

FR_GERICHTE 605 2017 116 vom 26. Juni 2017

FR Kantonsgericht, 2017-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_116

FR: FR_GERICHTE 605 2017 116 du 26 juin 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2017 116 del 26 giugno 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 21

janvier 2014 et du 21 août 2014 (dossier AI p. 154 et 217), l'Office de l'assurance-invalidité a constaté que les atteintes somatiques ne permettaient plus d'expliquer l'impotence fonctionnelle décrite par la recourante et que celle-ci ne présentait pas d'impotence majeure du point de vue psychiatrique. Par décision du 23 octobre 2014 (dossier AI p. 116), faisant suite à une décision de suspension de rente du 9 septembre 2014 (dossier AI p. 136), le droit à la rente a également été supprimé avec effet à cette dernière date. A l'appui de cette révision, l'Office de l'assurance-invalidité s'est référé au rapport d'expertise bidisciplinaire précité, ainsi qu'à une surveillance par un détective privé. Il a retenu que la recourante ne présentait plus aucun diagnostic invalidant et disposait d'une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans toute activité. Par arrêts du 4 avril 2016 rendus respectivement dans les causes 608 2014 214 et 608 2014 193, la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a confirmé la décision de suppression de rente du 23 octobre 2014 (dossier AI p. 61) et la décision du 26 août 2014 de suppression de la rente pour impotent (dossier AI p. 49). C. Le 26 octobre 2016, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes (dossier AI p. 38), invoquant une aggravation de son état de santé tant psychique que physique. Par décision du 7 avril 2017, l'Office de l'assurance-invalidité a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que la recourante n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. D. Par recours du 22 mai 2017 adressé directement à l'Office de l'assurance-invalidité et transmis au Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, la recourante conclut à l'annulation

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 de la décision du 7 avril 2017. Revendiquant implicitement que son invalidité soit constatée, elle annonce la production dans un délai d'un mois de certificats médicaux allant dans ce sens. E. Enjointe à effectuer une avance de frais par ordonnance du 7 juin 2017, la recourante a déposé le 22 juin 2017 une requête d'assistance judiciaire partielle (cause 605 2017 147). F. Dans ses observations du 6 juillet 2017, l'Office de l'assurance-invalidité conclut à l'irrecevabilité du recours pour défaut de motivation, subsidiairement à son rejet. Il relève d'abord que les décisions de suppression de rente et d'allocation d'impotent rendues en 2014 et confirmées par arrêts du 4 avril 2016 ont mis au jour des éléments démontrant que la recourante a une certaine propension à simuler. Il constate ensuite que les certificats médicaux produits à l'appui de la nouvelle demande émanent des médecins traitantes et ne mettent en évidence aucun élément médical objectif d'aggravation de l'état de santé de la recourante, tant sur le plan somatique que

psychiatrique. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. 1.1. Le recours a été interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée. 1.2. Quant à la forme, on peut d'abord admettre qu'il ressort de l'acte déposé que la recourante conclut à ce que la décision de refus d'entrer en matière soit annulée et, partant, à ce que l'Office de l'assurance-invalidité examine sa nouvelle demande sur le fond. S'agissant ensuite des motifs, la recourante se limite à alléguer qu'elle est invalide, sans indiquer pour quelle raison il faudrait admettre que, contrairement à ce qui ressort de la décision attaquée, son état de santé s'est en réalité aggravé. Il est ainsi douteux que le recours déposé remplisse l'exigence de motivation ressortant de l'art. 61 let. b de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1). Cette question peut toutefois rester ouverte, compte tenu du sort donné au recours sur le fond. 2. 2.1. 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,

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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. 2.2. 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). 2.3. 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 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). 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). 2.4. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 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). 3. La question déterminante en l'espèce est celle 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. 3 RAI (ci-dessus consid. 2.1). 3.1. Au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision de suppression de rente du 23 octobre 2014, confirmée par arrêt du 4 avril 2016, la situation médicale a été évaluée notamment sur la base du rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) du 21 janvier 2014 et du 21 août 2014. Il ressort de celui-ci que les atteintes somatiques ne permettaient alors plus d'expliquer l'impotence fonctionnelle décrite par la recourante, que celle-ci ne présentait pas d'impotence majeure du point de vue psychiatrique et qu'elle disposait d'une capacité de travail entière sans diminution de rendement dans toute activité. En particulier, l'expert psychiatre concluait à l'existence d'une amplification des symptômes ou « sursimulation » de nombreux symptômes, soit l'exagération d'un fonds pathologique réel. A l'appui de cette conclusion, il relevait notamment une explication somatique des symptômes largement insuffisante, une description des symptômes se faisant sur un mode dramatique et démonstratif, une expression des plaintes sur un mode accusateur face au médecin et le constat que le poids de la souffrance manifeste paraissait flou et exprimé avec ambiguïté. Au même moment, les médecins traitantes de la recourante concluaient quant à elles déjà à une incapacité de travail totale, tant du point de vue psychique que somatique. Ainsi, Dre C. _____, spécialiste en médecine générale, indiquait dans son rapport du 11 octobre 2012 (dossier AI p. 336) que la recourante était « entièrement suivie » par sa psychiatre pour la cause médicale qui la conduisait à l'assurance-invalidité (voir également l'attestation médicale du 5 novembre 2013 à teneur de laquelle « l'état de santé de la patiente ne s'est pas amélioré et jusqu'à présent le besoin d'aide reste inchangé »; dossier AI p. 269). Quant à Dre D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, elle mentionnait dans son rapport du 29 octobre 2012 au médecin conseil de l'assurance-invalidité (dossier AI p. 330) que l'évolution était très difficile, stagnante, que « la patiente [avait] même une certaine aggravation », qu'elle ne pouvait pas rester seule à domicile, qu'elle était fortement

