

FR_GERICHTE 608 2019 296 vom 16. April 2020

FR Kantonsgericht, 2020-04-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_296

FR: FR_GERICHTE 608 2019 296 du 16 avril 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 296 del 16 aprile 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 17

novembre 2003. Le 23 mai 2006, l'Office AI du canton de Fribourg (ci-après: OAI) l'a mise au bénéfice d'une demi-rente, décision annulée, sur recours du 28 juin 2006, par le Tribunal cantonal, le 12 juin 2008 (TC FR 5S 2006-185), la cause étant renvoyée à l'Office pour complément d'instruction. Après, en particulier, une expertise interdisciplinaire (rhumatologie, psychiatrie et neuropsychologie) auprès d'un COMAI (rapport du 8 mai 2009), dans laquelle furent retenus, avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles attentionnels, et, sans effet déterminant sur celle-ci, notamment un trouble somatoforme douloureux, une dysthymie (F34.1), un status après contusions et fracture en 2002, ainsi que des douleurs du poignet D avec ancienne lésion traumatique partielle du ligament scapho-lunaire figurant sur l'arthro-scanner de 2005, l'OAI a conclu que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais une autre adaptée, si, à plein temps, avec une perte de rendement de 15%. Au vu d'un degré d'invalidité de 17.4%, la demande de prestations a été rejetée le 25 janvier 2012. Le recours du 28 février 2012 contre cette décision a été rejeté par le Tribunal cantonal le 23 mai 2014 (TC FR 605 2012 69); le Tribunal fédéral a cependant partiellement admis (arrêt TF 9C_502/2014), le 5 septembre 2014, le recours du 25 juin 2014, renvoyant la cause à l'Instance inférieure pour nouvelle détermination du revenu sans invalidité. Par arrêt du 30 mai 2016 (TC FR 605 2014 174), confirmé, sur recours du 5 juillet 2016, par la Haute Cour le 8 février 2017 (arrêt TF 9C_474/2016), le Tribunal cantonal, sur la base d'un degré d'invalidité de 17.4%, à écarté le recours de l'intéressée. B. Le 11 février 2019, l'assurée, par l'entremise de son mandataire, a déposé une nouvelle demande, invoquant une sensible péjoration de son état de santé depuis la décision de l'OAI du 25 janvier 2012. Après un projet de non-entrée en matière du 15 mai 2019 et des objections des 10 juillet et 30 septembre 2019, demandant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, l'OAI a, par décision formelle du 10 octobre 2019, refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations, considérant que les documents présentés par l'assurée se limitaient à rapporter une appréciation différente d'un état de fait objectif resté, pour l'essentiel, inchangé, sans rendre plausible une modification de sa situation avec effet sur son droit aux prestations depuis la dernière décision. C. Le 12 novembre 2019, l'assurée recourt contre cette décision auprès du Tribunal cantonal et conclut, sous suite de dépens, à ce qu'ordre soit donné à l'OAI d'entrer en matière sur la demande de "révision" et de procéder aux investigations médicales nécessaires. La dizaine d'avis médicaux produits par ses soins attestent tous une aggravation de son état de santé tant sur le plan psychique que physique. L'aggravation postérieure à la décision de 2012 a été rendue plausible. Le 21

