

FR_GERICHTE 608 2020 187 vom 5. Februar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-02-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_187

FR: FR_GERICHTE 608 2020 187 du 5 février 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2020 187 del 5 febbraio 2021

Regeste

Arrêt de la IIe 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 une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

E. 2

Aux termes de l'art. 8 de la loi 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 du 19 juin 1959 sur

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

E. 2.1

Selon l'art. 28 LAI, al. 1 ou 2, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins.

E. 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. Ce n'est ainsi pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 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).

E. 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, d'après 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).

E. 3.1

Dans le cadre d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (actuellement 87 al. 3 RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. 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).

E. 3.2

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 Cst.; 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 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).

E. 3.3

La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est – par application analogique des règles régissant la révision de l'art. 17 LPGA – la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

E. 4

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la recourante a établi de manière plausible une éventuelle modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits, conformément à l'art. 87 al. 2 RAI.

E. 4.1

S'agissant de la situation prévalant au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit celle du 8 septembre 2014, elle a d'ores et déjà été exposée de manière détaillée dans un précédent arrêt rendu le 3 juillet 2018 par la Cour de céans (arrêt TC FR 608 2017 276 consid. 4.1), de sorte qu'il est possible d'y renvoyer. Pour résumer, on rappellera qu'étant dans l'impossibilité d'expliquer objectivement l'origine des (nombreuses) plaintes de la recourante, les médecins se sont orientés vers une composante somatoforme douloureuse, raison pour laquelle le dossier a alors basculé vers le volet psychiatrique. Les expertises réalisées successivement par le Dr D._____, en 2012, et par le Dr E._____, en 2014, n'ont toutefois pas permis de conclure à la présence de diagnostics invalidants.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 Le premier a en effet retenu une dysthymie (F34.1) et le second ceux de trouble somatoforme indifférencié (F45) et d'autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité immature) (F60.8), tous deux évoquant la présence d'éléments de surcharge.

E. 4.2

A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a produit les rapports suivants: Un rapport du 12 février 2020 dans lequel le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, annonce avoir reçu l'assurée à sa consultation à plusieurs reprises pour les atteintes suivantes: fibromyalgie, syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, status post contusion cervicale en 2005 et enfin névralgies d'Arnold récurrentes. Après rappel du status (mettant notamment en évidence une hypomobilité diffuse de toute la région cervicale basse et de la charnière lombosacrée ainsi que la présence de 18/18 points de fibromyalgie positifs), il préconise la poursuite de la médication antalgique et décontracturante, de même que du traitement physiothérapeutique. Il termine en relevant que "du point de vue assécurologique, l'assurée semble rivée sur ses douleurs qui se sont répandues en tache d'huile et se sont chronifiées, ce qui rend difficile toute projection dans un avenir professionnel quelconque". Un rapport établi le 2 mars 2020

par la Dre H. _____, spécialiste en rhumatologie auprès de I. _____. A la suite d'une consultation ambulatoire, celle-ci retient le diagnostic de fibromyalgie; elle mentionne, au titre de comorbidités, une hyperparathyroïdie primaire avec hypercalcémie modérée constante traitée depuis octobre 2018, un syndrome anxiodépressif, une HTA traitée et un status post cholécystectomie en 1995. A l'anamnèse, la spécialiste rappelle qu'il s'agit d'une patiente connue pour un syndrome douloureux chronique sévère, accompagné de douleurs ubiquitaires, de maux de tête et de fatigue, ainsi que de "multiples symptômes fonctionnels associés". A l'examen clinique, le status cardiopulmonaire, de même que celui neurologique, sont sans particularité; celui ostéoarticulaire fait état d'une démarche hésitante avec une marche sur les talons et sur les pointes possible, de douleurs à la palpation et percussion du rachis complet, d'une mobilité limitée et plus généralement de douleurs généralisées (épaules, épicondyles latéraux, poignets, genoux, chevilles). Les tenders points de la fibromyalgie sont tous positifs à 18/18, tandis que le score de Beighton est de 0/9. Au final, cette doctoresse juge la situation inquiétante, au vu des douleurs et troubles fonctionnels multiples, ainsi que de l'inefficacité des traitements multiples. Compte tenu de la présence d'une hyperparathyroïdie primaire avec hypercalcémie modérée et de l'absence de suivi endocrinologique, elle a requis un examen de laboratoire, lequel a révélé une calcémie, traitée, dans les normes, et une hypovitaminose D qui devra probablement être substituée. Un bilan "polyneuropathie" met en évidence un bilan lipidique perturbé, nécessitant éventuellement l'introduction d'une statine. Les tests relatifs aux troubles intestinaux reviennent négatifs. Vu la présence de "quelques signes d'une épicondylite bilatérale", elle prescrit à l'assurée un EpiPoint et des semelles orthopédiques. Elle relève en outre sur l'importance d'avoir un suivi physiothérapeutique et éventuellement psychiatrique plus proche de son domicile, pour éviter la pénibilité des trajets. Enfin, elle insiste "sur l'importance d'une reprise d'activité physique". Un rapport du 15 juin 2020 du Dr J. _____, généraliste traitant, qui témoigne son incompréhension quant au refus de l'OAI d'entrer en matière sur la demande de sa patiente, qui "présente une douleur persistante, intense accompagnée d'un véritable sentiment de détresse et aucun traitement ne peut en venir à bout". Il rappelle que celle-ci présente un syndrome douloureux chronique (fibromyalgie) qui la handicape dans tous les compartiments de la vie

