

FR_GERICHTE 605 2014 214 vom 14. Juni 2016

FR Kantonsgericht, 2016-06-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_214

FR: FR_GERICHTE 605 2014 214 du 14 juin 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2014 214 del 14 giugno 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 14

octobre 2014 du Dr I. _____, interniste, qui a exposé que, vu les douleurs persistantes, l'état général de son patient restait médiocre, notamment psychiquement. Le médecin a, de plus, relevé d'importants troubles du sommeil. Il a conclu à une diminution globale de la capacité de travail et de la résistance. Une avance de frais de CHF 400.- a été versée le 18 novembre 2014. Dans ses observations du 18 décembre 2014, l'autorité intimée expose que les documents médicaux produits par le recourant attestent seulement d'un épisode dépressif actuellement sévère mais clairement lié à un problématique familiale grave et au décès de ses parents. L'autorité considère dès lors qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré ne peut être retenue. Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures. Il sera fait état des arguments des parties, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Les atteintes à la santé psychique 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 ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées ; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à

chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a ; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (al. 1). b) D'après l'art. 16 LPGGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1). c) D'après l'art. 17 LPGGA, 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale (cf. arrêts TF 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 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). Par ailleurs, si l'administration entre en matière sur la demande, elle doit instruire et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite (ATF 130 V 71 consid. 2.2). Dans une éventuelle procédure de recours contre une décision de refus d'entrée en matière, les faits déterminants pour les tribunaux sont ceux qui ont été présentés à l'OAI (ATF 130 V 64 / SVR 2004 IV n°14). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 3. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si le recourant a établi de manière plausible une éventuelle modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits, au sens de l'art. 87 al. 2 RAI (cf. supra 2c), et vis-à-vis de laquelle l'OAI aurait dû entrer en matière. a) Par décision du 31 janvier 2012, l'OAI avait procédé à la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA de ses décisions des 30 mars 2000 et 12 avril 2000. L'office avait en effet considéré qu'elles étaient manifestement erronées, dans la mesure où la possibilité d'effectuer une activité de substitution adaptée n'avait pas été suffisamment considérée. L'office s'était alors essentiellement fondé sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 août 2009 du Dr E. _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport, et à la Dresse

F. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour retenir que l'assuré disposait d'une capacité de travail résiduelle inchangée de 75% (75% sur le plan somatique et 100% sur le plan psychiatrique) dans une activité de substitution adaptée à son état de santé, à savoir une activité sans port de charges de plus de 10kg, plutôt sédentaire, permettant d'éviter les mouvements en porte-à-faux du rachis et autorisant l'alternance de la position assise debout. Du point de vue psychique, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant avait été confirmé, mais sans signes de dépression ni de comorbidité psychiatrique (dossier AI pces 259 à 276). Procédant dès lors à une comparaison des revenus de valide et d'invalidé de l'assuré, l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 35% et supprimé son droit à la demi-rente. L'assuré avait recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal, en se plaignant d'une aggravation manifeste de son état de santé. Par arrêt du 27 janvier 2014, le Tribunal cantonal avait constaté que la situation du recourant, du point de vue de la capacité de travail, ne s'était pas modifiée depuis 1999, quand bien même d'autres atteintes telles que les apnées du sommeil avaient été diagnostiquées. Il avait ainsi confirmé la décision de reconsidération portée devant lui. b) Le 13 mars 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande. A l'appui de celle-ci, il a déposé la documentation médicale suivante : - Le rapport médical du 1er mai 2014 de la Dresse H. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de J. _____, qui a attesté que son patient était en traitement psychiatrique intégré et que son état de santé s'est aggravé et a nécessité une hospitalisation à G. _____ (dossier AI pce 516). - Le rapport médical du 10 juin 2014 des Drs K. _____ et L. _____, médecins spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F32.1). Ils ont mentionné comme facteurs déclenchants une suite de conflits avec les enfants de sa compagne ainsi que le fait de se voir diminuer le montant de sa rente (dossier AI pces 527 à 529). - La lettre à contenu médical du 3 juillet 2014 de la Dresse H. _____, qui a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F43.1), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et un trouble anxieux sans précision (F41.9), les trois troubles se potentialisant l'un l'autre. La médecin a mentionné l'hospitalisation du 24 avril au 21 mai 2014, en ajoutant qu'il s'agissait là d'un « élément démontrant l'aggravation de son état de santé psychique comparé à 2012 ». Elle a ajouté que « l'amélioration notifiée dans la lettre de sortie indique qu'à la fin de son hospitalisation le patient n'était plus en crise suicidaire aiguë. Cela n'est pas à

