

FR_GERICHTE 608 2018 12 vom 27. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_12

FR: FR_GERICHTE 608 2018 12 du 27 juin 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2018 12 del 27 giugno 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 11

septembre 2017, l'OAI s'est une nouvelle fois refusé à entrer en matière en l'absence d'un nouvel élément médical objectif rendant plausible une aggravation durable de l'état de santé. Le 25 septembre 2017, A._____ a déposé une quatrième demande de prestations, à nouveau en raison d'un trouble dépressif et de douleurs chroniques sévères. L'OAI s'est encore refusé à entrer en matière par décision du 11 décembre 2017, l'état de fait étant resté identique depuis la décision du 29 août 2013. B. Contre cette dernière décision, A._____, représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion handicap, interjette recours le 17 janvier 2018 et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 11 décembre 2017 et au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour investigations et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, elle soutient notamment que les conclusions de son psychiatre traitant en 2017 montrent que la situation a changé, le diagnostic n'étant plus un trouble dépressif réactionnel mais notamment un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Du point de vue somatique, des céphalées douloureuses et incapacitantes sont apparues en 2016 et font encore l'objet d'investigations médicales. Enfin, les infirmières du Réseau Santé C._____ et l'ergothérapeute décrivent que l'assurée serait bien loin de pouvoir rejoindre le marché de l'emploi. Le 7 février 2018, la recourante s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 400.-. Dans ses observations du 8 mars 2018, l'OAI conclut au rejet du recours. Il estime qu'en l'absence de fait nouveau sur le plan médical objectif et d'une péjoration de l'état de santé psychique avec effet durable sur la capacité de travail, sa décision a été rendue à juste titre. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles 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.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 2.2. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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 a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). 2.3. 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, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En effet, selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (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). 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'entrer 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (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). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101); ATF 124 II 265 consid. 4a). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 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 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. 3.1. La dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente est la décision de refus du 29 août 2013, qui n'a pas été contestée par l'assurée. Il ressort des rapports médicaux que la recourante souffrait sur le plan physique d'une amaurose de l'œil droit, d'un status post-décompression du nerf optique en 2008, d'un status post-résection sous-totale d'une récurrence d'un méningiome du nerf optique droit avec sacrifice du nerf II et partiellement du nerf III, qui passait par ce méningiome du type meningothéliomateux grade I en 2012, et que ces troubles n'entraînaient aucune incapacité de travail (cf. notamment rapport du 18 juillet 2012 du Prof. D. _____, spécialiste en neurochirurgie, dossier OAI p. 187; rapport du 10 octobre 2011 de la Dresse E. _____,

spécialiste en médecine générale, dossier OAI p. 147; rapport du 5 mai 2011 du Dr F. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, dossier OAI p. 82). Du point de vue psychiatrique, l'OAI s'est basé sur une expertise réalisée le 6 mai 2013 par le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI p. 229). Celui-ci n'a retenu aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail, mais un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) secondaire au méningiome opéré en 2008 avec récurrence opérée en 2012 et des somatisations (F45.0) n'engendrant aucune incapacité de travail. Il a estimé que le trouble anxiodépressif était directement lié à la crainte de devenir aveugle et que, en tant que ménagère, cette crainte et la problématique de l'état de santé de son fils cadet ne justifiaient pas une incapacité de travail. Les symptômes suivants ont été relevés: concentration et mémoire récente qui semblent quelque peu perturbées, tristesse, peur que la tumeur revienne, humeur dépressive, sentiments d'infériorité, de dévalorisation, de découragement, idées noires, tensions internes et angoisses par rapport à la tumeur et à son dernier enfant. L'assurée présentait aussi notamment des douleurs chroniques multiples comme des céphalées chroniques d'origine mixte, des migraines, une tendance à l'anémie ferriprive, des vertiges. Il a ainsi écarté l'appréciation du Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de la recourante, lequel estimait que celle-ci souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F32.11 qui limitait considérablement sa capacité de travail (cf. notamment rapport du 13 juin 2013, dossier OAI p. 263). 3.2. Dans le cadre d'une seconde demande de prestations, l'OAI a, par décision du 2 novembre 2014, considéré que les rapports produits postérieurement à la décision du 29 août 2013 n'établissaient aucune aggravation objective et durable de l'état de santé de la recourante. Il en a fait de même par décision du 11 septembre 2017 suite à la demande du 12 juin 2017, les atteintes motivant la demande et ressortant des rapports médicaux étant toujours, notamment, des

