

FR_GERICHTE 608 2017 209 vom 20. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_209

FR: FR_GERICHTE 608 2017 209 du 20 août 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 209 del 20 agosto 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 21

mars et le 13 octobre 2016. Elle a notamment produit un rapport médical de la Dresse B._____ du 11 juillet 2017, attestant d'une incapacité de travail et d'une aggravation de l'état psychique, et deux rapports du Dr C._____, spécialisé en neurochirurgie, le premier du 8 août 2016 faisant état de deux microdissectomies cervicales avec un syndrome douloureux chronique de la nuque et le second du 3 mai 2017 attestant également d'une incapacité de travail. C. Par décision du 16 août 2017, confirmant son projet du 3 août 2017, l'OAI, après avoir recueilli l'avis de son SMR (rapport du 3 août 2017), s'est refusé à entrer en matière sur cette nouvelle demande. Il a considéré que l'assurée n'avait pas rendu "vraisemblable" que l'état de fait se serait modifié de manière essentielle et susceptible de changer le droit aux prestations depuis sa dernière décision du 1er mars 2013. D. Contre cette décision de refus d'entrer en matière, l'assurée a déposé un recours le 11 septembre 2017. En outre, l'OAI a transmis au Tribunal cantonal, pour objet de sa compétence, une lettre de son assurée du 7 septembre 2017, accompagnée de ses annexes. Dans son recours, l'assurée conclut, implicitement du moins, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. Elle estime que ses médecins, en particulier sa psychiatre traitante, ont attesté que son état de santé s'était péjoré. Elle renvoie également à des opérations qu'elle a dû subir en 2016 et annonce l'envoi de documents complémentaires. Les 18 et 22 septembre 2017, l'OAI a encore transmis au Tribunal des certificats médicaux qui lui avaient été adressés. Finalement, par courrier du 13 octobre 2017, l'assurée – assistée désormais par Me Florence Bourqui, avocate au sein d'Inclusion Handicap – a complété son recours et déposé une demande d'assistance judiciaire partielle (608 2017 235). Elle insiste sur le fait que ses médecins attestent d'une aggravation de son état somatique et psychique. Dans ses observations du 13 décembre 2017, l'OAI propose le rejet du recours. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 6 E. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de 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 à raison du lieu et de la matière par une assurée dûment représentée, directement touchée par la décision attaquée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, le cas échéant, annulée ou modifiée, le recours est recevable. 2. 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 renvoi 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 (art. 7 al. 1 LPGA) totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGA), d'une maladie (art. 3 al. 1 LPGA) ou d'un accident (art. 4 LPGA). Il découle de la notion d'invalidité que 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). Conformément à l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. 3. 3.1. A teneur de l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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. Selon ce dernier 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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 3.2. 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. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI. L'administration doit en effet se limiter uniquement à examiner si les allégations de l'intéressé à l'appui de sa nouvelle demande sont crédibles (arrêts TF 9C_841/2014 du 17 avril 2015 consid. 3.3; 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 6 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, ceci 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. cit.). 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 moment 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 que la décision attaquée a été rendue sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même 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. arrêts TF 9C_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3; 9C_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Quand il s'agit de rendre plausible une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, il faut comparer – en application par analogie des principes découlant de l'art. 17 LPGA – la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'époque de la dernière décision de refus d'allouer des prestations à celle prévalant au moment de la décision litigieuse de non-entrée en matière (arrêts TF 9C_944/2011 du 6 décembre 2012 consid. 2; 8C_732/2009 du 18 août 2010 consid. 5.1 et les réf. cit.). 4. Est ici litigieuse la non-entrée en matière de l'OAI sur une demande à l'appui de laquelle l'assurée allègue une aggravation de son état de santé en relation avec ses problèmes, principalement, psychiques. Plus précisément, le litige porte sur la question de savoir si, sur le plan psychiatrique, dite demande établit de façon plausible que l'état de santé de l'assurée se serait modifié de manière à influencer ses droits. La décision conduisant à la suppression de rente du 1er mars 2013 (doss. AI p. 341 ss) se fondait sur une amélioration de l'état de santé de la recourante, confirmée par sa psychiatre, la Dresse B. _____, qui avait annoncé à l'OAI – dans son rapport du 15 octobre 2012 (doss. AI p. 311 ss) – la fin du traitement en janvier 2011. Elle faisait état d'un pronostic favorable et attestait un trouble dépressif en rémission totale (cf. également le rapport du SMR du 16 janvier 2013, doss. AI p. 322 s.). Cette même praticienne, à qui l'autorité intimée avait donné crédit à l'époque, affirme à ce jour une aggravation de l'état de santé avec une incapacité de travail à 100 % depuis le 16 mai 2017, dans