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 interpréter comme une amélioration significative de son état de santé psychique global par rapport au début du traitement le 17 octobre 2012 » (dossier AI pce 530). Dans sa prise de position du 1er septembre 2014, le Dr M. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du SMR, a estimé que l'assuré n'avait pas rendu plausible une éventuelle modification de son état de santé avec effet sur sa capacité de travail depuis la décision de suppression de rente du 31 janvier 2012. Le médecin a précisé que « son état psychique s'est décompensé à la suite d'événements graves du cadre familial qui ont conduit à une déstabilisation et un état dépressif réactionnel avec risque suicidaire ayant conduit à une hospitalisation ». A son sens, les facteurs déclenchants sont « le grave conflit l'opposant à son ex-épouse et ses enfants ainsi que le jugement confirmant, en 2012, [...] la suppression de sa rente AI ». Le Dr M. _____ a encore souligné que « l'état de santé de l'assuré a évolué favorablement dans le cadre du traitement et de la prise en charge hospitalière qui ont duré moins d'un mois, a pu rentrer à domicile et a envisagé des vacances à N. _____ ». Le médecin en a dès lors conclu que « de ce fait, bien que la

réaction de l'assuré à ses problèmes ait été grave et ait pu mettre sa vie en péril (projet de suicide), il s'agit d'une aggravation réactionnelle à des événements extra-médicaux et ne constitue donc pas une atteinte à la santé au sens de la LAI. Ainsi une aggravation durable de l'état de santé de l'assuré par une maladie au sens de la LAI ne peut être retenue » (dossier AI pces 532 ss). La lettre à contenu médical du 8 octobre 2014 de la Dresse H. _____ a encore été produite dans le cadre de la procédure de recours. La psychiatre, se déterminant sur la prise de position du Dr M. _____, a précisé qu'à aucun endroit dans le rapport médical du 10 juin 2014 des Drs K. _____ et L. _____ il est écrit que l'assuré souffrait d'un trouble réactionnel. En retenant comme facteur déclenchant une suite de conflits, les médecins ont seulement relevé l'événement récent qui a décompensé l'état de santé psychique de l'assuré. Il ne serait dès lors à son sens pas pertinent de ne retenir que l'élément aggravant pour expliquer le risque suicidaire aigu qui a mené à son hospitalisation, car cela reviendrait à passer à côté de la problématique complexe et sévère de son état de santé actuel. Elle a ainsi expressément exclu l'existence d'un état dépressif réactionnel. La Dresse H. _____ a par ailleurs relevé que le trouble dépressif et post-traumatique généré par un grave conflit avec son ex-épouse et l'éloignement de ses enfants, s'est produit au cours de l'année 2009, voire 2010. Elle a encore attesté d'une tentative de suicide consécutive à la sortie de O. _____ dans le courant du mois d'août 2014. La psychiatre a finalement confirmé les diagnostics invalidants qu'elle avait retenu dans son rapport du 3 juillet 2014 et conclu à une incapacité de travail totale de son patient (dossier AI pces 547 à 550). Forte de la prise de position de son service médical, l'autorité intimée a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. c) Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate que, dans la décision entreprise, l'autorité intimée, se fondant essentiellement sur la prise de position de son service médical, a retenu que l'état de santé du recourant n'avait pas évolué de manière à influencer sur son droit à la rente, attendu qu'il ne s'agissait que d'une aggravation réactionnelle à des événements extra-médicaux. Même si elle ne ressort pas de l'arrêt du 27 janvier 2014 du Tribunal cantonal ainsi que le prétend le recourant, l'existence d'une aggravation de l'état de santé a ainsi été reconnue par le SMR et l'autorité intimée. Une telle aggravation a par ailleurs explicitement été retenue par la Dresse H. _____, dans son rapport médical du 1er mai 2014 et sa lettre à contenu médical du 8 octobre 2014. Le litige porte dès lors sur la question de savoir si l'assuré