angoissée, qu'elle pleurait souvent, qu'elle avait des problèmes de vertiges et une perte d'orientation par moment, qu'on devait rester constamment à côté d'elle pour la rassurer et qu'elle avait des problèmes de sommeil, une humeur dépressive et une importante prise de poids. C'est en connaissance de ces avis des médecins traitantes que, se fondant pour l'essentiel sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire susmentionnée, l'Office de l'assurance-invalidité a supprimé le droit à la rente d'invalidité versée auparavant à la recourante, suppression qui a été ensuite confirmée par arrêt du Tribunal cantonal, rendu le 4 avril 2016 et entré en force (voir partie en fait let. B.). 3.2. Au moment de sa nouvelle demande déposée le 26 octobre 2016, la recourante se réfère aux atteintes à la santé existant déjà depuis 2005, mais affirme que celles-ci se sont aggravées depuis 2016. Elle s'appuie en cela sur les avis de ses médecins traitantes:

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 - Dre D. _____ rappelle que sa patiente est en traitement ambulatoire depuis le 13 janvier 2006 et affirme qu'elle présente une importante péjoration, avec des crises épileptiformes plus rapprochées et d'une plus durée plus longue, provoquant de nombreux effets secondaires sur l'état de santé général: aggravation de l'état dépressif, forts troubles de l'équilibre diminuant la capacité d'autonomie de la patiente et nécessitant une constante présence à ces côtés (attestation du 21 juillet 2016, dossier AI p. 37). Suite à un projet de décision de refus d'entrée en matière du 30 novembre 2016, cette médecin confirme l'existence d'une aggravation en précisant qu'elle porte sur trois volets distincts: 1) l'interaction entre la péjoration de l'état psychique et la survenance plus fréquente de crises épileptiformes de plus longue durée, 2) l'existence d'un état dépressif majeur récurrent doublé d'une peur de se blesser lors d'une crise, ces deux éléments nécessitant un accompagnement constant et 3) un problème d'une certaine baisse de mémoire et de concentration provoquant une plus grande dépendance par rapport à l'entourage (courrier du 21 février 2017, dossier AI p. 18). - Dre C. _____, médecin généraliste traitante, fait état des diagnostics suivants: trouble sensitivomoteur de l'hémicorps gauche associé à des crises d'allure épileptiques pour lesquelles aucun substrat organique n'a pu être mis en évidence, catégorisé comme trouble dissociatif mixte; trouble somatoforme douloureux persistant avec douleurs généralisées peu systématisées, sans fondement; hypertension artérielle traitée; hypothyroïdie substituée; diabète de type II non insulino-requérant; état dépressif sévère. En lien avec ces diagnostics, elle précise notamment que la pathologie psychiatrique qualifiée d'extrêmement sévère a un important impact somatique invalidant sur les pathologies préexistantes, ce qui crée une diminution complète des aptitudes socioprofessionnelles (attestation du 26 septembre 2006, dossier AI p. 35). Se déterminant le 24 novembre 2016 et le 20 mars 2017 sur les rapports précités, Dr E. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, médecin auprès du Service médical régional, conclut que les avis des médecins traitantes ne permettent de retenir aucun élément médical objectif d'aggravation de l'état de santé de la recourante, tant sur le plan somatique que psychiatrique. Ils ne font selon lui que refléter les plaintes subjectives de celle-ci et se fondent sur le postulat de la sincérité qui ne peut pas être retenu dans le cas particulier, compte tenu des troubles subjectifs allégués et de l'amplification des symptômes attestée par les experts. Il en conclut qu'aucune modification objective de l'état de santé n'est rendue plausible. 3.3. Il a été vu ci-dessus (consid. 3.1) que déjà au stade de la décision de suppression de rente du 23 octobre 2014, les médecins traitantes de la recourante concluaient à une incapacité de travail totale, tant du point de vue psychique que somatique. Plus spécifiquement, sa psychiatre traitante mentionnait déjà à ce moment-là une aggravation de l'état de santé de sa patiente en lien avec une incapacité à rester seule,

