

# FR\_GERICHTE 605 2023 62 vom 16. Januar 2024

FR Kantonsgericht, 2024-01-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2023\\_62](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2023_62)

FR: FR\_GERICHTE 605 2023 62 du 16 janvier 2024

IT: FR\_GERICHTE 605 2023 62 del 16 gennaio 2024

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. L'assurée, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

### E. 2

Règles relatives à la procédure de révision – nouvelle demande

#### E. 2.1

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. D'après une jurisprudence constante, ce n'est 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 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.

#### E. 2.2

Selon l'art. 17 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou atteint 100 % (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. 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 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). 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 constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. Arrêts du TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n. 4; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

### **E. 2.3**

Conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références). Le but est ainsi lié, sur un plan théorique, à la force matérielle de la décision (Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, in RSAS 47/2003 p. 395). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est dès lors 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. 2.4**

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une 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, ce dernier 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. 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). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 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; arrêt TF 9C\_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et les références citées). Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. Selon la jurisprudence, le fait pour l'OAI de prendre conseil auprès du SMR au sujet des pièces produites ne constitue pas une mesure d'instruction médicale. On ne peut en déduire que l'office est implicitement entré en matière sur la nouvelle demande déposée par un assuré (cf. arrêt TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3.2).

### **E. 2.5**

Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA) ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI. L'administration peut appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – lequel 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, ce à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi. Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations 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 (cf. arrêt TF 9C\_789/2012 précité consid. 2.2 et les réf.). 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, non d'après celui existant au temps du jugement (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêts TF 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2; I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1). Des rapports médicaux produits après qu'a été rendue la décision attaquée sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (cf. ATF 130 V 64 consid. 5; arrêt TF I 896/05 précité consid. 3.4.1). C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAI (cf. arrêt TF 9C\_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5)

### **E. 3**

Discussion du cas d'espèce Comme rappelé ci-dessus, dans le cadre d'un recours déposé à l'encontre d'une décision de refus d'entrer en matière, l'Instance de céans se borne à vérifier si l'assurée a rendu plausible l'aggravation de son taux d'invalidité.

### **E. 3.1**

Dans un premier temps, il est essentiel de rappeler les motifs ayant conduit l'OAI à initialement refuser de prester par décision du 12 novembre 2018. L'assurée avait alors déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg (ci-après : OAI) en raison d'une « dépression » (dossier OAI, p. 53). En accompagnement de cette demande figurait une expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ du 22 février 2018. L'expert précisait alors que la recourante était active en tant qu'assistante de vente au sein de C.\_\_\_\_\_ SA et connaissait des tensions avec son supérieur. Son examen clinique était globalement dans la norme, soulignant notamment l'absence de dépressivité marquée ainsi qu'un examen neuropsychologique dans la norme. Il constatait que l'assurée avait cessé toute prise de médication et que l'évolution avait été favorable, relevant surtout un problème professionnel. Se fondant sur les pièces du dossier, l'anamnèse et l'examen de l'assurée, l'expert retenait le diagnostic de « trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive subclinique à léger ». Selon lui, ce diagnostic n'avait pas d'impact sur la capacité de travail (dossier OAI, p. 61). A la même époque, le psychiatre traitant de l'assurée, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenait le diagnostic suivant : « épisode dépressif moyen (F32.1) dd. trouble de personnalité ». Ce médecin soulignait ce qui suit : « Au début du suivi, la patiente présente un état dépressif avec des symptômes d'angoisse et d'anxiété assez sévère, des troubles du sommeil, des crises de pleurs, des idées noires et suicidaires sans scénario de passage à l'acte, un isolement social, un manque d'estime de soi ». Néanmoins, il admettait que sa patiente était en mesure de reprendre son emploi à 50% dans un premier temps, puis graduellement à 100%, soulignant l'importance d'un milieu professionnel stable et pas trop stressant. Il précisait en outre que, selon lui, une chirurgie bariatrique était une prémisses essentielles à toute reprise (dossier OAI, p. 17, 91 et 99).

### **E. 3.2**

Reste à déterminer s'il a été rendu plausible que l'état de santé de l'assurée s'est modifié de manière à influencer ses droits depuis lors. C'est la thèse que défend la recourante, s'appuyant en cela sur un courriel du 14 février 2023 de la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI, p. 171).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 Dans ce courriel, la psychiatre souligne que « l'évaluation de l'état de santé de la patiente est différente actuellement du fait d'éléments nouveaux et justifie que le dossier puisse être réexaminé ». Selon elle, la prise en charge met en évidence un trouble de l'humeur ancien récurrent existant depuis l'adolescence, évoquant les hypothèses d'un trouble bipolaire ainsi que d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Elle précise en outre que sa patiente a présenté depuis la deuxième partie de 2021 jusqu'à décembre 2022 un état dépressif sévère avec idées suicidaires et perturbation grave de son fonctionnement, troubles dont la guérison a été ralentie par des éléments traumatiques subis entre 2016 et 2018. Son état actuel est instable et implique une prise en charge bimensuelle, avec prise de médication et psychothérapie. En outre, quand son état le permettra, l'adaptation de son activité professionnelle aux limitations fonctionnelles qui seront encore présentes devrait par ailleurs être envisagée. Force est de