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 présente à ce jour une affection autonome, indépendante de facteurs psychosociaux et socioculturels, ou s'il n'en est rien ainsi que le soutient le SMR (cf. supra consid. 2a). Prenant position sur les conclusions du Dr M. _____, du SMR, la Dresse H. _____ a explicitement exclu un trouble réactionnel, soulignant que le trouble dépressif et post-traumatique généré par un grave conflit avec son ex-épouse et l'éloignement de ses enfants, s'est produit au cours de l'année 2009, voire 2010. Au contraire du généraliste, la psychiatre a, dans une lettre motivée à satisfaction et univoque, soutenu que son patient présentait bel et bien une maladie psychiatrique autonome. Les Drs K. _____ et L. _____, également psychiatres, en qualifiant les difficultés personnelles rencontrées par l'assuré de facteurs déclenchants, ont confirmé la thèse soutenue par la Dresse H. _____. Certes la lettre précitée de la Dresse H. _____ n'a été produite que dans le cadre de la présente procédure de recours et n'a été rédigée qu'après la date de la décision attaquée ; elle porte toutefois indubitablement sur des faits antérieurs à celle-ci, sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis la décision de reconsidération du 11 septembre 2014, et reprend et explicite les précédents rapports médicaux de la psychiatre, à

telle enseigne qu'elle doit être prise en considération par la Cour de céans. La Cour de céans retient, eu égard à ce qui précède, que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'avoir une influence sur son droit à la rente. 4. a) Partant, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision querellée annulée. Le dossier est ainsi renvoyé à l'autorité intimée, afin qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande et diligente à tout le moins une expertise psychiatrique. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais de CHF 400.- consentie par le recourant lui est restituée. b) Ayant obtenu par là gain de cause, le recourant a droit à des dépens. Conformément aux art. 137 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA ; RSF 150.1) et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA ; RSF 150.12), sur le vu de la liste de frais produite le 10 mai 2016 par Me Känel, il se justifie de fixer l'indemnité à CHF 1'601.15, à savoir 6 heures 24 minutes à CHF 230.- (les opérations effectuées avant la date de la décision attaquée, les "émoluments" relatifs à des "expertises privées" requises avant la présente procédure et qui émanent en l'espèce de médecins traitants, ainsi que l'avance des frais de procédure versée au Tribunal cantonal ne sont pas prises en compte) et 31 minutes à CHF 250.- (CHF 250.- de l'heure pour les opérations effectuées après le 1er juillet 2015), plus CHF 23.10 au titre de débours (les débours relatifs aux opérations effectuées avant la date de la décision attaquée ne sont pas prises en compte), plus CHF 128.10 au titre de la TVA à 8%. Cette indemnité totale de CHF 1'752.35 est intégralement à la charge de l'autorité intimée et est directement versée au mandataire du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête: I. Le recours est admis au sens des considérants. Partant, la décision du 11 septembre 2014 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande. II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais de CHF 400.- consentie par A._____ lui est restituée. IV. Il est alloué à A._____ pour ses frais de défense une indemnité de CHF 1'601.15, plus un montant de CHF 23.10 au titre de débours, plus CHF 128.10 au titre de la TVA à 8 %, soit un total de CHF 1'752.35. Elle est intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et sera directement versée à Me Känel. V. Communication. 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 14 juin 2016/yho Président Greffier

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