novembre 2019, la recourante verse l'avance de frais de CHF 400.- requise.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 D. Par observations du 27 novembre 2019, l'OAI propose le rejet du recours. Le 27 décembre 2019, la recourante produit spontanément une pièce médicale. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. 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 une assurée, dûment représentée, directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, 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 (au sens de l'art. 17 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA; RS 830.1) est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. Lorsqu'il dépose une nouvelle demande, l'assuré doit ainsi rendre plausible une modification notable des faits déterminants influant sur le droit aux prestations (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; 130 V 71 consid. 2.2). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références); le but est ainsi lié, sur un plan théorique, à la force matérielle de la décision (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, in RSAS 47/2003 p. 395). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une 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; à 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, ce dernier 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. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (cf. arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2 et les réf.).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 Sous l'angle temporel, la comparaison des états de fait pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations a pour point de départ la situation telle qu'elle se présentait au moment où l'administration a rendu sa dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit la prestation d'assurance (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3; 133 V 108 consid. 5.3). Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA) ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI; l'administration peut appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – lequel 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, ce à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi; ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations 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 (cf. arrêt TF 9C_789/2012 précité consid. 2.2 et les réf.). 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, non d'après celui existant au temps du jugement (cf. ibidem; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêts TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2; I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1); des rapports médicaux produits après qu'a été rendue la décision attaquée sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (cf. ATF 130 V 64 consid. 5; arrêt TF I 896/05 précité consid. 3.4.1). C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAI (cf. arrêts TF 9C_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3; 9C_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 3. En l'occurrence, doit être examinée la question de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande, faute pour l'assurée d'avoir rendu plausible une aggravation déterminante de son état de santé. 3.1. Pour rendre son arrêt TC FR 605 2012 69 du 23 mai 2014 (ci-après: arrêt TC 2014), l'Instance de céans, à l'instar de l'OAI, s'est basée non sur la seule expertise du COMAI de 2009, mais sur l'ensemble du dossier (autres expertises pluridisciplinaires, etc.). Elle a détaillé la situation de santé à prendre en considération (p. 5 ss), retenant notamment un trouble somatoforme douloureux comme atteinte déterminante, ainsi qu'une majoration des symptômes relevée par plusieurs médecins et neuropsychologues. Elle a aussi relevé (p. 9 s.) que la baisse de rendement de 15% dans une activité légère reprise de l'expertise du COMAI par l'OAI malgré l'avis contraire de son SMR n'était pas convaincante; cette baisse pourrait tout au plus s'inscrire en lien avec les troubles attentionnels, et encore ceux-ci avaient-ils été taxés de faibles; elle s'est

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 cependant abstenue de revenir sur cette baisse, plutôt favorable à l'assurée. L'on ajoutera (cf. aussi p. arrêt TC p. 10) que lorsqu'ils se sont prononcés, ni les experts du COMAI, ni l'OAI et le SMR n'avaient eu connaissance de rapports de surveillance de l'assureur-accidents de 2006 à 2008, montrant l'assurée utiliser ses deux bras et mains, y compris en élévation, avec port de charges (parfois important), donner des cours théoriques à l'auto-école. Cette analyse de l'état de santé de l'assurée par la Cour, qu'il convient de garder en mémoire ici, n'a pas été remise en cause ultérieurement par l'assurée, qui avait renoncé en particulier à contester disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle adaptée (cf. recours du 24 juin 2014, p. 8, dos. OAI p. 733), et qui n'a pas non plus déposé une nouvelle demande de prestations avant 2019. 3.2. Sur les pièces médicales à prendre en compte ici, ceci: - Le Dr B. _____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, diagnostique, dans son rapport du 29 août 2016 (cf. dos. OAI. 891), en se référant à l'IRM de 2003, des lésions en tout cas partielles du tendon sus-épineux de l'épaule D. Après qu'eut été réalisée une arthro-IRM (document non produit), il estime, le 10 octobre 2016 (dos. OAI 892) qu'il y a des lésions

partielles du tendon sus-épineux, mais difficilement évaluables faute d'incidence ABER; il a l'impression qu'existe une tendinite calcifiante et a un peu de peine à comprendre la discordance entre la clinique et l'arthro-IRM, raison pour laquelle il va soumettre celle-ci à un rhumatologue, puis reverra la patiente et transmettra les résultats du tout au généraliste traitant. La Cour observe que la patiente n'a été envoyée au Dr B. _____ qu'en raison de la symptomatologie douloureuse de l'épaule D dont elle s'est plainte à nouveau. Et que même après une nouvelle IRM, le praticien n'a posé d'autre diagnostic que ce qui avait été déjà constaté lors de la première procédure AI, tout en s'interrogeant, comme d'autres médecins et experts auparavant, sur le hiatus entre les résultats objectifs de l'IRM et l'état douloureux de l'assurée lors de l'examen clinique (cf. par exemple: expertise COMAI, p. 8 ss, dos. OAI 455; analyse de la CRR et les radiographies de 2003 et 2006 mentionnées dans le rapport du SMR de mai 2009, dos. OAI 484; également arrêt TC 2014, p. 5 ss). A ce stade, il ne propose aucun traitement, même conservateur. L'assurée n'a pas produit les nouveaux documents annoncés par le médecin. Ni déposé alors ou les deux années suivantes une nouvelle demande de prestations. Pour l'Autorité de céans, ces pièces ne rendent pas plausible une aggravation de l'état de santé avec effet sur ses droits. - Dans ses réponses du 11 octobre 2018 à un questionnaire de l'assurée (cf. dos. OAI 884), le Dr C. _____, généraliste traitant, indique, à la question d'une péjoration intervenue, les diagnostics de: - status après cure du tunnel carpien D le 3 juillet 2018 et cure d'annulaire D à ressaut; déficit d'extension de l'annulaire D postopératoire; - fibrillation auriculaire paroxystique en 2011; - lésions partielles du tendon du sus-épineux de l'épaule D en 2016. Un plein temps avec rendement de 85% dans l'activité adaptée est beaucoup trop optimiste chez cette patiente qu'il faut considérer comme dépendante aux opiacés et limitée physiquement par la médication, la mobilité de l'épaule et le surpoids; un 50% paraît plus justifié que le plein temps. Pour la Cour, dès lors que la problématique cardiaque est rattachée à 2011, soit avant la décision du 25 octobre 2012, et que celle de l'épaule fait référence manifestement au rapport du Dr B. _____ de 2016, le seul diagnostic aggravant que voit le praticien semble lié aux cures du tunnel carpien et d'un doigt de juillet 2018 (cf. infra). Et encore, ne fait-il que le constat de ces opérations et uniquement d'un déficit d'extension, postopératoire, au niveau de l'annulaire. Cette

