable. La Dresse H. \_\_\_\_\_, gastroentérologue, a enfin évoqué une plus ancienne maladie de Crohn, en rémission depuis les années 80 (« La notion de maladie de Crohn reste peu claire, en effet il s'agit anamnestiquement d'un épisode unique avec diarrhées, baisse de l'état général et perte pondérale à l'âge de 20 ans, qui avait été diagnostiqué comme une maladie de Crohn et la patiente avait bénéficié pendant plusieurs mois d'un traitement de corticoïdes oral avec amélioration de la symptomatologie. On note toutefois que depuis l'arrêt du traitement, la patiente n'a plus jamais représenté de poussée compatible avec une maladie de Crohn et n'a jamais bénéficié d'un traitement de fond.

L'anamnèse familiale est négative pour les maladies inflammatoires abdominales. Je doute que le diagnostic de maladie de Crohn chez cette patiente puisse être retenu étant donné le peu d'argument dont nous disposons pour certifier ce diagnostic » (rapport du 1er septembre 2017, dossier AI, p. 226).

### E. 5.1.3

Au niveau psychique, le Dr I. \_\_\_\_\_, psychiatre, signalait au mois d'août 2012 (dossier AI, p. 27-28) un « épisode dépressif moyen », se manifestant sous la forme d' « affects dépressifs et anxieux, de difficultés de concentration, d'un ralentissement psychomoteur, d'un manque d'énergie et de conduites d'évitement sur le lieu du travail, ainsi que de ruminations ». Il

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 faisait état d'un suivi psychiatrique régulier et observait, pour l'heure, une incapacité de travail de 100%, une probable reconversion étant à envisager pour l'avenir, qui puisse tenir compte des limitations somatiques. Une expertise psychiatrique, réalisée à la demande de l'assureur perte de gain, a été confiée à la fin de l'année 2012 au Dr J. \_\_\_\_\_ (cf. expertise du 22 novembre 2012, dossier AI, p. 42 et ss), lequel a confirmé l'existence d'un épisode dépressif majeur récurrent, alors de gravité moyenne, mais a toutefois estimé qu'une reprise du travail à temps complet était envisageable au taux d'activité habituel à partir du 1er janvier 2013. Il mentionnait l'existence d'un premier épisode dépressif en 1982-1983, dans le cadre de difficultés familiales, ayant nécessité une brève hospitalisation, puis deux autres épisodes en 2006 et 2008, n'ayant pas même donné lieu à soutien psychologique (dossier AI, p. 59). Il notait « d'un point de vue psychopathologique, se trouver face à une assurée qui paraît légèrement passive, soumise, avec une certaine tendance victimaire. Les capacités d'analyse et d'introspection sont limitées, l'assurée tend à projeter sur son entourage l'origine de ses difficultés. Cela tend à préserver probablement un narcissisme fragile, qui prend racine sur une personnalité que l'on peut qualifier de dépendante, voire abandonnique (traits limites ?) » (dossier AI, p. 59). Il laissait, pour autant, entrevoir une amélioration légèrement favorable sous traitement médical bien conduit, précisant au passage que la recourante n'était nullement limitée à la maison, et finissait ainsi par suggérer que la situation était liée à son emploi actuel et à une situation conflictuelle avec l'employeur: « l'assurée présente donc un état dépressif majeur récurrent de gravité moyenne, d'évolution lentement favorable. Néanmoins elle semble encore assez émotive et réticente, mettant les pieds au mur quant à l'idée de devoir reprendre son activité antérieure, vu le litige pendant avec son employeur. A ce titre elle nous déclare à deux reprises qu'elle va donner sa lettre de congé en décembre 2012 pour le terme du délai légal. Elle envisage par la suite de retrouver une activité équivalente ou plus légère, à un taux de 50% » (dossier AI, p. 59). La capacité de travail serait donc préservée dans « toute activité adaptée à ses compétences et à sa motivation » et la recourante « devrait à terme avoir les ressources nécessaires pour faire face à ses obligations et responsabilités » (dossier AI, p. 62). Au début de l'année 2013, le Dr I. \_\_\_\_\_ semblait aller dans le sens de l'expert psychiatre: s'il considérait l'activité d'aide-infirmière exercée par la recourante comme inadaptée (« Fatigue à affronter les collègues, la Direction et les résidents. (...) Incapacité durable à reprendre son activité à l'Etablissement médico-social »), il laissait en revanche entendre qu'était envisageable « une reprise progressive d'une activité souhaitée par la patiente et souhaitable sur le plan médical, dans un nouveau cadre professionnel, avec un coaching. Le pourcentage exigible est encore indéterminé » [rapport du 7 février 2013, dossier AI, p. 100).

