

FR_GERICHTE 608 2021 194 vom 5. Mai 2022

FR Kantonsgericht, 2022-05-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_194

FR: FR_GERICHTE 608 2021 194 du 5 mai 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2021 194 del 5 maggio 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 29

février 2016 (608 2014 142). C. En date du 1er juillet 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison de douleurs articulaires, musculaires et tendineuses, de fatigue, de dépression et de troubles du sommeil. Sur la base notamment d'une expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique, l'OAI lui a octroyé le 26 juillet 2018 un quart de rente d'invalidité dès le 1er janvier 2016. Il a considéré qu'elle était en mesure d'exercer une activité adaptée à 50% sans diminution de rendement. Statuant sur recours, la Cour de céans, par arrêt du 5 novembre 2019, lui a octroyé une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2016 au 31 juin 2017, puis un quart de rente dès le 1er juillet 2017 (608 2018 224). Cet arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours. D. L'assurée a déposé une 3ème demande de prestations le 14 février 2020 en raison de troubles physiques et psychiques. Par décision du 6 octobre 2021, l'OAI – sur la base de l'avis du SMR – a refusé d'augmenter le quart de rente au motif qu'il n'existait aucun fait nouveau objectif sur le plan médical ni aucune aggravation objective depuis l'expertise médicale réalisée en 2017. E. Le 8 novembre 2021, A. _____, représentée par Me Emmanuelle Favre, avocate, interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière et subsidiairement à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires et à la prise en compte d'un abattement de 25% dans le calcul du

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 revenu d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, elle allègue en substance que son état de santé s'est péjoré tant sur le plan physique que psychique et qu'un abattement de 25% aurait dû être pris en compte dans le calcul du revenu d'invalidité. Le 29 novembre 2021, la recourante s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 14 janvier 2022, l'OAI conclut au rejet du recours. Il soutient que l'assurée ne met pas en évidence de nouveaux éléments objectivement vérifiables et pertinents pour remettre en cause la décision attaquée, de sorte qu'une nouvelle expertise ne s'écarterait pas des conclusions de l'expertise mise en cause. De plus, la capacité de travail n'est pas réduite ni supprimée par des facteurs strictement médicaux mais par des considérations psychosociales ou socioculturelles. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, invoqués par elles à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent arrêt pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. 1.1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

1.2. Dans le cadre du "développement continu de l'AI", notamment la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Compte tenu du principe de droit intertemporel selon lequel les dispositions légales applicables sont celles qui étaient en vigueur à l'époque à laquelle les faits juridiquement déterminants se sont produits (cf. notamment ATF 129 V 354 consid. 1), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). 2.3. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. 2.4. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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 (art. 16 LPGA). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible –, le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]; ATF 135 V 297; 126 V 75; 124 V 321 consid. 3b/aa). A cet égard, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (arrêt TF 9C_214/2009 du 11 mai 2009 consid. 5.2). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, le Tribunal fédéral a estimé qu'il fallait les rapporter à la durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (arrêt TF 9C_666/2009 du 26 février 2010 consid. 3.2).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 En outre, le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Par ailleurs, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; arrêt TF 9C_537/2019 du 20 février 2020 consid. 2.2). Enfin, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour cette même raison (arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4.2). L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2; 126 V 75; arrêts TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.3; 8C_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4 et 5; I 724/02 du 10 janvier 2003). 2.5. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut

motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 cité par la juridiction cantonale). 2.6. 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). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à

prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). 3. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis la dernière décision de manière à influencer ses droits. 3.1. La dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente est la décision du 26 juillet 2018, modifiée par arrêt du 5 novembre 2019 de la Cour de céans.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 L'OAI s'était basé sur une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique du 4 juillet 2017 réalisée par la Dre D. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et par la Dre E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI p. 495). Cette expertise ne retenait qu'un seul diagnostic avec influence sur la capacité de travail, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F 33.1), qui entraînait une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes: peu d'exposition au stress (productivité limitée), consignes simples, absence de tâches multiples et simultanées, absence de prise de responsabilités, autonomie limitée au moins dans un premier temps, travail en petits groupes, horaires diurnes et réguliers, absence de travail en hauteur ou avec des machines. Plusieurs diagnostics sans influence avaient également été posés. Sur le plan somatique, il s'agissait d'un trouble douloureux chronique irréductible sans substrat lésionnel objectif (R52.1), d'une suspicion de rhumatisme inflammatoire sans signe actuel d'activité (M79.0), de séquelles d'ostéodystrophie de croissance et atteintes dégénératives du rachis, discrètes et étagées (M42.0 et M47.9), d'un affaissement plantaire (M21.4), d'un possible épisode d'ostéite iliaque condensante (post-accouchement en 1999-2000), d'une hyper-réflexivité (R29.2) et d'un status après cholécystectomie pour lithiase vésiculaire en 2012. Sur le plan psychique, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines – utilisation nocive pour la santé (F13.1), une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), une accentuation de traits de personnalité borderline (Z73.1), et des lésions auto-infligées avec un objet tranchant au niveau de la plante des pieds, résolutive au 2ème contrôle clinique (X 78), étaient retenus. Du point de vue physique, l'experte-rhumatologue mentionnait des douleurs importantes des mains sous forme de fourmillements des doigts ainsi que des pieds, mais que la recourante gardait l'autonomie de ses soins quotidiens. Celle-ci souffrait également de tremblements, qui étaient différents ou disparaissaient en fonction de la situation. La mobilisation de la main droite différait également d'un examen à l'autre et d'un moment à l'autre de l'examen selon la distractibilité de l'assurée. L'experte n'attestait d'aucune amyotrophie notamment distale à l'avant-bras et à la main droite et cette main avait une mobilité articulaire active, axiale et rhizomélique tout à fait ample et normale. Lors d'une 2ème rencontre, la main était d'emblée intégrée dans la gestuelle, et la recourante a ôté son attelle pour le status clinique et ne l'a remise que pour sortir dans la rue. Elle marchait par ailleurs de manière tout à fait harmonieuse, dissociant les ceintures, portant son sac de la main droite puis sur l'épaule, et marchait d'un pas vif et rapide en direction de son mari. Enfin, l'experte retenait la notion de douleurs chroniques irréductibles, sans substrat ni étiologie claire, avec de nombreux éléments de discordances lors de l'observation clinique des deux examens, et attestait que la confrontation radio-clinique à l'évaluation d'un score ultra-sonographique ne permettait pas d'attester de limitation fonctionnelle significative de l'appareil locomoteur dans les proportions attestées.

Sur le plan psychiatrique, l'experte-psychiatre précisait que le psychiatre traitant recevait sa patiente toutes les 3 à 4 semaines. Elle relevait aussi une atteinte à la santé complexe dont l'évaluation était parasitée par une tendance à l'exagération des symptômes. Il existait des traits de personnalité immature, un comportement de toute puissance de type infantile que son psychiatre traitant avait pu constater durant les séances et qui étaient le signe de faibles ressources psychiques. L'élaboration et la mentalisation était difficiles chez l'expertisée qui a déplacé, de façon inconsciente, son besoin d'étayage par sa famille, très insuffisant suite au décès de sa mère, à la société et à l'AI en particulier. L'assurée présentait également un abaissement objectif de la thymie, avec des pleurs durant tout