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 problématique de la main et les autres diagnostics ne sont en outre pas repris dans les facteurs qui lui paraissent justifier un mi-temps uniquement; or, quant à ceux-ci, tout caractère invalidant au sens de l'AI leur avait déjà été dénié dans la procédure préalable. Ce document du médecin traitant dont l'appréciation de la situation avait été écartée en première procédure (cf. arrêt TC 2014, p. 10) ne rend pas plausible une aggravation déterminante de l'état de santé, singulièrement pas une baisse de la capacité de travail de moitié. - Dans son rapport du 22 juin 2016 (cf. dos. OAI 921), le Dr D. _____, chirurgie orthopédique et traumatologie, indique que la patiente lui a été adressée pour un trouble sensitif à la main D. L'ENMG réalisée a montré une attaque modérée du nerf médian. Le praticien n'a pas d'autre explication quant à la symptomatologie douloureuse que la présence d'un syndrome de tunnel carpien. Après une cure en ambulatoire de celui-ci ainsi que du Dig. IV D le 3 juillet 2018 (cf. dos. OAI 923), les rapports des 31 août, 5 octobre et 26 novembre 2018 (dos. OAI 889, 926, 928) ont traité aux contrôles post-opératoires, y compris l'infiltration du 2 octobre 2018 du Dig III G à ressaut, l'assurée ayant indiqué, le 31 août 2018, avoir développé entretemps des douleurs au 4ème rayon de cette main G et à ce doigt III G. L'évolution du tunnel carpien D est favorable. Celle du Dig IV D également, même si de façon plus lente, la patiente présentant

encore des séquelles postopératoires; s'il devait y avoir constatation d'une aggravation des douleurs à ce doigt en février 2019, un traitement plus invasif (possible infiltration) sera discuté. Quant au Dig III G, l'évolution après infiltration est excellente. L'ergothérapie est poursuivie. Dans ses réponses du 16 avril 2019 (cf. dos. OAI 920), le spécialiste écrit que, de par l'état des mains, l'assurée est modérément limitée dans l'exercice d'une activité adaptée en raison d'un manque de dextérité; son rendement est de 80%. Le traitement médical annoncé est un suivi en ergothérapie/physiothérapie. Il n'a connaissance d'aucune autre atteinte à la santé limitant la capacité de travail que celle des mains. Il ne sait pas quels sont les symptômes actuels des problèmes de dos et l'ampleur des troubles somatoformes. S'agissant toujours de cette problématique des mains, le praticien pose, le 11 juin 2019 (cf. dos. OAI 960), le diagnostic de ténosynovite débutante au Dig III D; en revanche, pour le Dig IV D, tout est satisfaisant (cicatrice calme, mobilité complète sans ressaut, sensibilité conservée). Le 29 juillet 2019 (cf. dos. OAI 962), il rapporte que l'assurée a décrit une amélioration suite à l'infiltration du 3ème rayon de la main G pour son doigt à ressaut, mais qu'elle se plaint actuellement de douleurs y revenues comme avant. Il relève dans la conclusion de son rapport uniquement une persistance des douleurs au niveau du doigt à ressaut Dig. III D, en précisant que cette lésion n'a aucune indication chirurgicale pour l'instant; seule la poursuite du traitement conservateur avec attelle pour maintenir les doigts en extension la nuit est proposée. Le 12 septembre 2019 (cf. dos. OAI 964), il relève que l'assurée l'a consultée pour la persistance de la symptomatologie de doigt à ressaut du Dig III G; vu cela, et malgré une sensibilité conservée, le médecin pose une indication pour une prise en charge avec excision de poulie AI du majeur G; la patiente souhaite que cela intervienne dans un hôpital différent; contact est donc pris avec un autre chirurgien. La Cour observe que l'assurée s'était déjà dans la procédure antérieure plainte de douleurs au bras et au poignet D, aux doigts de cette main, de phénomènes de lâchage d'objets, de douleurs aggravées même en cas de port de faibles charges (2-3 kg; cf. par exemple expertise COMAI, p. 7), etc.; pour autant, seul un diagnostic de douleurs à ce poignet, avec une ancienne lésion traumatique partielle du ligament scapho-lunaire qu'aurait montré un arthro-scanner de 2005 avait été retenu par le COMAI, mais sans influence sur la capacité de travail. Cette symptomatologie s'inscrivait aussi dans celle d'un état somatoforme douloureux, avec des atteintes médicalement