#### **E. 5.1.4**

Sur la base de ces différents rapports, le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR concluait en substance à une incapacité de travail dans l'ancienne activité d'aide-infirmière, au mois de mai 2012, précisant toutefois que l'arrêt avait eu lieu dans le contexte d'un conflit de travail. Il retenait, à partir du 1er mai 2013, une capacité de travail, réduite dans un premier temps à 50%, mais susceptible de s'améliorer par la suite (rapport du 6 juin 2013, dossier AI, p. 170).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12

#### **E. 5.1.5**

La recourante avait finalement donné sa démission pour la fin du mois de février 2013 (dossier AI, p. 125 et 127). Au mois d'avril 2014, la question d'une formation a été envisagée avec l'OAI, mais les premiers tests effectués n'ont pas été concluants, en raison du stress que cela représentait pour elle: « Rapidement elle s'est mise à pleurer, nous disant qu'elle ne savait pas ce qu'il lui arrivait. Nous avons dû interrompre le testing, constatant que cela était trop difficile pour elle. Il nous a semblé que la situation du testing lui rappelait ses précédents échecs scolaires et que cela était difficile pour elle. Le fait de peiner à se retrouver dans une situation d'examen, met en évidence le fait qu'une formation n'est absolument pas envisageable. Elle nous dit par ailleurs en fin d'entretien, qu'elle ne souhaite absolument pas entreprendre de formation » (rapport du 1er avril 2014, dossier AI, p. 200).

#### **E. 5.1.6**

Au final, l'invalidité, calculée selon la méthode mixte, ne laissait entrevoir qu'une seule perte de gain globale de 4,26 % (7,1 % dans l'activité professionnelle, induite par une capacité résiduelle de travail de 60% pondérée finalement par une réduction du revenu exigible de 10% pour cause de désavantage salarial - 0% dans les activités ménagères) (dossier AI, p. 203-204). Le choix de cette méthode semblait ne souffrir d'aucune discussion, la recourante ayant clairement indiqué, dans un courrier du 4 mars 2013, qu'elle ne désirait pas travailler au-delà de 60%, désirant pour le reste se consacrer à « son ménage » et à « d'autres choses à assumer » (dossier AI, p. 147). Datée du 17 septembre 2014, la décision de refus de prestations n'a pas été contestée (dossier AI, p. 205) et est ainsi entrée en force.

#### **E. 5.2**

Nouvelle demande A l'appui de sa nouvelle demande du 19 avril 2018 (dossier AI, p. 277), la recourante a annoncé une aggravation de son état de santé au niveau psychique : « état dépressif en péjoration, avec crises d'angoisses ». Elle a aussi mentionné la présence d'autres atteintes : « hernie cervicale, arthrose, lombalgie, tumeur bénigne (angiomyolipome) du rein gauche ».

#### **E. 5.2.1**

Au niveau psychique, le Dr I. \_\_\_\_\_ est revenu sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, demeuré stable entre 2015 et 2107, après qu'elle avait retrouvé du travail comme remplaçante en crèche, mais qui aurait empiré à la suite de l'apparition d'une nouvelle atteinte physique (diverticulite) pour le traitement de laquelle elle a été hospitalisée: « De 2015 à 2017, la patiente présente un état psychique stable. Elle trouve un travail de remplaçante en crèche, tout en espérant un poste fixe. Dès octobre 2017, la situation se dégrade: suite à une hospitalisation pour diverticulite, la patiente peine à

