

FR_GERICHTE 608 2017 153 vom 8. November 2017

FR Kantonsgericht, 2017-11-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_153

FR: FR_GERICHTE 608 2017 153 du 8 novembre 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2017 153 del 8 novembre 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable, sous réserve de ce qui suit.

E. 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. 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 LPGA) 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 LPGA) à 40% au moins (al. 1). b) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 6 Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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'entrer 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). 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).

E. 3

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la recourante a établi de manière plausible une éventuelle modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 6 a) Le 17 septembre 2014, le droit à une demi-rente d'invalidité suite à la réduction de sa rente entière a été reconnu à la recourante pour des troubles psychiques, à l'exclusion de troubles physiques, notamment sur la base d'une expertise psychiatrique du 13 février 2014. Les diagnostics posés étaient un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale, un épisode dépressif majeur récurrent, de gravité légère, et à une personnalité du registre état limite, de type abandonnique, non décompensé. L'expert a relevé que l'assurée se plaignait de douleurs au poignet gauche qui avaient pris une forme extensive qui s'étendait à l'ensemble du corps. Ces douleurs étaient ubiquitaires et mal systématisables. Il existait une symptomatologie anxio-dépressive fluctuante qui n'était pas caractérisée par une anhédonie, aboulie ou apragmatisme, une angoisse fluctuante, de légers troubles du sommeil, parfois une certaine fatigue, un sentiment d'impuissance et de crainte vis-à-vis de son entourage. b) Plusieurs rapports médicaux ont été joints au dossier depuis la dernière décision entrée en force, soit celle du 17 septembre 2014. Sur le plan psychiatrique, la Dresse C. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante de l'assurée, diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, un trouble douloureux somatoforme et une structure de personnalité émotionnellement labile. Elle relève une humeur versant négatif, une anxiété avec manifestations neurovégétatives, une perte de confiance en soi, des ruminations et des pleurs, un sentiment d'inutilité, une perte d'élan vital, une anhédonie, des scarifications par griffures, des idées noires occasionnelles, du désespoir et une absence de troubles de la perception sensorielle ou d'idée délirantes systématisées (rapports du 10 août 2016, dossier OAI p. 111, et du 6 février 2017, dossier OAI p. 58). Les diagnostics posés sont ainsi, bien que formulés différemment, les mêmes que ceux retenus dans l'expertise psychiatrique du 13 février 2014, si ce n'est que le trouble dépressif récurrent est à nouveau dans un épisode actuel sévère. Il existe en outre des différences dans les constatations faites par les médecins: si notamment les problèmes physiques, l'humeur négative, l'anxiété et la perte de confiance avaient déjà été relevés par l'expert-psychiatre, tel n'est pas le cas des ruminations, de l'anhédonie, des scarifications par griffures ou des idées noires occasionnelles. Sur le plan physique, il avait été retenu en 2014 que les douleurs ressenties par la recourante étaient à placer dans un contexte de manifestations psychosomatiques. Il apparaît désormais que les douleurs pourraient avoir une origine organique, du moins au niveau de la colonne cervicale. Il ressort en effet d'un rapport d'IRM du 1er mai 2017 (bordereau de pièces de la recourante) qu'il existe des troubles statiques de la colonne cervicale, une dessiccation des disques cervicaux et des protrusions discales C4-C7 paramédianes droites sans pathologie pouvant incriminer les racines à gauche. Ainsi, dans la mesure où des faits nouveaux semblent être survenus, il faut constater qu'une modification essentielle des conditions de faits susceptible d'influer sur le taux d'invalidité de l'assurée a été rendue plausible. La prise de position du 7 avril 2017 du médecin du SMR, lequel ne l'a pas personnellement examinée, et la décision attaquée ne convainquent donc pas. C'est le lieu de relever encore que la recourante a déposé sa demande de révision plus de deux ans après que la décision du 17 septembre 2014 ait été rendue, de sorte qu'il n'y a pas à se montrer particulièrement exigeant pour apprécier le caractère plausible de ses allégations. En tant qu'elles ont trait à l'octroi d'une rente et de mesures de réadaptation, les conclusions de la recourante sur le fond sont irrecevables.

E. 4

a) Partant, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision du 16 mai 2017 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle entre en matière sur la demande de révision. b) Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais versée le 5 juillet 2017 par la recourante lui est restituée. c) L'admission du recours a également pour conséquence que la recourante, représentée par une avocate du service juridique d'un organisme d'utilité publique, a droit à une indemnité réduite pour ses dépens (cf. art. 61 let. g LPGa). Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire, il se justifie de fixer l'équitable indemnité de partie à laquelle il a droit à CHF 1'500.-, débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. la Cour arrête: I. Le recours est admis, dans la mesure de sa recevabilité. Partant, la décision du 16 mai 2017 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle entre en matière sur la demande de révision et rende une nouvelle décision. 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 versée le 5 juillet 2017 par A._____ lui est restituée. IV. L'indemnité de partie est fixée à CHF 1'500.-, débours et éventuelle TVA compris, et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. 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 8 novembre 2017/cso Le Président La Greffière-rapporteur