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 objectivées mineures et sans incidence invalidante au sens de l'AI (cf. arrêt TC 2014, p. 5 s.). Le Dr D._____ constate aussi dans son premier rapport une discordance entre les résultats de l'ENMG et la symptomatologie douloureuse dont se plaint l'assurée, qu'il ne peut expliquer que par un syndrome du tunnel carpien. En tout état de cause, ces atteintes et leur cure telles que réalisées, ne sont pas de nature, en principe, de plausiblement être susceptibles de créer une atteinte durable et invalidante au sens de l'AI, et ne nécessitent qu'un traitement conservateur (ergothérapie/physiothérapie). Tel a été le cas ici, puisque, le 12 septembre 2019, le praticien n'a rapporté que la symptomatologie au Dig III G à ressaut, l'évolution ayant été favorable pour le reste, avec en particulier une sensibilité existant partout. Et cette seule symptomatologie dont se plaint à nouveau l'assurée à ce moment-là n'apparaît pas de façon plausible devoir entraver significativement et durablement l'exercice d'une activité légère par cette droitère. L'appréciation de la baisse de rendement de 20% du médecin du 19 avril 2019 n'est pas déterminante non plus: elle est, respectivement, postérieure de quelques mois aux interventions intervenues, et antérieure d'autant du dernier avis médical, où elle ne fut pas reprise; clairement, elle intervint à un moment de récupération. De plus, le médecin traitant