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 quotidienne. Les douleurs chroniques, permanentes et durables, ont provoqué un épuisement physique et moral, des troubles du sommeil et des éléments de la lignée dépressive. Un rapport du 22 juin 2020 dans lequel le Dr K. _____, psychiatre traitant, indique tout d'abord avoir dû modifier le traitement médicamenteux pour l'adapter à une situation qui ne s'était pas améliorée. "Sur le plan clinique, A. _____ a encore régressé depuis ma correspondance à elle du 11 avril 2019 [...]. Elle est maintenant fortement ralentie, angoissée, pleure en consultation, se plaint de cauchemars. Elle vit de manière recluse, ne se soigne pas, a peur de tout, se sent rejetée, présente cliniquement des troubles de la mémoire et exprime des idées suicidaires. Sa famille rapporte des perceptions délirantes de type paranoïde. Cliniquement, nous pouvons donc attester d'une sérieuse aggravation de l'état de santé psychique, sans réelle possibilité d'amélioration par un traitement médical. A. _____ souffre également de problèmes ostéo- articulaires qui sont cliniquement manifestes en consultation, mais qui ne relèvent pas de notre sphère de compétence".

E. 4.3

Il importe tout d'abord de se pencher sur le volet somatique du dossier, en examinant les différents rapports établis par le généraliste traitant ainsi que par les deux rhumatologues. Le Dr J. _____ se contente de rappeler la problématique somatoforme, connue de longue date, et d'appuyer son propos en se référant aux plaintes de sa patiente. Le contenu de son rapport témoigne du lien de confiance unissant ce médecin à sa patiente. Tout en saluant cette alliance thérapeutique, il convient néanmoins de constater que, du point de vue strictement assécurologique, ledit rapport ne fait état d'aucun élément strictement nouveau, susceptible de modifier l'évaluation de la capacité de travail; la seule référence à la présence d'un syndrome douloureux chronique accompagné d'un état dépressif, soit une problématique connue de longue date et ayant déjà fait l'objet de nombreuses investigations, de même qu'aux difficultés de l'assurée à y faire face est clairement insuffisante. On précisera encore que le reproche formulé par ce généraliste traitant, se plaignant que l'OAI ne lui ait pas fait parvenir de formule officielle pour prendre position, n'est pas relevant en l'espèce. En effet, dès lors que l'on se trouve dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande de prestations, c'est bien à l'assurée qu'il incombe d'apporter les éléments médicaux susceptibles de rendre plausible une modification de son état de santé (cf. supra consid. 3.2). Il en va de même du rapport rédigé par le Dr G. _____, lequel ne permet en aucune manière d'établir, ni même de soupçonner, l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée: les affections annoncées sont identiques aux diagnostics précédemment établis. Qui plus est, le rhumatologue se borne à recommander la poursuite du traitement, médicamenteux et physiothérapeutique, ce qui, là encore, ne laisse présager aucun changement significatif. Le rapport de la Dre H. _____ présente la situation de l'assurée de manière détaillée. L'anamnèse mentionne toutefois que cette dernière avait déjà consulté ce service en octobre 2018 et qu'elle "présente, de manière inchangée, des douleurs ubiquitaires aggravées par l'activité, constantes sur toute la journée, accompagnées de maux de tête et de fatigue importante, ainsi que de multiples symptômes fonctionnels associés". Elle note par ailleurs que la physiothérapie dont bénéficie l'assurée est sans grand effet et que cette dernière "est fortement handicapée par ce syndrome douloureux chronique qui est accompagné par un syndrome anxiodépressif sévère", ce qui tend d'emblée à démontrer que la situation n'a objectivement pas connu de changement, ces diagnostics et leurs manifestations étant connus de longue date. Le status clinique est relativement bref; il en ressort néanmoins une situation rassurante sur les plans cardiopulmonaire