de fortes angoisses et fréquents pleurs, des problèmes de vertiges, une perte d'orientation, des problèmes de sommeil, une humeur dépressive et une importante prise de poids. Quant au nombre de crises, il était déjà allégué en augmentation dans la procédure de révision qui a conduit à la décision de suppression de rente: « [la recourante] fait désormais des crises quotidiennement, parfois plusieurs fois par jour. Son besoin de surveillance et d'aide a augmenté, notamment pour la douche ou elle ne peut pas être seule » (voir questionnaire complété le 15 mars 2013, dossier AI p. 311). Il en résulte que les indications ressortant des attestations de Dre D. _____ n'apportent aucun élément médical nouveau par rapport aux symptômes allégués qui, comme le relève le médecin du SMR, sont les mêmes depuis de nombreuses années.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 Quant à la médecin généraliste traitante de la recourante, elle pose certes plusieurs diagnostics, mais ceux-ci ne peuvent pas non plus être qualifiés de nouveaux. En effet, ils s'apparentent pour l'essentiel aux diagnostics de trouble dissociatif mixte, trouble de la personnalité de type histrionique et dépendante, trouble somatoforme douloureux persistant et épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques qui avaient été retenus dans un premier temps à l'appui des décisions d'octroi de rente d'invalidité et d'allocation pour impotent rendues en 2007. Or, de tels diagnostics ont été discutés en détail dans l'expertise bidisciplinaire réalisée en 2014 qui a notamment mis en évidence l'absence d'atteintes objectivables et la présence avérée de facteurs psychosociaux. Plus spécifiquement, dans le cadre de cette expertise dont les résultats ont été repris notamment par la décision de suppression de rente du 23 octobre 2014 et confirmés par l'arrêt précité du 18 avril 2016 (voir consid. 3c), l'existence d'un trouble de conversion, d'un trouble dépressif et de toute comorbidité psychiatrique incapacitante a notamment été niée. Compte tenu des éléments qui précèdent, la seule nouvelle évocation par la médecin traitante de diagnostics pour l'essentiel déjà retenus par le passé puis écartés par une expertise datant d'à peine deux ans ne saurait suffire à rendre plausible une aggravation de l'état de santé. Ce d'autant moins que la mention de cette série de diagnostics intervient dans un contexte – confirmé à dire d'experts – d'amplification des symptômes ou de « sursimulation » de nombreux symptômes. 3.4. Il résulte de ce qui précède que les nouveaux avis médicaux des médecins traitantes de la recourante, produits à l'appui de la nouvelle demande, ne sont pas suffisants pour rendre plausibles les allégations de celle-ci selon lesquelles son état de santé se serait modifié de manière à influencer ses droits depuis la décision de refus de rente du 23 octobre 2014. Dans ces conditions, il faut conclure que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé et que c'est à juste titre que l'autorité intimée s'est refusé à entrer en matière. Les critiques implicitement formulées par les médecins de la recourante à l'encontre de l'expertise validée peu de temps auparavant par le Tribunal cantonal ne sauraient remettre en cause les constatations et diagnostics retenus à ce moment-là. L'admettre reviendrait à accueillir des griefs tardifs qui auraient dû être formulés dans le cadre des voies de recours ordinaires. Le recours (605 2017 116), mal fondé, doit donc être rejeté, pour autant que recevable, et la décision querellée confirmée. 4. Le recourante sollicite l'octroi de l'assistance judiciaire partielle (605 2017 147) dans le cadre de la procédure de recours. 4.1. En vertu de l'art. 29 al. 3 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse (Cst.; RS 101), toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause ne paraisse d'emblée dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. Ainsi, selon l'art. 61 let. f, 2ème phrase, LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance

judiciaire gratuite est accordée au recourant. Sur le plan cantonal, conformément à l'art. 142 al. 1 et 2 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). 4.2. En l'espèce, au vu des considérants qui précèdent, il faut considérer que le recours était d'emblée dénué de chance de succès, de sorte que la requête d'assistance judiciaire gratuite partielle doit être rejetée. Toutefois, bien que la procédure de recours soit en principe onéreuse (art. 69 al. 1bis LAI), il est ici renoncé, exceptionnellement, à la perception de frais de justice, compte tenu de la situation financière précaire de la recourante. la Cour arrête: I. Le recours (605 2017 116) est rejeté, pour autant que recevable. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite partielle (605 2017 147) est rejetée. III. Il n'est pas perçu de frais de procédure. 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 26 juin 2018/msu Le Président: Le Greffier-stagiaire:

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