ne fit qu'état, sans plus de détails, d'explications (diagnostics, observations cliniques, etc.) d'une limitation modérée de la capacité de travail dans une activité adaptée, en raison uniquement d'un manque de dextérité, induisant une perte de rendement de 20%, et en précisant que seule la poursuite du traitement conservateur était nécessaire. En aucune façon les pièces présentées n'attestent de façon plausible, du point de vue médical et objectif, que les cures et l'infiltration pratiquées ont induit une atteinte significative et durable, et non transitoire, temporaire, que le manque de dextérité n'était pas susceptible ni ne fut effectivement positivement amendé avec l'écoulement du temps et un traitement d'ergothérapie/physiothérapie habituel pour de telles pathologies, qu'une perte de rendement est avérée et telle qu'elle serait susceptible de rendre nécessaire l'octroi de mesures de réadaptation AI ou une rente. Enfin, ce taux de baisse de rendement sur un plein temps est celui qu'indique en avril 2019 le praticien compte tenu de toutes les atteintes qu'il a objectivement pu observer et prendre en compte; or, il n'est que de 5% supérieur à celui retenu dans la première procédure, compte tenu de tout le dossier médical et de façon favorable à l'assurée. S'agissant du membre supérieur (MS) et de l'épaule D, le Dr D._____ indique que ce n'est que le 11 juin 2019 (cf. rapport du même jour) que sa patiente s'est plainte de douleurs à l'épaule D, précisant en souffrir depuis plus de 15 ans. Après examen clinique, il pose le diagnostic d'omalgie D. Il demande à la patiente d'apporter les examens pratiqués jusqu'alors pour la prochaine consultation. Il indique alors, le 29 juillet 2019, que sa patiente décrit des douleurs au niveau de l'épaule avec une mobilité réduite; après nouvel examen clinique et en se référant à une IRM (sans précision quant à sa date) montrant la présence d'une lame liquidienne au niveau de l'espace acromio-claviculaire avec "???" (sic) au niveau de l'acromial, mais une absence de lésion de SLAP au niveau de la coiffe, le diagnostic d'omalgie est maintenu. Aucune indication à nouveau traitement n'est posée quant à l'épaule D. Le 6 août 2019 (dos. OAI 968), il écrit que l'assurée se plaint d'une douleur à la mobilisation de l'épaule D et répond, reprenant les éléments posés dans le rapport précédent, à la question des troubles diagnostiqués: douleur avec mobilité réduite; IRM épaule: lame liquidienne au niveau de l'espace sous-acromial; à celle des limitations fonctionnelles: à cause de la douleur, la mobilité est limitée, extension à 60°, flexion à 60°, rotation externe à 0°, rotation interne jusqu'aux fesses, signes de blessure de la coiffe négatif; pour l'instant, il n'y a aucune indication pour une chirurgie de l'épaule; le traitement conservateur est commencé. Le 12 septembre 2019, il décrit un status superposable à celui du 29 juillet et propose la continuation de la physiothérapie pour l'épaule D et la nuque.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 La Cour relève que la patiente n'a été adressée au Dr D._____ par son généraliste traitant que pour la problématique manuelle. Le 4 mai 2019, il ne fut d'ailleurs interrogé spécifiquement qu'à cet égard; questionné alors quant à une autre atteinte, il répondit n'en avoir connaissance d'aucune, ce alors même qu'il avait non seulement opéré son tunnel carpien et sa main D, mais effectué des contrôles réguliers subséquents, avec sans doute manipulation, etc., sans constater pour autant aucune douleur, aucun problème de mobilité du MS et de l'épaule, aucune limitation. D'ailleurs, jusqu'au 11 juin 2019, l'assurée ne s'était jamais plainte de douleurs au MS et à l'épaule D – qu'elle avait mises fortement en avant dans la procédure précédente – auprès de lui, et seul figurait au fond de la liste des diagnostics rappelés par le praticien l'existence d'une tendinite calcifiante du sus-épineux en 2003. Il appert ainsi que, jusqu'en juin 2019, les douleurs à ce niveau n'étaient pas présentes, ou à tout le moins pas exacerbées, insupportables, notablement augmentées par rapport à la situation antérieure, etc. La cause de cette

péjoration soudaine n'est pas rapportée; ce qui l'est, avant tout, ce sont les douleurs dont se plaint l'assurée (cf. rapport du 6 août 2019). Cet aspect à connotation subjective (et le contexte somatoforme précédemment retenu), justifie d'accueillir avec une certaine réserve les constatations faites lors des examens cliniques; on ignore ce qui a pu induire une telle différence de mobilité avec des résultats antérieurs (en 2016 encore), et on s'étonne que, par exemple, celle de la rotation en externe soit de 0° sans qu'ait été rapportée une impossibilité de conduire, etc., alors qu'aucun incident récent n'est évoqué. Sur le plan objectif, seule est mentionnée, sans plus d'indication quant à son incidence, une lame liquidienne, mais aussi l'absence de signe de blessure à la coiffe du rotateur. Contrairement à ce qu'avait annoncé l'assurée (cf. courrier du 30 août 2019, dos. OAI 958), le praticien ne s'est pas prononcé quant aux limitations fonctionnelles. Il a en revanche précisé qu'aucune indication chirurgicale n'était posée, et que seul un traitement conservateur était proposé, précisant, le 6 août 2019, qu'il commençait. On peut plausiblement en déduire que jusque là, aucun médecin n'avait jugé nécessaire de le faire débiter et que la situation de santé ne le nécessitait pas. L'instance de céans retient dès lors qu'à nouveau, l'assurée émet des plaintes douloureuses déjà alléguées dans la procédure précédente, mais qui n'avait pas trouvé de substrat objectif (suffisant) pour les justifier ou pour expliquer leur intensité (cf. par exemple expertise COMAI, p. 7 s.); et qu'en tout état de cause, les pièces produites ne rendent pas plausible une péjoration sensible de cette problématique. - Le 8 novembre 2018 (dos. OAI 888), la Dresse E. _____, anesthésiologiste et diabétologue traitante, livre les réponses suivantes: sa patiente vient une fois par semaine pour des perfusions de médicaments antalgiques. Comme éléments (diagnostics) de péjoration, elle mentionne: - asthme bronchique, oppressions thoraciques augmentant en fréquence et en intensité; prise pondérale; fluctuations glycémiques; aggravation des douleurs et des troubles fonctionnels du membre supérieur droit; mauvaise évolution post traitement chirurgical d'un doigt à ressort (annulaire D); douleurs généralisées; mouvements involontaires occasionnels des membres inférieurs; douleurs basithoraciques à gauche; diminution de l'état général avec aggravation subjective; troubles attentionnels. Aucune activité professionnelle n'est envisageable; la patiente a des difficultés à assumer ses tâches ménagères, à cuisiner; elle présente: des difficultés à manipuler ses casseroles (elle ne sait si ses mains vont soudainement lâcher les objets); il y a une aggravation des troubles de la concentration, elle doit utiliser une grande énergie pour se concentrer, pour établir des astuces afin d'organiser ses journées; elle a des endormissements intempestifs durant la journée et un ralentissement subjectif dans l'accomplissement des tâches. La praticienne propose de répéter un examen neuropsychologique car l'entourage perçoit une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 aggravation dans ses limitations pour l'accomplissement des tâches quotidiennes; son mari doit être plus attentif à ses troubles de mémoires et de concentration. La Cour retient que la description de la situation de ce médecin recouvre très largement celle que d'autres médecins traitants et elle-même firent dans la procédure antérieure, tant sur le plan des diagnostics que de leurs effets (par exemple, phénomène de lâchage d'objets, cf. ses rapports du 12 octobre 2009 et du 29 mars 2012, dos. OAI 567 et 634), et que la doctoresse retient la même conclusion qu'auparavant, savoir une impossibilité totale d'exercer toute activité lucrative et d'importantes difficultés dans celles ménagères. Position antérieure qui avait été écartée (cf. entre autres l'arrêt TC 2014, p. 10). On ne distingue dès lors pas clairement en quoi et comment, pour elle, l'état de santé et ses conséquences sur la capacité de travail se seraient encore sensiblement péjorés. De surcroît, son appréciation reflète en maints endroits celle, subjective, de sa patiente, notamment