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 douleurs résiduelles post-chirurgicales, des symptômes ORL non invalidants et un trouble de l'humeur réactionnel. L'épisode dépressif de décembre 2016 s'était amendé sous traitement et prise en charge psychiatrique, et l'incapacité totale de travail attestée par le médecin traitant n'était pas non plus nouvelle. 3.3. La recourante a déposé une quatrième demande le 25 septembre 2017. Divers rapports médicaux établissant la situation médicale suivante ont été produits. Du point de vue psychiatrique, le Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et nouveau psychiatre traitant de l'assurée depuis 2015, diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), des troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité, traits dépendants (F61), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, syndrome de dépendance aux sédatifs opiacés (F19.2), et d'autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale (Z63). Il relève que l'assurée est angoissée, anxieuse, a des troubles du sommeil et une fatigue quasi-permanente, qu'elle a présenté au début de son suivi psychiatrique (2015) des symptômes dépressifs sévères, avec une anhédonie, une tristesse, des crises de pleurs, une fatigue, un ralentissement psychomoteur, des crises d'angoisse et d'anxiété, des sentiments de dévalorisation et de culpabilité, des difficultés de communication (alexithymie) et des idées noires. Par la suite, l'état de santé psychique de l'assurée s'est aggravé avec davantage de dépendance face à son entourage ainsi qu'une humeur dépressive quasi-permanente et une fatigue chronique dans le cadre des symptômes dépressifs (rapport du 11 septembre 2017, dossier OAI p. 360). Le 20 novembre 2017, il ajoute que, contrairement à l'avis de

