

FR_GERICHTE 608 2020 213 vom 5. Februar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-02-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_213

FR: FR_GERICHTE 608 2020 213 du 5 février 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2020 213 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 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 al. 1 LAI, 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). Tribunal cantonal TC Page 4 de 11

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 d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (actuellement art. 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 Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 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, il s'agit de celle du 11 avril 2017, par laquelle l'OAI a supprimé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité (dossier AI p. 350). Pour ce faire, l'autorité s'était principalement basée sur l'expertise bidisciplinaire réalisée par le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie (rapport du 27 janvier 2014; dossier AI p. 198), et par le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie (rapport du 15 mai 2014; dossier AI p. 211). Sur le plan rhumatologique, et après avoir rappelé l'évolution médicale depuis le début des années 2000 ainsi que l'anamnèse, le Dr D._____ relaie les plaintes de l'expertisée, à savoir des cervico-brachialgies à gauche, des omalgies des deux côtés, des lombopyalgies, des douleurs et paresthésies des deux mains, des polyarthralgies et enfin des douleurs aux talons et aux pieds. Au terme de son examen clinique, le rhumatologue retient, pour seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec diminution du seuil de tolérance à la douleur. A l'appréciation, il rappelle que l'assurée « signale depuis 2000 l'apparition de douleurs cervicobrachiales et lombo-vertébrales ainsi que des douleurs poly- et périarticulaires fluctuantes et migrantes s'étendant en tache d'huile, mises sur le compte d'un syndrome somatoforme douloureux, associé à des migraines à répétition ». Cette symptomatologie douloureuse persiste depuis, « malgré la médication antalgique mineure et majeure et physiothérapeutique effectuée jusqu'à ce jour ». En substance, l'expert constate l'absence de socle somatique pouvant justifier l'incapacité de travail: « L'assurée ne présente pas d'amyotrophie, il n'y a pas de signe inflammatoire articulaire, il n'y a pas de signe de synovite ou de téno-synovite, le score sonar est à 0 en mode palmaire et en mode doppler, il n'y a pas de troubles dégénératifs, il n'y a pas de lésions structurelles au bilan radiologique et ultrasonographique. L'impotence fonctionnelle réside essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique et cristallisé, avec extension en tache d'huile ». La capacité de travail est donc considérée comme entière dans une activité adaptée (pas de port de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive et de plus de 5 à 10 kg). Sur le plan psychiatrique, le Dr E._____, après établissement d'une anamnèse détaillée, rappelle des plaintes de l'assurée (soit douleurs multiples, incapacitantes et