quant aux plaintes douloureuses et à leurs effets. Et certains diagnostics, tels l'obésité sont, comme déjà dit dans l'arrêt précité, en principe non invalidants au sens de l'assurance-invalidité. Pour d'autres, il convient d'examiner les avis de spécialistes dans les domaines concernés (cf. supra et infra). Cette pièce médicale ne rend pas plausible l'aggravation déterminante de la situation. - Dans son rapport médical du 2 août 2018 (dos. OAI 893), la Dresse F. _____, pneumologie et médecine interne générale, diagnostique: syndrome d'apnées hypopnées du sommeil de degré léger, diagnostiqué et traité dès 2008; rhinite et asthme perannuels d'origine vraisemblablement non allergique (intrinsèque); syndrome d'hyperventilation probable (test d'effort réalisé en 1997); douleurs chroniques de l'épaule droite traitées par oxycontin. L'efficacité du traitement CPAP est bonne, mais le temps d'utilisation est nettement insuffisant (2h37 par nuit, en moyenne); la patiente est donc encouragée à le porter davantage durant la nuit; celle-ci s'est plainte d'une qualité du sommeil mauvaise en raison de douleurs notamment au niveau des mains et des épaules faisant que le temps d'utilisation quotidien est plutôt faible, mais a admis que lorsqu'elle le portait, elle se sentait beaucoup mieux reposée le lendemain. L'instance de céans ne voit pas en quoi cette pièce attesterait de façon plausible d'une aggravation significative de la situation pneumologique et de ses conséquences sur la capacité de travail (cf. l'arrêt TC 2014 p. 9). Il s'agit d'un rapport de contrôle annuel, satisfaisant en tous points quant à l'efficacité du traitement CPAP lorsqu'il est observé (index d'apnées hypopnées résiduel à 0.5 événement/h), ce que reconnaît l'assurée elle-même. En outre, l'assurance-invalidité ne saurait répondre de la circonstance, contraire au devoir de tout entreprendre pour diminuer son dommage, d'un port quotidien largement insuffisant du masque et de son incidence possible sur la fatigue, la concentration, etc. (port même inférieur aux plus de 5h en 2010, cf. le rapport du 21 octobre 2010 du Dr G. _____, dos. OAI 426). - Dans ses réponses, non datées ni signées, à un questionnaire du 13 juin 2019 (dos. OAI 966), le Dr H. _____, médecin interne généraliste, répond, quant au diagnostic sur le plan dorso-lombaire: discarthrose sévère dorsale et lombaire haute; troubles statiques importants sous la forme d'une hypercyphose dorsale et une hyperlordose lombaire. A la question de savoir si cela est de nature à diminuer significativement la capacité de travail, il est répondu oui, parce que le maintien d'une position statique assise ou debout de plus de 2 à 4 heures, selon douleurs, n'est pas exigible; à celle d'autres atteintes à la santé influant la capacité de travail, il mentionne les troubles psychiatriques énoncés dans l'expertise de 2009 et la consommation de fortes doses d'opiacés (voire syndrome de dépendance).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 Pour le Tribunal, tant les troubles statiques énoncés que la discarthrose (sans autre précision quant aux disques concernés par l'atteinte), même qualifiée de sévère, ne sont, automatiquement, synonyme d'aggravation déterminante plausible de l'état de santé avec effet sur le droit aux prestations selon l'assurance-invalidité, étant en sus relevé qu'ils constituent per se des atteintes susceptibles d'apparaître selon le cours ordinaire des choses du fait de facteurs non invalidants, en principe, tels que l'âge, l'obésité et ses répercussions sur la posture, un déconditionnement musculaire, etc. La discarthrose est d'ailleurs citée dans les diagnostics, mais, s'agissant des limitations sur la capacité de travail, uniquement la problématique statique. Et la difficulté évoquée à cet égard peut être aisément contournée: une activité légère, par exemple de bureau, comme elle en a déjà eue une, n'est pas incompatible avec une alternance régulière des positions (se lever, se rasseoir...). Et un traitement conservateur (physiothérapie, etc.), qui n'est pas annoncé ici, est tout à fait propre à atténuer, à corriger cette problématique statique. Les autres médecins cités ici n'ont pas mentionné ces diagnostics avec effet actuel incapacitant.

