

# FR\_GERICHTE 608 2017 256 vom 19. April 2018

FR Kantonsgericht, 2018-04-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2017\\_256](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_256)

FR: FR\_GERICHTE 608 2017 256 du 19 avril 2018

IT: FR\_GERICHTE 608 2017 256 del 19 aprile 2018

## Regeste

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

## Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 [www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc) — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2017 256 Arrêt du 19 avril 2018 IIe Cour des assurances sociales Composition Président: Johannes Frölicher Juges: Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud Greffier-rapporteur: David Jodry Parties A. \_\_\_\_\_, recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité (nouvelle demande; non-entrée en matière) Recours du 30 octobre 2017 contre la décision du 12 octobre 2017

Tribunal cantonal TC Page 2 de 7 attendu que l'assurée, née en 1961, a déposé le 19 août 2011 une demande de prestations AI, indiquant être atteinte de dépression chronique, de dorsalgies et de cervicalgies chroniques; que par décision du 9 mai 2016, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI), après notamment avoir mis en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique, lui octroya une rente rentière du 1er mars au 30 juin 2012, puis de cette date au 30 avril 2013, un quart de rente, tout droit à la rente étant nié dès le 1er mai 2013; que le 19 juin 2017, le Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant depuis 2007, s'adresse directement à l'OAI, invoquant une aggravation de la maladie psychique de sa patiente et un nouveau diagnostic; elle souffre d'un trouble dépressif récurrent, d'un syndrome douloureux chronique (fibromyalgie), en outre, les médecins du service psychiatrique hospitalier où elle fut hospitalisée du 21 mars au 11 avril 2017 ont constaté qu'elle souffrait aussi d'un stress post-traumatique; "Comme je vous ai fait part de me[s] constatations dans mes rapports précédents, malgré les différents traitement et approches thérapeutiques les affections (...) persistent et se caractérisent avec une évolution défavorable et de pronostic réservé, avec répercussion directe sur sa capacité de travail résiduel[le]"; actuellement, elle présente une invalidité totale; une nouvelle évaluation de son droit aux prestations est demandée; en annexes, sont produits un rapport d'analyse de dosage médicamenteux, du 31 mars 2017, ainsi que la lettre de sortie du service psychiatrique hospitalier, du 9 mai 2017, dans lesquels figurent les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), d'état de stress post-traumatique "2 accidents voiture en 2007 et 2010, en rémission partielle" (F43.1), de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) et d'autres troubles spécifiques de la personnalité (F60.8); que le 26 août 2017, l'assurée demande l'ouverture d'un "dossier d'aggravation de [son] état d'incapacité notamment pour les raisons évoquées par [s]on psychiatre"; dans le formulaire qu'elle remplit le 29 août 2017, elle écrit être en incapacité totale de travail depuis le 13 juin

2014; elle ne dit rien de son atteinte à la santé, mais mentionne le suivi de deux médecins, le psychiatre précité et le Dr C. \_\_\_\_\_, médecine générale; que le 12 septembre 2017, le Service Médical Régional (SMR) de l'OAI, Dr D. \_\_\_\_\_, anesthésiologie, répond négativement à la question de savoir si l'assurée a rendu plausible une éventuelle modification de son état de santé avec effet sur la capacité de travail depuis la décision du 9 mai 2016; hormis l'état de stress post-traumatique, qui ne peut être retenu, le psychiatre traitant n'allègue aucun élément nouveau; la lettre de sortie précitée ne permet ni de retenir une aggravation durable des affections reconnues, ni un nouveau diagnostic depuis la dernière décision; que le 18 septembre 2017, l'OAI indique projeter un refus d'entrée en matière sur la nouvelle demande faite pour l'assurée d'avoir rendu plausible une modification déterminante par rapport à la situation existante lors de la décision précédente, au moyen notamment d'une attestation médicale motivant une aggravation de l'état de santé; les documents médicaux produits ne permettent pas de retenir une modification de la situation avec effet sur le droit aux prestations, mais font état d'une appréciation différente d'un état de fait objectif resté, pour l'essentiel,

Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 inchangé; avant qu'une telle décision n'intervienne, un délai de 30 jours est donné à l'intéressée pour apporter la preuve de cette aggravation ou formuler des objections; que le 26 septembre 2017, l'assurée demande à l'office de reconsidérer son projet eu égard aux motifs évoqués par les médecins assurant son suivi; que sont produits les rapports du 26 septembre 2017 du psychiatre traitant, dans lequel il réitère que sa patiente souffre de trouble dépressif récurrent et d'un syndrome douloureux chronique (fibromyalgie), et que les médecins du service psychiatrique hospitalier où elle a séjourné ont constaté un état de stress post-traumatique; la situation doit être réévaluée; que le 26 septembre 2017, le Dr C. \_\_\_\_\_ écrit qu'il lui paraît infondé de soutenir que la modification et l'aggravation n'ont pas été documentées dès lors que la décision de mai 2016 reposait sur un état dépressif léger et que le service psychiatrique hospitalier susmentionné a retenu des diagnostics beaucoup plus invalidants; que par décision du 12 octobre 2017, l'OAI refuse d'entrer en matière sur la demande; hormis l'état de stress post-traumatique, formellement exclu par l'expert-psychiatre en 2015, le psychiatre traitant n'allègue aucun autre fait nouveau; la lettre de sortie du 9 mai 2017 ne permet de retenir ni une aggravation durable des affections reconnues, ni un nouveau diagnostic depuis la dernière décision; par conséquent, sur le plan médical objectif, aucun fait nouveau de nature à modifier durablement l'exigibilité médicale n'est rendu plausible par les documents médicaux présentés; que le 30 octobre 2017, l'assurée recourt contre cette décision; elle se réfère aux motifs présentés par le Dr C. \_\_\_\_\_, dont elle joint le rapport du 26 octobre 2017, et dont elle annonce un complément dans les plus brefs délais; le médecin généraliste traitant, qui la suit depuis 2011, affirme que tant sur plan somatique que sur le plan psychiatrique, son état s'est sensiblement détérioré depuis 2015, et que cet avis est également soutenu par le psychiatre traitant; l'expertise psychiatrique de 2015 "ne retenait effectivement pas l'état post traumatique et les symptômes et conséquences de ce diagnostic sur votre quotidien. Les troubles du comportement et de la personnalité observés depuis deux ans qui [] ont débouché[] sur votre hospitalisation à E. \_\_\_\_\_ nécessitent à l'évidence une nouvelle expertise psychiatrique indépendante"; que le 6 décembre 2017, la recourante verse une avance de frais de CHF 400.-; que le 15 du même mois, elle produit un rapport de son généraliste traitant, du 13 décembre 2017; que le 29 janvier 2018, l'OAI conclut au rejet du recours; les arguments médicaux présentés ne contiennent aucun argument bio-médical pouvant les fonder, ils ne sont ni solides, ni objectifs, ni nouveaux; que la recourante dépose