fatigabilité), procède à l'examen clinique, comprenant, outre l'entretien proprement dit, la passation de tests psychométriques et sanguin. Sur la base de ce qui précède, il conclut à l'absence de diagnostic Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 susceptible d'influencer la capacité de travail. Il retient la présence d'un épisode dépressif majeur récurrent, actuellement en rémission ou tout au plus subclinique, ainsi que d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale, chronique. Se fondant sur les critères alors en vigueur (Foerster), l'expert-psychiatre a retenu que ceux-ci n'étaient pas remplis en l'espèce : « A._____ ne présente plus de comorbidité psychiatrique incapacitante, celle-ci ayant eu une évolution manifestement largement favorable grâce au cours naturel des choses, l'absence de facteurs de stress majeurs et un traitement médical bien conduit. L'assurée n'est pas isolée, elle est très entourée par sa famille ». Il en déduit une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique. Il ajoute que « la maladie a pris une forme identitaire », dont l'assurée retire de nombreux bénéfices secondaires, « ce qui va se révéler un obstacle non négligeable à une reprise de l'activité », pour laquelle elle ne manifeste aucune motivation. Dans le cadre des objections déposées à l'encontre du projet de décision, un rapport du Dr F._____, psychiatre traitant, a été déposé (dossier AI p. 277) à la demande de l'assurée. Il retient les diagnostics suivants: troubles dépressifs récurrents avec un syndrome somatique épisode moyen à sévère (F33.11), migraines (G43), suspicion d'hémorragie sous-arachnoïdienne en mai 2000 et douleurs musculo-tendineuses d'origine indéterminée persistantes. Il annonce une prise en charge sous forme de psychothérapie de soutien avec médication, suite à une réaction dépressive après apparition de douleurs musculaires diffuses avec état de fatigue chronifié, insomnies et migraines de plus en plus fréquentes. Les symptômes dépressifs sont variés: concentration, attention, perte de motivation, absence de plaisir, isolement social, idées de culpabilité et de dévalorisation. Il ne relève aucune amélioration en dépit de consultations régulières, toutes les 3 à 4 semaines. « En tenant compte de la symptomatologie handicapante et persistante, la durée et l'intensité des symptômes, réaction dépressive moyenne à sévère suivant la gravité des aspects de souffrance m'amènent à attester l'incapacité lucrative ceci d'une façon définitive ». Un complément d'expertise a été requis de la part du Dr E._____, qui a remis son nouveau rapport le 6 avril 2017 (dossier AI p. 326). A l'anamnèse intermédiaire, il relève que la situation de l'assurée au niveau familial est stable, voire plutôt bonne. De même, les plaintes ne varient pas, avec des douleurs (cervicobrachialgies gauches, douleurs au genou, lombalgies basses, perte de force et sensations de piquûre au bras gauche, céphalées, mal aux talons, allergies) et des souffrances émotionnelles. Le déroulement d'une journée-type est, lui aussi, inchangé, avec très peu d'activités quotidiennes annoncées. A l'examen, l'expert constate que « le tableau clinique est dominé par une symptomatologie somato-algique fluctuante. On retient une humeur légèrement variable mais qui ne confine pas à l'anhédonie, l'aboulie ou l'apragmatisme », comme en témoigne notamment des relations intrafamiliales investies. Il note en outre l'absence de suicidalité avérée, d'irritabilité marquée, de troubles de l'attention ou de la concentration, de symptomatologie anxieuse ou psychotique. Il aboutit dès lors à l'absence de diagnostic invalidant. « Actuellement, nous ne retrouvons pas les critères cardinaux en faveur d'un épisode dépressif moyen à sévère » et l'examen clinique est globalement superposable à celui de la précédente expertise. « Nous notons une assurée relativement autocentrée, qui surinvestit ses plaintes somatiques qui semble devoir tout justifier et expliquer ». Quant à la composante du trouble à symptomatologie somatique (trouble somatoforme), l'expert estime, là encore après examens des critères diagnostiques

déterminants, que l'on peut au plus retenir la présence d'un trouble léger. Tout en admettant la présence de pensées excessives concernant la gravité des symptômes, il relève l'absence d'anxiété élevée ou de temps excessif dévolu à ceux-ci. Il constate par ailleurs que l'assurée est Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 peu dolente et n'est pas limitée dans ses mouvements lors de l'examen. Distinguant en outre le mandat de traitement de celui d'expertise, il considère que l'attitude plaintive de l'assurée, centrée sur ses symptômes ainsi que l'importance des bénéfices secondaires peut expliquer les conclusions divergentes du psychiatre traitant, sans les justifier sur le plan de la médecine d'assurance. Il considère que les limitations fonctionnelles sont probablement dues à des facteurs qui sortent du champ de l'assurance-invalidité (faible niveau d'éducation et de compétence professionnelle, facteurs linguistiques, âge, durée d'éloignement du monde du travail, aspect socio-culturel). Il conclut dès lors à l'absence de diagnostic pouvant justifier une incapacité de travail et confirme ses précédentes conclusions. D'après l'expert, une marge de manœuvre existe encore sur le plan thérapeutique; le traitement antidépresseur, de même que celui de l'anxiété, sont peu soutenus. C'est sur cette base que la décision du 11 avril 2017, supprimant la rente d'invalidité de la recourante, a été rendue par l'OAI. Le recours déposé par cette dernière le 17 mai suivant (608 2017 114) n'a pas remis en question l'évaluation de sa capacité de travail, dès lors qu'il a uniquement porté sur l'octroi de mesures de nouvelle réadaptation.