Là aussi, la plausibilité d'une nécessité d'une réadaptation AI n'est pas donnée, pas davantage que celle de la susceptibilité que le critère de durabilité soit atteint. La mention médicale de lombalgies et d'une hypercyphose apparaît au demeurant déjà dans le dossier antérieurement (cf. dos. OAI 396 et 496). Enfin, tant des médecins spécialistes que les autorités se sont prononcées dans la première procédure sur les troubles psychiatriques et la prise médicamenteuse. La plausibilité de la péjoration notable et déterminante n'est pas donnée. La Cour n'a pas à apprécier le rapport produit par la recourante le 27 décembre 2019 annonçant l'apparition spontanée, le 25 septembre 2019, de douleurs à l'épaule G, avec un traitement limité actuellement à un antidouleur simple, dont ne disposait pas l'OAI lorsqu'il a rendu la décision attaquée. - Le Dr I. _____, psychiatre traitant, répond, le 9 octobre 2018 (dos. OAI 885), à la question d'une éventuelle péjoration (diagnostics), que sa patiente présente une augmentation des douleurs, de la fatigabilité, des troubles de la mémoire; il n'y a pas de changement des diagnostics, l'aggravation est légère. L'état de santé n'est toujours pas compatible avec une activité lucrative (fatigue, fatigabilité, intolérance au stress, labilité émotionnelle, troubles de la mémoire). La Cour retient que, selon la propre indication de thérapeute, l'aggravation qu'il retient est légère. La fréquence de consultation n'a au reste pas significativement changé ces dernières années (environ 7-8 par an). De fait, le psychiatre induit que l'état de santé, ses conséquences et ses manifestations sont les mêmes que lors de la procédure antérieure, les diagnostics étant identiques et l'incapacité d'exercer une activité lucrative perdurant toujours selon lui. Or, son appréciation a été dûment rejetée auparavant (cf. notamment l'arrêt TC 2014, p. 6 ss). Il n'y a pas là aggravation déterminante plausible. - La psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP J. _____ et la psychologue FSP K. _____ retiennent, dans leur rapport d'examen neuropsychologique du 13 mars 2019 (cf. dos. OAI 951): sur le plan thymique, une symptomatologie anxio-dépressive significative, telle qu'observée cliniquement en séance et rapportée par l'assurée; une fatigabilité accrue; un dysfonctionnement exécutif léger (difficultés d'auto-activation et d'inhibition); au niveau de la mémoire épisodique verbale, un score insuffisant au rappel libre différé, avec toutefois une normalisation des performances sur indigage sémantique; un rendement insuffisant dans une épreuve d'attention sélective. Ce tableau, prédominé par des difficultés attentionnelles et exécutives, est d'intensité légère; la plainte mnésique signalée anamnesticquement par la patiente est probablement à mettre en lien avec cet aspect. Compte tenu du profil neuropsychologique Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 actuel et des données de l'anamnèse suggérant une absence d'un TCC d'une gravité significative lors de l'AVP de 2002, une origine thymique est probable; de plus, il n'est pas exclu que la médication puisse contribuer en partie au tableau. La Cour souligne le qualificatif "léger" (à nouveau) employé. Pour le reste, outre qu'elle n'émane pas de médecins psychiatres et que le Dr I. _____ ne l'a pas retenue, la mention d'une symptomatologie anxio-dépressive, même qualifiée de significative, n'est pas à même de rendre plausible une péjoration notable de l'état de santé par rapport à ce que retenu dans la première procédure (cf. notamment arrêt TC 2014, p. 8 ss). Le tableau des plaintes recoupe largement celui antérieur. A noter: le diagnostic de TCC qui avait été mis en avant par le psychiatre traitant n'est pas retenu; le graphisme écrit est sans particularité et l'assurée l'a décrit conforme à son habitude, ce qui, pour la Cour, confirme plutôt une non-incidence de la problématique de la main, du bras et de l'épaule D; le déroulement de la journée type (coucher vers 2-3 h du matin, réveil à 6-7 heures, recouchage, après la cuisine, vers 13h30, et endormissement possiblement jusqu'à 17-19h) est vraisemblablement susceptible, joint au port très insuffisant du masque CPAP, de peser négativement, sans qu'en doive