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 l'entretien psychiatrique, une diminution de l'attention et de la concentration objectivées par le Montréal Cognitive Assessment, un manque de plaisir et d'intérêt anamnestique, quelques idées de culpabilité, des troubles du sommeil et des automutilations aux pieds. L'immaturité, l'impulsivité, l'abandonnisme avec besoin d'étayage faisaient évoquer des traits de personnalité borderline. Pour terminer, l'anxiété manifestée essentiellement par une tachycardie, une augmentation de la tension artérielle et l'agitation psychomotrice objectivées lors de l'expertise étaient en lien direct avec un facteur de stress et ne répondaient pas aux critères d'une trouble névrotique. 3.2. La situation a ensuite évolué de la façon suivante: Le 27 septembre 2018, le Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, retenait une incapacité totale de travail dans toute activité. Il soutenait que l'expertise bi-disciplinaire s'attachait à prouver par tous les moyens l'absence d'une spondylarthropathie, et qu'il n'avait lui-même jamais constaté des incohérences dans le comportement corporel de sa patiente pouvant laisser penser à une simulation. Il a relevé que le tableau global de cette patiente n'est pas pris en compte et précisé que c'est l'association de la problématique douloureuse rhumatologique et psychiatrique qui influence la capacité de travail (dossier OAI p. 714). La Dre G._____, spécialiste en rhumatologie, indique le 27 novembre 2018 que le score sonar témoigne d'une maladie inflammatoire active, avec 6 synovites de grade I et 4 synovites de grade II, dont 3 prenant le Doppler (dossier OAI p. 725). Le 7 février 2020, elle précise que les plaintes de la recourante se manifestent par des douleurs ostéo-articulaires diffuses et mal systématisées, axiales et périphériques, dont l'étiologie semble plurifactorielle (dossier OAI p. 783). Le 20 juillet 2020, elle atteste qu'aucune activité n'est exigible et pose les diagnostics de lombalgies avec troubles dégénératifs pluriétagés avec conflit radiculaire LS à droite, de spondylarthropathie avec atteinte axiale (foyer inflammatoire SIG et polyarthrite) ainsi que d'un trouble dépressif. Elle retient également les limitations fonctionnelles suivantes: pas de flexion/extension du tronc, pas de mouvements répétitifs du tronc et des mains, pas de mouvements en porte-à-faux, pas de port de charges supérieur à 3kg, pas de position accroupie ou à genou (dossier OAI p. 822). Le médecin traitant de la recourante, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, s'est déterminé le 23 décembre 2019. Il atteste de la présence d'un syndrome douloureux chronique d'origine mixte, soit d'origine rhumatologique avec une spondylarthropathie et d'origine psychique avec un trouble dépressif majeur et une part post traumatique (accouchement). Il précise que les différents traitements mis en place n'ont pas apporté d'amélioration et que l'association des troubles psychiques avec leurs expressions physiques entraîne une incapacité totale de travail (dossier OAI p. 780). Le 6 avril 2021, la Dre I._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, diagnostique une spondyloarthrite avec atteinte axiale à HLABZ7 négatif depuis 2017, un trouble dépressif chronique sévère, un probable trouble somatoforme douloureux, une fibromyalgie, un conflit sous-acromial à

droite récurrent avec sus-tendinopathie calcifiante, une dépendance aux opiacés et une obésité. Le diagnostic de spondyloarthrite peut être retenu, avec une sacro-iliite gauche démontrée à plusieurs reprises, très modérée, les différentes IRM réalisées jusqu'ici au niveau rachidien n'ayant pas démontré d'atteinte inflammatoire. Des troubles dégénératifs rachidiens sont présents, modérés au niveau cervical, un peu plus marqués au niveau lombaire, avec une double discopathie lombaire basse s'accompagnant d'une arthrose postérieure bilatérale avec mise en évidence en juillet 2020 d'une poussée congestive. Il n'y a jamais eu de signes de

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 spondylite. L'atteinte articulaire postérieure pourrait peut-être entrer dans le cadre d'une atteinte inflammatoire, mais aussi dégénérative. La rhumatologue n'a décelé aucun élément en faveur d'une atteinte périphérique inflammatoire et relève qu'il n'y a jamais eu de syndrome inflammatoire biologique significatif. Le tableau douloureux présenté par cette patiente aujourd'hui déborde clairement du cadre du diagnostic de fibromyalgie évoqué en 2000, et la rhumatologue retient le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, qui s'accompagne d'un trouble dépressif marqué. Aucune activité n'est possible (dossier OAI p. 852). Sur le plan psychique, le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et d'un syndrome douloureux chronique lié à son affection rhumatologique. Il atteste d'une aggravation du trouble dépressif depuis septembre 2019 qui se manifeste notamment par des idées noires, du désespoir, d'auto-dévalorisation et un sentiment d'être une charge insupportable pour son mari et son fils. Le psychiatre observe objectivement une évolution vers un état mélancoliforme avec un déficit cognitif inquiétant et gravement invalidant. Vu la gravité et la chronicité de ses affections psychiques et physiques, le pronostic est réservé ou défavorable et sa capacité lucrative résiduelle est nulle (rapport du 19 décembre 2019, dossier OAI p. 781). Le 12 janvier 2021, il reprend son précédent rapport. Il précise que le trouble dépressif a une influence sur la capacité de travail et qu'il voit l'assurée toutes les 3 à 4 semaines (dossier OAI p. 835). Le Dr K. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du SMR, s'est également prononcé le 19 mars 2021 (dossier OAI p. 841). Il estime que, hormis les douleurs, qui est un élément subjectif, en lien avec une fibromyalgie évoluant depuis plus de 20 ans, il n'y a aucun élément médical objectif d'aggravation, ni sur le plan somatique ni sur le plan psychique, susceptible de modifier l'exigibilité médico-théorique. Le 28 septembre 2021, il prend position sur le rapport de la Dre I. _____ et relève que l'examen clinique ne montre aucune anomalie significative hormis les douleurs et la présence de tous les points de fibromyalgie positifs. Le laboratoire et les examens radiologiques ne permettent pas de corroborer une spondylarthropathie ou une autre pathologie inflammatoire chronique. D'ailleurs, les critères d'une spondylarthropathie ne sont remplis selon aucune des classifications internationales reconnues. Ce rapport ne fait état d'aucun fait nouveau objectif sur le plan médical ni d'aucune aggravation objective de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise. L'absence de nouvelles limitations fonctionnelles reposant sur une atteinte organique démontrée depuis l'expertise ne permet pas non plus de modifier l'exigibilité médico-théorique fixée par les experts (dossier OAI p. 894). Dans un rapport du 22 octobre 2021 mais produit seulement avec le mémoire de recours, le Dr J. _____ pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de douleurs chroniques liées à l'affection rhumatologique. La souffrance douloureuse est accentuée dans le contexte d'aggravation de son état dépressif qui s'est chronicisé malgré le suivi psychothérapeutique et différents