E. 4.2

Dans le cadre de sa nouvelle demande du 3 juin 2020, la recourante a produit les rapports suivants: Un rapport du 7 juin 2018 de la Dre G. _____ (dossier AI p. 599), spécialiste en anesthésie et antalgie, faisant état des diagnostics suivants: lombosciatalgies droites chroniques sur probable irritation radiculaire L5, cervicobrachialgies gauches, migraines traitées, fibromyalgie, asthme bronchique et allergies cutanées multiples. Après un rappel anamnestique, rapportant notamment l'interruption de l'activité professionnelle en 2000 en raison de migraines et de douleurs musculo- squelettiques, la doctoresse décrit les nombreux symptômes (plaintes), qui s'étendent à la quasi- totalité du corps (nuque, tête, dos, jambes, pieds, mains); en outre, le sommeil est perturbé. Elle note que la médication, les massages et les bains de mer apportent un peu de soulagement, mais pas d'amélioration. Au niveau psychosocial, les difficultés avec l'assurance-invalidité sont évoquées. La spécialiste émet diverses propositions (rotation des opiacés, reprise de la physiothérapie, changement de thérapie anti-migraineuse, perfusion de kétamine). Un rapport de consultation de H. _____ du 14 octobre 2018 (dossier AI p. 603). L'anamnèse indique que l'assurée consulte en raison d'une crise migraineuse ne répondant pas au traitement. Les médecins constatent l'absence d'état fébrile, de traumatisme crânien, de perte de connaissance, d'atteinte ORL, de symptôme neurologique focal, « sauf faiblesse du membre supérieur gauche connue dans le contexte de sa fibromyalgie ». Au terme d'un examen clinique ciblé, les urgentistes retiennent que l'assurée « présente ce jour une céphalée bitemporale exacerbée après 2 heures de temps et associée à des vomissements, une photo/phonophobie légère, non soulagée par Relpax. L'examen neurologique et le bilan biologique sont sans particularité. Les douleurs sont rapidement soulagées par un traitement antalgique et anti nauséux. Au vu d'un status neurologique normal, nous n'effectuons pas d'examen complémentaire et diagnostiquons une crise migraineuse. La patiente rentre à son domicile avec recommandation de consulter à nouveau si apparition de symptômes neurologiques ». Une incapacité de travail est attestée du 14 au 16 octobre 2018. Un rapport du 27 novembre 2018 dans lequel le Dr I. _____ (dossier AI p. 602), spécialiste en