spontanément, le 10 mars 2018, la réponse, du 8 du même mois, de son généraliste traitant à ces observations de l'OAI, qui sera transmise pour information à celui-ci; qu'il sera fait état des arguments développés par les parties 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;

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 considérant qu'interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable; que selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, 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 s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré; que 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); que lorsqu'il dépose une nouvelle demande, l'assuré doit ainsi rendre plausible une modification notable des faits déterminants influant sur le droit aux prestations (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; 130 V 71 consid. 2.2); que 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 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; ATF 133 V 108 consid. 5.3); que lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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; à 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 (cf. arrêt TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2 et les réf.); que le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA; RS 830.1) 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 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.); que 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. ibidem; 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 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); que 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); que pour sa nouvelle demande, l'assurée argue d'une péjoration de sa situation psychiatrique; que l'expert-psychiatre avait retenu dans son rapport du 4 juin 2015 un épisode dépressif majeur récurrent léger, ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique; il considéra que ces diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail; que les médecins du service psychiatrique hospitalier dans lequel l'assurée séjourna une vingtaine de jours, du 21 mars au 11 avril 2017, posèrent dans leur lettre de sortie du 9 mai 2017 le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1); que cela appert être une aggravation par rapport au diagnostic de l'expert-psychiatre; qu'ils diagnostiquaient en outre un état de stress post-traumatique (F43.1), une douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) et d'autres troubles spécifiques de la personnalité (F60.8); que s'agissant de l'état de stress post-traumatique, l'expert avait considéré qu'il n'y avait pas d'argument en sa faveur (cf. son rapport, p. 16); qu'ensuite de cette lettre de sortie, le psychiatre traitant annonça à l'OAI, le 19 juin 2017, une aggravation de la maladie psychique de sa patiente et un nouveau diagnostic, ainsi que l'invalidité totale présentée par celle-ci actuellement; qu'il rapportait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de syndrome douloureux chronique (fibromyalgie) et de stress post-traumatique;

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 que si, le 26 septembre 2017 – les rapports ultérieurs ne doivent pas être pris en compte ici, l'OAI n'en ayant pas disposé lorsqu'elle rendit sa décision –, le généraliste traitant se prononça relativement à la problématique psychique et psychiatrique qui n'est pas sa spécialité, il n'en demeure pas moins qu'il fit état également d'une aggravation en renvoyant à cet égard aux diagnostics "beaucoup plus invalidants" posés dans la lettre de sortie précitée; qu'une éventuelle aggravation de la situation découle ainsi de trois avis de médecins différents; qu'elle serait intervenue malgré le suivi et le traitement de l'assurée, selon ce qui ressort de ces pièces médicales; que l'on relèvera aussi

que les médecins du service psychiatrique hospitalier retiennent une problématique dépressive ainsi qu'une somatoforme, à l'instar de ce qu'avait fait l'expert, mais que dans son appréciation médicale ce dernier n'avait pu tenir compte des changements jurisprudentiels en la matière (cf. arrêts TF 8C\_841/2016 et 8C\_130/2017 du 30 novembre 2017, jurisprudence à observer non seulement en cas de troubles graves mais également pour les dépressions légères à moyennes; ATF 141 V 281); qu'il appert pour la Cour, au vu de l'ensemble du dossier et de ce qui précède, que le refus d'entrer en matière de l'OAI était sévère et non justifié; qu'elle retient qu'ici, une aggravation de la situation, singulièrement de l'état de santé, avait été rendue plausible; qu'il est souligné que ce n'est pas parce que l'autorité devra examiner matériellement, au fond, le point de savoir si la situation concrète de l'assurée s'est modifiée de façon déterminante depuis la décision du 9 mai 2016 qu'un droit aux prestations AI sera nécessairement reconnu à l'intéressée; que le recours, fondé, sera admis et la décision querellée, annulée; que le dossier sera renvoyé à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande; que les frais de procédure, par CHF 400.-, seront mis à la charge de l'autorité intimée, qui succombe; que l'avance de frais d'un même montant versée par la recourante lui sera restituée; qu'il n'y a pas lieu à octroi de dépens;

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision querellée 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 d'un montant de CHF 400.- est intégralement restituée à la recourante. IV. Des dépens ne sont pas octroyés. 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 19 avril 2018/djo Président Greffier-rapporteur

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