traitements antidépresseurs et anxiolytiques. Il observe une résistance aux traitements et constate que sa patiente glisse dans un état de régression mentale et physique qui la limite même dans ses activités de la vie quotidienne. Vu la gravité et la chronicité de ses affections psychiques et physiques, le pronostic est réservé et sa capacité lucrative résiduelle est nulle (dossier OAI p. 919). Le 6 novembre 2021, le Dr H. _____ retient un syndrome douloureux chronique avec des étiologies rhumatologiques et psychiatriques et renvoie aux avis de la rhumatologue et du psychiatre traitants. Il indique que l'assurée souffre de douleurs articulaires qui nécessitent actuellement un

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 traitement par antalgique de palier 3. Les douleurs et son état psychique provoquent un ralentissement psychique et moteur majeur qui rend impossible une activité professionnelle et cela de manière complète (100%), la recourante étant également fortement limitée dans sa vie quotidienne non professionnelle (déplacements, courses, ménage...). 3.3. Force est ici de constater que les diagnostics posés par les médecins de la recourante étaient déjà présents au moment de la décision du 26 juillet 2018. En effet, les lombalgies avec troubles dégénératifs étaient attestées dans l'expertise rhumatologique du 30 mai 2012 (dossier OAI p. 229). Le conflit sous-acromial à droite était quant à lui mentionné le 5 septembre 2014 par le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie auprès du HFR (dossier OAI p. 397), ainsi que dans une IRM du 15 février 2016 (dossier OAI p. 465). Le diagnostic de fibromyalgie avait également déjà été posé en mai 2015 (lettre de sortie du HFR du 13 mai 2015, dossier OAI p. 454). Tous, ainsi que le syndrome douloureux chronique, ont été pris en compte dans l'expertise bi-disciplinaire de juillet 2017. Quant au trouble somatoforme douloureux, il a seulement été attesté, qui plus est uniquement comme probable, par la Dre I. _____, dont la psychiatrie n'est pas la spécialité. Seul le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.1), posé lors de l'expertise psychiatrique du 4 juillet 2017, a évolué en épisode sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) puis en épisode sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Toutefois, le suivi psychiatrique et le traitement médicamenteux n'ont pas changé: la recourante se rend toujours chez son psychiatre traitant toutes les trois à quatre semaines (expertise du 4 juillet 2017, dossier OAI p. 517; rapport du 12 janvier 2021 du Dr J. _____, dossier OAI p. 835), et les médicaments et leur dosage sont restés les mêmes (Cymbalta 60mg/j, Sertraline 100mg/j, Demetrim 10mg/j; expertise, dossier OAI p. 510; rapport du 12 janvier 2021 précité). Le dosage pour le Normison et le Temesta a même diminué, puisque ces deux médicaments ne sont plus à prendre tous les jours mais désormais seulement en cas d'insomnie ou d'angoisses. Ensuite, le rapport du Dr F. _____ a déjà été examiné par la Cour de céans dans son arrêt du 5 novembre 2019, dans lequel il avait été relevé qu'il ne constitue qu'une autre appréciation d'un état de santé demeuré inchangé. Il n'y a pas lieu d'y revenir. Quant au Dr H. _____, à la Dre G. _____ et au Dr J. _____, s'ils attestent tous d'une incapacité totale de travail, ils se basent à la fois sur des troubles physiques et sur des atteintes psychiques, alors que les deux premiers ne sont pas psychiatres et que le dernier n'est pas spécialiste en rhumatologie, ce qui remet en cause la valeur probante de leurs rapports. La Dre I. _____ retient également une incapacité totale de travail (rapport du 6 avril 2021, dossier OAI p. 852). Prenant position sur ce rapport, le Dr K. _____ constate le 28 septembre 2021 qu'il ne fait état d'aucun fait nouveau objectif sur le plan médical ni d'aucune aggravation objective de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise, et que l'absence de nouvelles limitations fonctionnelles reposant sur une atteinte organique démontrée depuis l'expertise ne permet pas de modifier l'exigibilité médico-théorique fixée