neurologie, signale un examen ENMG normal. Tout en considérant que les troubles « sont compatibles avec une irritation L5 gauche », il ajoute qu'il n'existe néanmoins « pas de déficit objectif ni de signe d'anomalie à l'EMG ». Dans un rapport du 28 octobre 2019 (dossier AI p. 601), ce même Dr I. _____ conclut, une fois encore, à un examen EMG normal: « Pas de polyneuropathie, pas de lésion radiculaire, pas de signe de myasthénie ». Un rapport du 18 février 2020 de la Dre J. _____ (dossier AI p. 596), spécialiste en neurologie, que l'assurée a consultée au sujet de ses céphalées. Le diagnostic principal de migraine sans aura est posé. A l'anamnèse, une symptomatologie douloureuse, présente depuis une vingtaine d'années et consistant en des céphalées, est mentionnée. Des douleurs aux 4 membres, découlant d'une fibromyalgie, sont également notées. Une aggravation des céphalées est rapportée par l'assurée depuis environ 2 ans, la fréquence étant identique, mais elles s'accompagnent désormais d'une baisse de l'acuité visuelle à gauche, permanente, et une hypoacousie bilatérale. A l'examen neurologique est décrite une « majoration fonctionnelle en lien avec le terrain anxio-dépressif, mais l'examen reste contributif et ne met pas en évidence de signe de focalisation centrale ou périphérique ». La neurologue considère que le type de migraine présenté par l'assurée est sans lien avec la nouvelle symptomatologie (visuelle et auditive). Elle renvoie donc à des examens complémentaires (ophtalmologie, ORL) et constate que le traitement contre les céphalées et la fibromyalgie est insuffisant et prescrit une augmentation des dosages. Dans un rapport du 17 mars 2020 établi (dossier AI p. 593), la Dre G. _____ s'étonne de la décision de l'OAI de mettre fin aux prestations de l'assurée à la fin mai 2020, alors qu'aucune amélioration de son état de santé ne se fait jour. Rappelant l'impact multiple de cette situation (interruption de l'activité professionnelle, activités quotidiennes restreintes, résultats des stages d'évaluation), elle juge indispensable de réexaminer son cas. Un rapport établi le 12 mai 2020 par la Dre K. _____ (dossier AI p. 594), généraliste traitante, confirmant la validité des diagnostics présentés jusqu'alors. Elle insiste néanmoins sur le fait que les douleurs, liées tant à la fibromyalgie qu'aux migraines, évoluent défavorablement. « Les douleurs sont quasi constantes avec des pics évalués à 10/10, insomniantes, peu soulagées par les médicaments. Les migraines actuelles sont accompagnées de diminution de l'acuité visuelle et auditive (des examens ORL et ophtalmologiques auront lieu prochainement). Les doses de médicaments prescrits jusqu'ici [...] ont dû être majorées de manière significative [...], les doses prescrites jusqu'ici ne suffisent plus ». Elle termine en mentionnant l'apparition d'un diabète de type II, traité, et la présence d'un état de fatigue chronique et de retentissements assez sévères sur l'état psychique. Le 15 juin 2020, le Dr L. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès du SMR, retient en substance que « les nouveaux documents médicaux n'attestent aucun fait nouveau sur le plan médical objectif susceptible de modifier l'exigibilité médico-théorique précédemment établie. Aucun n'atteste d'ailleurs d'incapacité de travail durable ». Dans un rapport du 5 août 2020, faisant suite au projet de décision de l'OAI, la Dre K. _____ détaille l'ensemble des diagnostics actuels. « Globalement, les douleurs de localisation multiple sont quasi constantes et invalidantes. Elles entraînent de nombreuses limitations [...] ». Une fatigue extrême est également ressentie, ainsi que des migraines régulières (2 jours, 2 fois par mois). L'échec du stage au centre d'orientation professionnelle, en dépit d'un horaire réduit, est rappelé. L'absence d'amélioration au niveau psychique, en dépit d'un suivi d'une médication ad Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 hoc, est mise en lien avec la symptomatologie douloureuse. Le médecin traitant mentionne également la difficulté à stabiliser le diabète, un taux d'hémoglobine élevé, le problème de vision en

cours d'investigation ainsi que la mention par sa patiente de vertiges intermittents. « Au vu de toutes ces pathologies, il est raisonnable de penser, comme l'a décrété le centre d'intégration professionnelle, qu'elle est inapte au travail ».

E. 4.3

Amenée à statuer, la Cour de céans se prononce comme suit.

E. 4.3.1

Sur le plan somatique, on distingue deux périodes: Une première série de rapports date des années 2018 et 2019 soit, grossièrement, la période durant laquelle l'assurée a bénéficié de mesures de nouvelle réadaptation. Le rapport de la Dre G._____ résume bien la situation, mais n'amène cependant aucun élément nouveau: les diagnostics principaux (fibromyalgie, migraines, dépression) et les plaintes (douleurs ubiquitaires, fatigue) sont toujours à peu près les mêmes que précédemment. Tout au plus émet-elle différentes hypothèses pour adapter le traitement, ce qui ne saurait en soi démontrer l'existence d'une aggravation. De ce point de vue, le rapport du Service des urgences évoque certes une crise migraineuse d'une certaine intensité. Cela étant, dans la mesure où il s'agit de l'unique épisode de ce genre documenté, qu'il est de plus intervenu près de deux ans avant le dépôt de la demande de prestations ici déterminante et qu'il n'a impliqué qu'une très brève incapacité de travail, il ne saurait, lui non plus, conduire à admettre une modification substantielle de l'état de santé. Il en va de même des deux rapports établis par le Dr I._____ puisque, à environ un an d'intervalle, celui-ci constate que l'examen neurologique (EMG) est normal, aucune lésion neurologique ne pouvant être mise en évidence. Une seconde série de rapports a été établie entre février et mai 2020, soit immédiatement avant le dépôt de la demande litigieuse. La Dre J._____ explique que l'assurée est venue la consulter du fait d'une aggravation de ses migraines, avec l'apparition de perturbations visuelles et auditives. Le résultat de l'examen neurologique ne permet pourtant pas de corroborer cliniquement ces nouveaux symptômes. La neurologue confirme en effet que ceux-ci ne trouvent pas leur origine dans les migraines de l'assurée et renvoie à des examens complémentaires (ORL et ophtalmologique), tout en pointant du doigt un dosage médicamenteux insuffisant, tant pour le traitement des migraines que pour celui de la fibromyalgie. La prise de position de la Dre G._____ doit être appréhendée comme une intervention d'un médecin traitant en faveur de sa patiente, dans le contexte du conflit assécurologique opposant cette dernière à l'assurance- invalidité, sans qu'elle n'apporte d'élément médical nouveau. Celle-ci se contente en effet de demander le réexamen du dossier par l'OAI en se référant aux effets délétères (connus) des différentes pathologies. Enfin, dans son rapport du mois de mai 2020, la Dre K._____ signale une évolution défavorable des douleurs, sans toutefois fournir le moindre argument médical pour étayer son avis. Aucun changement n'est en particulier mentionné au niveau des diagnostics. Il sied dès lors de retenir que, ce faisant, elle relaie les plaintes de sa patiente. La généraliste précitée a remis un dernier rapport dans le cadre des objections au projet de décision de l'OAI. Mais elle se limite à présenter l'ensemble de la symptomatologie présentée par sa patiente, en insistant sur la multiplicité des pathologies et l'importance des douleurs pour en conclure que cette dernière n'est plus en mesure de travailler. De même, l'échec des stages d'évaluation professionnelle n'est, à lui seul, pas apte à démontrer que l'état de santé de l'assurée se serait entre-temps modifié. On note à cet égard qu'aucune évaluation médicale n'est intervenue dans ce cadre et que l'on ne peut exclure l'influence de facteurs extra-médicaux. Finalement, la Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 mention de pathologies