mai 2013 de l'expert-psychiatre, le trouble de la personnalité mixte joue un rôle primordial (dossier OAI p. 408). Tant les infirmières de l'Aide et soins à domicile du Réseau santé C._____ que l'ergothérapeute de la recourante indiquent qu'elle souffre de douleurs, fatigue, vertiges et troubles de la mémoire qui portent atteinte à son autonomie. Les infirmières mentionnent également que l'assurée se plaint d'anxiété grave et qu'elle a été hospitalisée à deux reprises en décembre 2016 et juin 2017 (rapport du Réseau santé C._____ du 13 septembre 2017, dossier OAI p. 363; rapport de l'ergothérapeute du 16 octobre 2017, dossier OAI p. 397). Dans son rapport du 7 décembre 2017, le Dr J._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin du SMR, constate que le Dr I._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail de sa patiente. Il relève ensuite qu'un trouble de la personnalité apparaît toujours dans l'enfance ou l'adolescence, et non à l'âge de l'assurée (45 ans), et se poursuit à l'âge adulte, de sorte que le psychiatre apprécie différemment une même situation. De plus, seuls les cas très graves de troubles de la personnalité peuvent entraîner à eux seuls une incapacité de travail et les facteurs psycho-sociaux et culturels ne peuvent pas être pris en compte sous l'angle de la médecine des assurances. Par conséquent, il n'y a aucune péjoration de l'état de santé psychique avec influence durable sur la capacité de travail. Quant aux troubles physiques, aucun rapport médical émanant du médecin généraliste ou d'un spécialiste n'a été produit depuis la décision du 11 septembre 2017, qui avait constaté que les douleurs résiduelles post-chirurgicales et les symptômes ORL non invalidants subsistaient toujours.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 3.4. Il ressort de ce qui précède que, du point de vue somatique, aucune modification des troubles physiques n'est attestée. Sur le plan psychique, l'avis du psychiatre traitant ne saurait sans autre être suivi. En effet, les troubles de la personnalité apparaissent au plus tard au début de l'âge adulte (DSM-5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 2015, p. 759; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2017, p. 1386) et non à l'âge de la recourante. Les troubles de la personnalité codifiés sous Z dans ICD-10, comme ici les autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale (Z63), ne constituent par ailleurs et en principe pas des maladies invalidantes (arrêt du TF 9C_605/2012 du 23 janvier 2013). La dépendance aux médicaments est quant à elle connue depuis au moins l'expertise de mai 2013, dans laquelle l'expert a mentionné que la recourante prenait pas moins de 18 médicaments. Des facteurs extra-médicaux existent par ailleurs depuis des années: l'anxiété due à l'état de santé de son fils cadet et à sa peur de devenir aveugle sont mentionnées depuis la première décision et le médecin relève lui-même que la dépendance à son entourage, son impuissance et son manque d'autonomie ont joué un rôle très important dans les symptômes dépressifs (rapport du 11 septembre 2017, dossier OAI p. 360). Quand aux symptômes qu'il met en évidence (rapport du 11 septembre 2017 et rapport du 20 novembre 2017, dossier OAI p. 408), la très grande majorité, à savoir fatigue, troubles du sommeil, ralentissement psychomoteur, angoisses et anxiété, perte d'élan vital, tristesse, désespoir, difficultés à prendre des décisions ou à faire des choses seule, découragement ou encore dévalorisation et dépréciation sont connus depuis 2011 déjà et ont également été relevés dans l'expertise du 6 mai 2013. Ainsi, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, relevait le 19 avril 2011 que l'assurée souhaiterait pouvoir travailler mais qu'elle ne se sent pas capable d'effectuer des travaux même simples (dossier OAI p. 51). Le Dr H._____ mettait quant à lui en évidence un état d'anxiété permanent, des troubles du sommeil, une fatigue chronique, la peur de devenir aveugle, un état de tristesse, un désespoir, une auto-dévalorisation, des difficultés à mémoriser, planifier, anticiper et exécuter même les

tâches ménagères simples (rapport du 29 juin 2011, dossier OAI p. 101). La perte de toute envie, les angoisses, la fatigue se retrouvent aussi dans le rapport du 1er entretien avec la personne assurée du 29 novembre 2011 (dossier OAI p. 150). Les autres symptômes – par exemple moments d'indifférence, monotonie – sont qualifiés par le Dr I. _____ d'occasionnels (rapport du 20 novembre 2017). Enfin, le psychiatre traitant ne se prononce pas du tout, dans ses rapports, sur la capacité de travail. Les rapports de l'ergothérapeute et des infirmières de l'aide et soins à domicile du Réseau santé C. _____ ne sont pas non plus déterminants dans la mesure où ils n'émanent pas d'un médecin et que les symptômes et difficultés décrits existent depuis 2011 déjà. Ainsi, par exemple, les douleurs, céphalées, la fatigue, les vertiges, les difficultés de déplacement et le fait que la recourante se repose sur sa famille pour les tâches ménagères sont attestés par le Dr H. _____ (rapport du 26 juin 2011) ou ressortent du rapport du 1er entretien avec la personne assurée du 29 novembre 2011 et du rapport d'enquête économique sur le ménage du 30 août 2011 (dossier OAI p. 113). Ainsi, au vu des considérants qui précèdent, force est de constater que l'assurée n'a pas rendu plausible que son état de santé s'était modifié de manière à influencer sa capacité de travail depuis le refus initial de rente du 29 août 2013. Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée s'est refusée à entrer en matière sur la nouvelle demande présentée par l'assurée.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 400.- et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés avec l'avance de frais versée le 7 février 2018. Succombant, la recourante n'a pas droit à des dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de A. _____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 7 février 2018. III. Il n'est pas octroyé de dépens. 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 27 juin 2018/cso Le Président: La Greffière-rapporteuse:

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