récupérer, se sent affaiblie, fatiguée, triste et avec une diminution de l'appétit. Un nouvel épisode dépressif se déclare, évoluant négativement et amenant une hospitalisation au CSH de Marsens (20.02-08.03.2018), en raison de violentes angoisses. Elle reprend un suivi psychiatrique et psychothérapeutique au Centre Bertigny le 16.3.18. Sur le conseil des médecins de Marsens, la patiente dépose en avril 2018, une seconde demande AI. Une opération est prévue le 6.6.2018, par le Dr L. \_\_\_\_\_, PD spécialiste FMH en chirurgie viscérale et générale, EBSQ spécialiste en colo-proctologie » (rapport du 7 juin 2018, dossier AI, p. 300).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Une aggravation est ainsi signalée : « Actuellement, il apparaît que l'état psychique est péjoré par rapport à celui de 2014, ceci malgré la prise régulière de sa médication : Escitalopram 20 mg 1-0- 0-0, Remeron 30 mg 0-0-0-1, Temesta 1mg 1cp/j R. Le trouble de personnalité dépendante s'est décompensé, la patiente sollicitant de l'aide pour toute démarche la concernant. Les angoisses sont devenues paroxystiques et un trouble panique s'est surajouté à la problématique dépressive. La patiente présente ainsi les diagnostics de F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen F41.0 Trouble panique, crises avec hyperventilation F45.41 Douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques F60.7 Personnalité dépendante décompensée ». En conclusion, il estime que l'état de santé s'est « nettement aggravé » et il demande, avec sa collègue psychologue M. \_\_\_\_\_, une réévaluation du droit aux prestations AI. La recourante a séjourné à l'Hôpital psychiatrique de Marsens du 20 février au 3 mars 2018. A sa sortie, il est précisé qu'elle avait été admise sur un mode volontaire (« patiente de 54 ans, qui vient en mode volontaire pour une première hospitalisation en milieu psychiatrique en raison d'un état dépressif en péjoration, associé à des crises d'angoisse [hyperventilation, palpitations, sensations de malaise]. Elle se réveille, tôt vers 4h du matin, et à force de réfléchir, commence à avoir des angoisses qui durent toute la matinée. Parfois elle pense à la mort, mais nie avoir des idées suicidaires ») et qu'elle est ressortie moins de deux semaines plus tard lorsque son état s'était amélioré (« Elle bénéficie d'une prise en charge intégrée comprenant des entretiens médico-infirmiers, d'une mise en place des thérapies spécialisées [art et thérapie des mouvements] et d'un réajustement de sa médication [introduction de la mirtazapine et du Temesta avec un bon effet]. Nous notons une évolution progressive favorable avec amélioration de l'humeur et une diminution des angoisses » (lettre de sortie du 15 mars 2018, dossier AI, p. 224). Aucune incapacité de travail n'est par la suite attestée.

### **E. 5.2.2**

Au plan physique, le Dr C. \_\_\_\_\_ appuie cette nouvelle demande : « En effet, au niveau somatique, au mois d'octobre 2017, elle présente une deuxième poussée de diverticulite, qui lui vaut une hospitalisation du 20 au 27 octobre 2017 ; en février 2018, elle présente une troisième poussée diverticulaire inflammatoire, qui lui vaudra une opération (sigmoïdectomie par laparoscopie le 6 juin 2018). Au niveau psychologique et psychiatrique, la patiente, après avoir été stable pendant environ 3 ans, et après avoir obtenu un travail en intérim de remplaçante en crèche pendant plusieurs mois, celle-ci présente dès octobre 2017 des récurrences de troubles de panique à répétition, avec même une hospitalisation à Marsens du 20 février au 8 mars 2018 pour un trouble de panique et un trouble dépressif récurrent. Elle est suivie régulièrement par le Centre Bertigny (M. \_\_\_\_\_ et Dr I. \_\_\_\_\_) de manière beaucoup plus rapprochée depuis fin 2017. A la lumière de ces données somatiques et psychologiques, vous comprendrez aisément que

l'état de santé de la patiente s'est considérablement aggravé depuis 2014. Je vous demande donc d'entrer en matière afin de lui permettre d'avoir droit aux prestations de l'AI » (rapport du 25 juin 2018, dossier AI, p. 310).

### **E. 5.2.3**

Si la recourante a bien été opérée à la fin du mois d'octobre 2017 en raison d'une diverticulite (= petite poche gonflée dans l'appareil digestif) située dans la partie haute du côlon, elle n'a toutefois séjourné que quelques jours à l'hôpital et n'a suivi une antibiothérapie que durant 14 jours au total. La reprise du travail à 100% était fixée au 20 novembre suivant, soit environ un

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 mois plus tard (cf. lettre définitive de sortie du 30 octobre 2017 de la clinique de chirurgie de l'Hôpital cantonal fribourgeois, dossier AI, p. 238). L'opération annoncée pour le mois de juin 2018 par le Dr C. \_\_\_\_\_ concerne une nouvelle diverticulite et il n'est absolument pas établi que celle-ci génère, à l'instar de la précédente, une incapacité de travail sur le long terme. En 2016, le Dr N. \_\_\_\_\_, néphrologue, avait encore indiqué que la recourante était très inquiète par rapport à 2 problématiques uro-néphrologiques, soit la présence de l'angiomyolipome découvert en 2011 - de nature bénigne qui n'avait pourtant pas évolué ni provoqué de symptomatologie - et la présence apparente de traces de sang dans ses urines - essentiellement liée toutefois au mode de prélèvement (stix), ses urines ne présentant aucun sang, les conclusions du spécialistes ne visant finalement qu'à rassurer la recourante (rapport du 5 janvier 2016, dossier AI, p. 233).