secondaires (diabète, taux d'hémoglobine élevé, problème de vision, vertiges intermittents) n'est pas de nature à justifier une autre conclusion: la généraliste admet à demi-mot que les difficultés à stabiliser le diabète et le taux d'hémoglobine sont possiblement liées « à des irrégularités dans l'alimentation » ; les problèmes de vision sont en cours d'investigation et en constituent, en l'état, pas un motif d'incapacité de travail, pas plus que les vertiges, lesquels sont simplement rapportés par l'assurée, sans qu'aucune conséquence n'en soit tirée par la doctoresse. En définitive, ce rapport n'est donc pas, lui non plus, de nature à suspecter que la situation de la recourante se serait significativement détériorée. La Cour relève encore que l'argument relatif à l'augmentation du dosage médicamenteux, invoqué par la recourante, mérite d'être relativisé. Dans son rapport du mois de février 2020, la neurologue J._____ avait en effet relevé l'insuffisance du traitement des migraines et de la fibromyalgie et avait dès lors prescrit une augmentation du dosage. En ce sens, la mention, par la Dre K._____, de la nécessité d'une majoration significative de la médication, ne constitue pas la démonstration d'une péjoration de l'état de santé, mais résulte au contraire du constat que le dosage était jusqu'alors insuffisant.

E. 4.3.2

S'agissant encore de la composante psychiatrique, la Cour relève qu'aucun document médical n'a été produit, alors qu'il s'agit d'un aspect particulièrement important lorsque l'on se trouve dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux chronique, comme c'est le cas ici. La seule évocation, par la généraliste traitante, de « retentissements assez sévères sur l'état psychique » ou encore de « l'absence d'amélioration » à ce niveau est insuffisante pour laisser penser que la situation sur ce plan se serait dégradée.

E. 4.4

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il convient de retenir que la problématique médicale n'a que très peu varié et que l'on se trouve face à une composante fibromyalgique/somatoforme et migraineuse, sans constat objectif, doublée de difficultés psychiques, avec une cohorte de symptômes. En soi, une situation quasiment identique à celle qui prévalait au moment de la décision de suppression de rente, en avril 2017. Par conséquent, l'appréciation du SMR, consistant à dire que l'assurée n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé, est convaincante. C'est donc à bon droit que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande.

E. 5

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 400.- et mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le 18 novembre 2020. Pour les mêmes motifs, l'assurée n'a pas droit à des dépens ni, a fortiori, à une indemnité pour tort moral, telle que requise par celle-ci. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué 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 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.