Tribunal cantonal TC Page 5 de 6 le contexte d'une maladie psychiatrique, pour laquelle une rente avait été accordée auparavant et dont la possibilité de rechutes est notoire. Même si les certificats de la Dresse B. _____ ne sont pas explicatifs – notamment quant aux diagnostics selon le DSM ou l'ICD 10, ce qu'on peut fortement regretter –, il convient néanmoins de confirmer qu'ils rendent dans la présente occurrence plausible une aggravation de l'état de santé psychique de la patiente. Contrairement à la demande de prestations déposée en 2015, cette praticienne n'affirme en particulier pas en cours d'instruction que la situation se serait rapidement améliorée, mais elle confirme bien plutôt la poursuite de la problématique. Elle demande en outre à ce qu'on lui transmette le formulaire de l'assurance, ce qui constitue également un signe que, pour elle et sur la base de ses constatations, le droit à des prestations doit être à nouveau examiné (cf. certificat médical de la Dresse B. _____ du 9 juin 2017 [doss. AI p. 401], lettres du 11 juillet 2017 [doss. AI p. 404] et du 19 septembre 2017 [doss. AI p. 424]). On note de plus que le neurochirurgien met également en avant qu'un problème psychiatrique influence l'état de santé (cf. rapport du Dr C. _____ du 3 mai 2017, doss. AI p. 402). Finalement, on relève encore que, dans son rapport du 3 août 2017, le SMR ne se prononce pas sur le volet psychique (doss. AI p. 405). Il y a lieu de souligner que, dans le cadre de l'art. 87 RAI, l'assurée n'a pas l'obligation de rendre plausible un droit à une rente pour obliger l'OAI à entrer en matière, mais uniquement que son état de santé s'est modifié à un point tel qu'il peut influencer ses droits. Partant, c'est à tort que, dans ses observations sur le recours, l'OAI reproche à la recourante de n'avoir pas rendu plausible une aggravation qui persistera au-delà d'une année, au motif qu'elle a débuté un traitement au printemps 2017. Cette logique permettrait de ne pas entrer en matière sur de nouvelles demandes si l'aggravation n'a pas encore duré une année. En outre, on rappelle que d'autres prestations que la rente –

notamment en lien avec la détection précoce – peuvent entrer en ligne de compte avant l'échéance du délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI relatif à la naissance du droit à la rente. Il y a dès lors lieu de retenir que la recourante a rendu plausible l'aggravation de son état de santé psychique par les documents produits avant la date de la décision du 16 août 2017. Partant, l'OAI doit entrer en matière sur la nouvelle demande et pourra, dans le cadre de son instruction également, éclaircir l'influence sur la capacité de travail des deux opérations intervenues en 2016 qui justifient, selon le neurochirurgien, également la réouverture du dossier AI (cf. notamment rapports du Dr C. _____ du 12 septembre 2017 [doss. AI p. 421], du 3 mai 2017 [doss. AI p. 402] et du 8 août 2016 [doss. AI p. 383]).

5. 5.1. Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

5.2. Ayant ainsi obtenu gain de cause, la recourante, représentée par une avocate du service juridique d'un organisme d'utilité publique (cf. ATF 135 I 1) a droit à des dépens (art. 61 let. g LPG). Compte tenu de la liste de frais produite par sa mandataire, du temps et du travail requis, il se justifie de fixer l'indemnité de partie à laquelle la recourante a droit à CHF 462.80, soit, comme demandé, 3 heures et 15 minutes à CHF 130.- de l'heure conformément à la jurisprudence (cf. arrêts TF 9C_415/2009 du 12 août 2009 consid. 5.4 et 9C_688/2009 du 19 novembre 2009 consid. 5), plus CHF 6.- de débours, plus CHF 34.30 au titre de la TVA à 8% (les opérations ayant été effectuées jusqu'au 31 décembre 2017), et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée.

5.3. La demande d'assistance judiciaire – devenue sans objet – est rayée du rôle.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 6 la Cour arrête : I. Le recours (608 2017 209) est admis. Partant, la décision querellée du 16 août 2017 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'indemnité de partie allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 462.80 (CHF 428.50 d'honoraires et débours, plus CHF 34.30 au titre de la TVA) et mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. IV. La demande d'assistance judiciaire (608 2017 235), devenue sans objet, est rayée du rôle. 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 20 août 2018/jfr/vth Le Président : La Greffière-rapporteure :

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