## **E. 6**

Discussion

### **E. 6.1**

Les incapacités de travail respectivement retenues à l'issue de la première décision de refus de rente (60% dans une activité professionnelle - 0% dans la tenue du ménage) allaient dans le droit sens des observations et conclusions médicales de l'époque : en retrouvant une activité adaptée exigible de 60%, soit au taux qui était alors le sien, la recourante, qui n'était aucunement limitée à la maison, ne devait globalement subir aucune perte de gain significative. La limitation de la capacité de travail se justifiait au niveau physique et l'on peut partir du principe qu'elle était essentiellement liée à la sphère rhumatologique. Les limitations observées au niveau psychique paraissaient alors grandement dépendre d'un épisode dépressif moyen lié au stress éprouvé sur son lieu de travail dans un contexte vécu comme une situation de mobbing, que la recourante a toutefois fini par quitter au printemps 2013. Sous cet angle, le refus de toute prestation, par ailleurs non contesté, ne saurait aujourd'hui devoir être reconsidéré.

### **E. 6.2**

A l'issue d'un premier examen de la nouvelle demande, le SMR a estimé que l'aggravation de l'état de santé n'avait pas été établie de façon plausible: « Sur le plan psychiatrique, les diagnostics sont inchangés. L'hospitalisation de février-mars 2018 a permis une amélioration de la thymie et des angoisses sur le plan somatique, la diverticulose colique fait des poussées aiguës épisodiques. En dehors de ces épisodes, elle n'est pas cause d'incapacité de travail permanente ou durable. Selon le consilium du néphrologue, il n'y a aucune pathologie rénale. Aucune incapacité de travail n'est médicalement attestée depuis

la sortie de Marsens le 08.03.2018 » (rapport du 3 mai 2018, dossier AI, p. 292). Ce point de vue peut être partagé, pour les raisons qui suivent. En dépit de l'apparition des diverticulites, traitées ou à traiter chirurgicalement, mais qui n'ont sûrement pas vocation à entraîner une incapacité de travail de long terme sachant impliquer la responsabilité de l'assurance-invalidité, le tableau physique est demeuré inchangé : les atteintes rhumatologiques n'ont apparemment pas évolué, du moins le médecin traitant ne le soutient-il pas,

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 et les autres atteintes signalées à l'appui de la nouvelle demande (notamment l'angiomyolipome situé dans un rein) ne semblent pas devoir créer matière à incapacité de travail, ni même à souci. Au niveau psychique, la recourante a certes séjourné en milieu psychiatrique, quelques mois après l'opération chirurgicale précitée, mais seulement pour une durée limitée, à l'issue de quoi son état s'est amélioré, grâce notamment à un rééquilibrage de la médication. Là encore, aucune incapacité de travail n'a été attestée pour la suite. Les rapports des médecins traitants sur lesquels se fonde la recourante paraissent ainsi très alarmistes et semblent relayer ses plaintes plutôt que traduire une réelle évolution de l'état de santé dans le sens d'une péjoration durable. A cet égard, l'on relèvera qu'à l'époque du premier refus de prestation, un phénomène de chronicisation des plaintes était déjà évoqué, de même qu'une fragilité, exacerbée au plan psychique dans le cadre de rapports de travail certainement mal vécu sans que cela ne justifie toutefois une incapacité de travail dans une activité adaptée, susceptible surtout d'être accomplie au service d'un autre employeur. Force est également de relever que, entre 2010 et 2013, trois spécialistes en neurologie ont été consultés qui n'avaient su trouver de substrat médical à ses douleurs (cf. 5.1.1), et les nombreux rapports médicaux figurant au dossier font craindre que la recourante ne soit en quête d'une reconnaissance d'un statut d'invalidé que la médecine, à l'époque comme aujourd'hui, ne parvient pas à suffisamment commenter. Ceci ressort non seulement des rapports des trois neurologues, mais également de certains rapports plus récents (cf. rapport néphrologique du 5 janvier 2016, dossier AI, p. 233), qui traduisent assez bien l'anxiété générale de la recourante et, d'une certaine manière, un sentiment d'être plus gravement atteinte dans sa santé qu'elle ne l'est en réalité, ce que ses médecins traitants relayent aujourd'hui, dans le sillage de deux nouvelles interventions chirurgicales subies ou à subir, mais sans répercussion durable. Soumettre dans ces conditions l'assurée à de nouvelles investigations plus poussées, alors même que rien ne semble devoir le justifier concrètement, ne ferait qu'entretenir un processus certes mal engagé, mais dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre. Le refus d'entrer en matière peut ainsi être confirmé.

## **E. 7**

Il découle de tout ce qui précède que le recours, infondé, doit être rejeté. Des frais de justice d'un montant de CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante, qui succombe. Pour cette raison même, il ne lui est enfin accordé aucune indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés avec son avance de frais. 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 28 octobre 2019/mbo Le Président : La Greffière-stagiaire :

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