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 et neurologique avec, en particulier, l'absence de déficit sensitivomoteur. Sur le plan ostéoarticulaire, la Dre H. _____ relève la présence de douleurs et une mobilité limitée, avec un score positif à tous les points de fibromyalgie. Elle retient certes que la situation de l'assurée inquiétante, mais elle n'apporte aucun élément objectif nouveau qui pourrait confirmer l'existence d'une modification. On constate au contraire que les nombreux examens menés par ses soins n'ont pas permis d'apporter une explication aux plaintes et la lecture de sa discussion du cas ne laisse apparaître aucun problème particulier, tout au plus des suppositions. Le seul fait que cette rhumatologue témoigne de son inquiétude ne constitue pas en soi un motif d'aggravation. D'autant moins qu'elle ne se prononce pas formellement sur la capacité de travail et recommande différentes mesures (EpiPoint, semelles orthopédiques, reprise d'activité physique) susceptibles de favoriser une amélioration. Au vu de ce qui précède, on ne saurait donc admettre que les rapports précités parviennent à rendre plausible une évolution particulière de la situation sur le plan somatique justifiant d'entrer en matière sur la demande litigieuse.

E. 4.4

Il convient encore de se pencher sur le volet psychiatrique et en particulier sur le rapport établi par le Dr K._____. Si ce dernier évoque effectivement une aggravation de la situation de sa patiente, cette déclaration ne suffit pas encore, à elle seule, à justifier d'entrer en matière. Celle-ci doit s'accompagner d'arguments susceptibles de rendre plausible, sur le plan médical, dite aggravation. Or, dans ce bref rapport, le constat clinique du psychiatre traitant se confond avec les plaintes de l'assurée; celui-ci mentionne simplement une série de symptômes (ralentissement, angoisses, pleurs, cauchemars, troubles de la mémoire, repli sur soi et idées suicidaires) qui ne sont pas nouveaux, respectivement peuvent correspondre à des manifestations du trouble dépressif, connu de longue date. On note que ces symptômes sont quasiment identiques à ceux figurant dans le rapport établi le 24 mai 2013 par les médecins de L._____. (cf. dossier AI p. 587). Quant à la présence de perceptions délirantes de type paranoïde, elles ne sont que rapportées par la famille, sans être formellement validées au constat clinique. On relève à cet égard qu'aucun diagnostic n'est posé et qu'aucune mention du traitement en cours (par ex. fréquence des consultations, traitement médicamenteux mis en place, compliance) n'est faite par le Dr K._____. Globalement, à part le fait de témoigner d'une augmentation de l'intensité des plaintes de sa patiente, ce dernier n'apporte pas d'éléments allant dans le sens d'une aggravation médicale de la situation de cette dernière. On ajoutera que les éléments fournis par le Dr K._____ sont très proches de ceux qui figuraient dans son rapport déposé dans le cadre de l'avant-dernière demande (dossier AI p. 691); celui-ci relevait déjà la présence d'un important ralentissement psychomoteur, d'une attitude passive et apathique ainsi que de troubles de la mémoire. Or, ces éléments n'avaient pas permis à l'OAI d'entrer en matière, décision qui avait été confirmée tant par la Cour de céans que par le Tribunal fédéral (cf. supra consid. C).

E. 4.5

Compte tenu de ce qui précède, l'appréciation du SMR, consistant à dire que l'assurée n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé, est parfaitement convaincante, de sorte que c'est à bon droit que l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur cette nouvelle demande. Cette conclusion s'impose d'autant plus que cette nouvelle demande constitue la dernière d'une longue série, et en particulier la quatrième depuis 2017. Or, conformément à la jurisprudence (cf. supra consid. 3.2), il est dans ce cas possible de se montrer d'autant plus exigeant pour entrer en matière.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9

E. 5

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. Il y a lieu de faire droit à la requête d'assistance judiciaire partielle (608 2020 201), les conditions du recours non d'emblée dénué de chance de succès (même si mal fondé) et de l'indigence étant remplies. Compte tenu de ce qui précède, les frais de justice, fixés à CHF 400.- et mis à la charge de la recourante, ne seront pas prélevés. Il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours (608 2020 187) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite partielle (608 2020 201) est admise. III. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite partielle qui lui a été accordée. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le

présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA). Fribourg, le 5 février 2021/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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