constater que la médecin traitante atteste donc d'un « épisode d'allure hypomaniaque » ainsi que d'un « état dépressif sévère avec idées suicidaires et perturbation grave de son fonctionnement » depuis la deuxième partie de 2021 jusqu'à décembre 2022. La médecin souligne par ailleurs la présence de symptômes qui apparaissent d'une gravité supérieure à ceux évoqués par le Dr E. \_\_\_\_\_ dans son expertise du 22 février 2018. De même, par rapport à 2018, elle évoque une reprise du traitement médical, que cela soit sous l'angle des consultations ou de la pharmacologie. A lire ce rapport, il existe donc une certaine cohérence dans la « décompensation thymique » observée par la psychiatre. Face à la situation décrite par l'expert, la Dre I. \_\_\_\_\_ semble donc aller dans le sens, certes d'une autre appréciation de la situation en 2018 dont témoigne sa mention « éléments traumatiques subis de 2016 à 2018 », mais aussi d'une décompensation thymique récente d'un état auparavant stabilisé.

### **E. 3.3**

Les conclusions du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du SMR, dans son rapport du 7 mars 2023 (dossier OAI, p. 177) ne parviennent pas à jeter un doute complet sur les éléments apportés par la Dre I. \_\_\_\_\_, en particulier en lien avec cette décompensation thymique. En effet, sur ce point, le médecin du SMR semble écarter toute aggravation de la situation en se fondant son raisonnement essentiellement sur le contenu du certificat de travail du 31 mars 2022. Toutefois, ce faisant, il semble faire l'impasse sur les éléments figurant dans la lettre de licenciement du 23 février 2022. Dans cette lettre, l'employeur se déclare « touché par la situation personnelle » que la recourante traverse et souligne que le travail de la recourante est accompli par ses collègues. En d'autres termes, la lettre de licenciement met en doute les qualités évoquées dans le certificat de travail du 31 mars 2023, à la base du raisonnement du médecin du SMR. Sur le point précis de la décompensation thymique, le Dr J. \_\_\_\_\_ présente donc une argumentation aux pieds d'argile, insuffisante pour écarter définitivement les éléments apportés par la médecin traitante et illustrés, dans les faits, par l'échec rapide d'une tentative de reprise du travail.

### **E. 3.4**

Dans un tel contexte, il est possible que l'appréciation de la Dre I. \_\_\_\_\_ consiste (totalement ou partiellement) en une appréciation différente d'un état de santé demeuré inchangé. De même, on ne peut pas exclure que les raisonnements médicaux et diagnostics émis par cette dernière soient sujets à une certaine réserve.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 Néanmoins, après avoir pesé tous les éléments à disposition, un doute subsiste aux yeux de la Cour, lequel n'est pas entièrement levé par la lecture des pièces au dossier. Il appert ainsi qu'une péjoration de l'état de santé, à tout le moins des symptômes, a été rendue plausible de sorte qu'il appartenait à l'assurance-invalidité d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 6 janvier 2023. Au vu des éléments nouvellement soulevés devant lui, l'OAI ne pouvait en effet prononcer un refus d'entrer en matière sans porter atteinte à son obligation d'instruire.

## **E. 4**

Sort du recours

### **E. 4.1**

Le recours (605 2023 62), bien fondé, doit être admis et la décision du 13 mars 2023 annulée.

#### **E. 4.2**

Compte tenu de l'admission du recours au fond, la demande (605 2023 63) d'assistance judiciaire totale devient sans objet.

#### **E. 4.3**

Les frais de procédure sont fixés à CHF 400.- et sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

#### **E. 4.4**

Dans la mesure où elle obtient gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. Le 11 juillet 2023, sa mandataire, Me Darwiche, avocate, a transmis sa liste de frais, d'un montant total de CHF 5'206.75, à savoir CHF 4'604.30 au titre d'honoraires (18h25 à CHF 250.-), CHF 230.20 au titre de débours forfaitaires (5%) et CHF 372.25 au titre de la TVA (7.7%). Force est de constater que la liste de frais produite n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12). En particulier, les frais sont calculés de manière forfaitaire alors que cette méthode n'est pas prévue en matière d'assurances sociales (cf. arrêt TC 605 2016 93 du 7 mars 2017 ; cf. é.g. art. 11 al. 2 Tarif JA ; art. 68 du Règlement sur la Justice ; RJ ; RSF 130.11). En outre, en l'occurrence, au vu de la nature, de l'importance et de la difficulté de la cause, l'ampleur du travail alléguée par la mandataire apparaît disproportionnée. On relèvera, en particulier, que l'avocate n'a pas été confrontée à des questions de fait ou de droit inhabituelles ou exceptionnellement ardues. Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 Tarif JA), l'indemnité de partie est fixée ex aequo et bono à un montant total de CHF 2'207.85, à savoir à CHF 2'000.- au titre d'honoraires (8 heures à CHF 250.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 158.- au titre de la TVA (7,7%). Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. (Dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête : I. Le recours (605 2023 62) est admis. Partant, la décision du 13 mars 2023 est annulée. II. La requête (605 2023 63) d'assistance judiciaire gratuite totale est sans objet. III. Une indemnité de partie de CHF 2'207.85, dont CHF 158.- au titre de la TVA (7.7%), est accordée et versée en mains de Me Darwiche. Elle est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité qui succombe. IV. Les frais de justice sont fixés à CHF 400.- et sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 16 janvier 2024/pte Le Président Le Greffier

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