par les experts (dossier OAI p. 894). Enfin, le Dr H. _____ et le psychiatre traitant indiquent que la recourante est désormais limitée dans ses activités quotidiennes (déplacement, courses, ménage). Cela était toutefois déjà le cas auparavant, l'assurée ayant besoin de l'aide de son mari ou de son fils pour le ménage et les repas, et son périmètre de marche était également déjà limité (expertise, dossier OAI p. 499 et p. 513).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Quant au traitement des troubles somatiques, il était précédemment déjà sans effets (cf. notamment rapports du 23 décembre 2019 du Dr H. _____, dossier OAI p. 780; du 7 février 2020 de la Dre G. _____, dossier OAI p. 783), ce que confirme la Dre I. _____ en proposant de renoncer dorénavant à tout traitement biologique ou autre, seul un traitement AINS pouvant être proposé en fonction de la tolérance. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié. La Cour constate en outre que la cause est suffisamment instruite sur le plan physique et sur le plan psychique, de sorte que des mesures d'investigation supplémentaires n'apporteraient rien de plus. 4. La recourante conteste encore le calcul fait par l'autorité pour déterminer son taux d'invalidité. Elle estime qu'un abattement de 25% doit être pris en compte dans le calcul de son revenu d'invalidité, en raison de l'atteinte fonctionnelle, de l'échec des traitements, de son âge et de l'absence d'activité professionnelle depuis 20 ans. Cependant, en l'absence de changement dans la situation médicale, il y a lieu de constater que l'atteinte fonctionnelle et l'échec des traitements ont déjà été pris en compte dans l'expertise bi-disciplinaire du 4 juillet 2017 qui est, comme on vient de le voir, toujours valable, et il n'y a pas lieu de les prendre en compte une seconde fois. De plus, les limitations fonctionnelles mentionnées par la Dre G. _____ le 20 juillet 2020 – pas de flexion/extension du tronc, pas de mouvements répétitifs du tronc et des mains, pas de mouvements en porte-à-faux, pas de port de charges supérieur à 3 kg et pas de position accroupie ou à genou – ne sont pas très importantes et somme toute usuelles. Elles permettent ainsi l'exercice d'un large panel d'activités légères. Ensuite, âgée de 51 ans, la recourante n'a clairement pas atteint le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.3). Par ailleurs, l'âge n'a qu'une importance limitée en ce qui concerne la déduction pour cause de maladie. D'une part, le fait que la recherche d'un emploi puisse être plus difficile en raison de l'âge n'entre pas en ligne de compte en tant que facteur étranger à l'invalidité. D'autre part, il est certain que l'âge a plutôt tendance à augmenter le salaire des femmes dans la tranche d'âge de 40 à 64/65 ans pour les postes sans fonction de cadre. Il faut également tenir compte du fait que les travaux auxiliaires sont demandés indépendamment de l'âge sur un marché du travail hypothétiquement équilibré (art. 16 LPG) (cf. arrêts TF 9C_857/2017 du 24 août 2018 consid. 4.3.1; 8C_558/2017 du 1er février 2018 consid. 5.3.2 avec renvois). Quant à l'absence d'activité depuis 20 ans, ce motif ne constitue pas un facteur d'abattement au sens de la jurisprudence (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb; cf. aussi arrêts TF 9C_55/2018 du

E. 30

mai 2018 consid. 4.3; 9C_273/2019 du 18 juillet 2019 consid. 6.3). Un abattement n'est dès lors pas justifié. Le montant du revenu d'invalidité retenu par l'autorité peut ainsi être confirmé.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 5. Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée a refusé d'augmenter la rente de la recourante. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de procédure par CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont

compensés par l'avance de frais du même montant versée le 29 novembre 2021. Vu l'issue de la procédure, il n'est pas octroyé de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 29 novembre 2021. 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 mai 2022/cso Le Président : La Greffière-rapporteure :

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