répondre l'AI, sur la fatigue, l'attention et les oublis de l'assurée (qui indique avoir cessé la gestion administrative de l'auto-école où travaille encore son époux). La pièce ne rend pas plausible une aggravation notable, notamment avec ce qui fut retenu dans d'autres examens neuropsychologiques (cf. par exemple dos OAI 475). Etant rappelé à cet égard les doutes quant à la coopération de l'assurée, exprimés nombre de fois en première procédure, dont lors de tels examens (cf. arrêt TC 2014, p. 8 s.). 3.3. Au vu de ce qui précède, la Cour retient que les rapports et réponses à questionnaires produits ne rendent pas plausible une aggravation notable de l'état de santé avec effet sur le droit aux prestations par rapport à la situation telle que retenue dans la décision du 25 janvier 2012, mais également de celle figurant dans l'arrêt TC du 25 mai 2014, entré en force sur ce plan-là. Ni le seul temps écoulé depuis lors, ni la seule multiplication des plaintes d'atteintes et celle des pièces médicales, dont la lecture ne permet au demeurant pas de considérer qu'elles attesteraient toutes et de façon claire cette aggravation et non, plutôt une reprise ou un maintien des douleurs, constatations et diagnostics précédemment exprimés dans des avis médicaux écartés de façon convaincante auparavant, pas davantage que la seule mention de diagnostics qui n'avaient pas figuré dans la liste dressée par les experts COMAI de ceux jugés pertinents quant aux plaintes, aux pathologies et à la situation à examiner, ne suffisent pour admettre cette plausibilité. L'examen de la plausibilité doit être conduit, avec la même rigueur, sans égard à ces éléments. Et contrairement à ce que soutient la recourante, l'OAI (et la Cour après lui) était bien autorisé, et même devait être exigeant quant à elle. Au surplus, on rappellera que pour être, plausiblement, susceptible d'influencer les droits de l'assurée, la péjoration notable alléguée devrait pouvoir induire une nécessité de mesures de réadaptation au sens des dispositions de l'assurance- invalidité pertinentes, ainsi que/ou, une certaine incapacité de travail durable; s'agissant de la prestation de rente, cette incapacité devrait résulter en une perte de gain telle que le degré d'invalidité passe de 17.4% à 39.50% au moins. Enfin, le Tribunal ne voit pas en quoi en prenant en compte les avis du SMR, Dr L. _____, médecine interne générale, des 14 mai et 10 octobre 2019 (dos. OAI 936 et 982), l'OAI aurait manqué au principe de l'égalité des armes: outre que la jurisprudence citée à cette égard par la recourante paraît plutôt applicable en cas d'entrée en matière et d'examen au fond, force est de constater qu'il revenait à l'assurée de produire tout document utile rendant plausible la péjoration

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 déterminante, et qu'elle n'en a nullement été empêchée, obtenant d'ailleurs une prolongation de délai pour ce faire. Partant, le recours doit être rejeté, et la décision attaquée, confirmée. 4. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 400.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe, et compensés avec l'avance de frais du même montant. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de la procédure de recours, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont prélevés sur l'avance du même montant versée. 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 16 avril 2020/djo Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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