

FR_GERICHTE 608 2018 134 vom 10. Dezember 2018

FR Kantonsgericht, 2018-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_134

FR: FR_GERICHTE 608 2018 134 du 10 décembre 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2018 134 del 10 dicembre 2018

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 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.

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 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).

E. 2.2

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).

E. 3.1

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, 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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).

E. 3.2

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). 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 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8

E. 4

Est en l'espèce litigieuse la question 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. 2 RAI (cf. supra 3.1).

E. 4.1

Au moment de la décision du 17 avril 2012, la situation médicale de la recourante était la suivante: - dans un rapport du 19 novembre 2010 (dossier OAI, p. 106), le Dr C._____, médecin généraliste, retenait le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité sévère ainsi que de syndrome douloureux chronique. Il attestait des incapacités de travail de 100 % du 15 au 21 mars 2010, de 100 % du 10 mai au 28 juin 2010, de 50 % du 5 juillet au 5 août 2010, de 100 % du 6 au 9 août 2010, de 50 % dès le 10 août 2010 et de 100 % dès le 19 novembre 2010. Il soulignait que l'état psychique de la patiente s'était dégradé et qu'une prise en charge était en cours. Dans un rapport du 19 avril 2011 (dossier OAI, p. 134), ce praticien indiquait que la symptomatologie dépressive diminuait, que la patiente était plus souriante, plus sereine et plus positive et qu'il fallait voir les détails avec la psychiatre traitante. Il précisait également que l'hypertension artérielle était en voie de normalisation sous traitement. - dans un rapport du 3 mai 2011 (dossier OAI, p. 137), la Dresse D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), trouble délirant avec thématique de persécution (F22.0), fibromyalgie et trouble mixte de la personnalité avec traits dépendants, évitants et paranoïaques (F61.0). Elle attestait une incapacité de travail totale dès le 25 novembre 2010 pour une durée indéterminée mais estimait qu'une reprise de l'activité à 50 % était probablement exigible dès août-septembre 2011. - dans son rapport d'expertise du 10 mai 2011 (dossier OAI, p. 155), le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenait les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques actuellement en rémission partielle (F32.3), de trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0) et de syndrome somatoforme douloureux persistant non invalidant (F45.4). Il relevait qu'en raison d'une tristesse, d'une fatigue, de troubles de la concentration et de pensées de persécution, l'assurée ne pouvait plus effectuer son travail correctement, mais que l'ensemble de ces symptômes était en nette diminution depuis quelques mois. En tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, il considérait que la capacité de travail de l'expertisée était nulle du 25 novembre 2010 au 31 juillet 2011, de 50 % du 1er au 31 août 2011, de 60 % du 1er au 30 septembre 2011, de 80 % du 1er au 31 octobre 2011 et de 100 %, sans diminution de rendement, dès le 1er novembre 2011. Il précisait que le dernier travail de l'assurée était une activité adaptée, pour autant qu'on ne lui demande pas de réaliser des tâches physiques pénibles physiquement incompatibles avec ses compétences ostéoarticulaires. - dans un rapport du 30 septembre 2011 (dossier OAI, p. 145), la Dresse

D._____ confirmait une amélioration de l'état de santé et indiquait que l'état dépressif était en rémission. Elle attestait également les incapacités de travail suivantes: 100 % du 1er mai au 31 juillet 2011, 50 % du 1er au 31 août 2011, 40 % du 1er au 30 septembre 2011 et 0 % dès le 1er octobre 2011. Elle précisait que les symptômes dépressifs s'étaient améliorés voire amendés et qu'il y avait également une amélioration des aspects relationnels et sociaux.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 Sur la base de ces rapports médicaux concordants, l'autorité intimée avait donc retenu qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an depuis le 10 mai 2010, l'assurée présentait une incapacité de travail moyenne de 82 % mais qu'elle disposait d'une capacité de travail de 80 % dès le 1er octobre 2011 et de 100 % dès le 1er novembre 2011, ce qui lui ouvrait le droit à une rente d'invalidité entière temporaire du 1er mai au 30 septembre 2011.

E. 4.2

Lorsque l'assurée dépose sa nouvelle demande en date du 28 février 2018, il s'est écoulé presque 6 ans depuis la décision précédente du 17 avril 2012. Durant cette période, elle a certes pu retravailler, dès le 5 août 2013, en tant qu'ouvrière d'usine, mais a présenté une nouvelle incapacité de travail totale dès le 6 octobre 2017. Suite au projet de refus d'entrer en matière, la recourante a déposé une attestation médicale du 13 mars 2018 (dossier OAI, p. 224) du Dr F._____, médecin généraliste, selon laquelle son état de santé s'est notablement dégradé depuis plusieurs mois. Par courrier du 27 mars 2018 (dossier OAI, p. 234), G._____, assureur-perte de gain de la recourante, a fait parvenir à l'OAI son dossier complet. Dans un rapport du 19 janvier 2017 [recte 2018] (dossier OAI, p. 232), le Dr F._____ pose le diagnostic d'état dépressif récurrent, épisode sévère (F33) et estime que les premiers symptômes se sont manifestés en 2017. Il relève que la patiente présente une baisse de l'élan vital, des troubles du sommeil et une asthénie. Il atteste une incapacité de travail totale dès le 6 octobre 2017 pour une durée indéterminée. Dans un rapport du 9 février 2018 (dossier OAI, p. 229), la Dresse D._____ retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.10), personnalité paranoïaque (F60.0), dislocation de la famille par divorce sur violence conjugale, douleurs. Elle fait remonter le début des symptômes à l'été 2017. Elle explique que des conflits au travail ravivent des sentiments d'injustice puis des symptômes dépressifs et une aggravation des douleurs multiples. Elle constate une amélioration des symptômes dépressifs avec la reprise des médicaments suivie d'une nouvelle péjoration après le décès de sa mère le

E. 4.3

Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate que, certes, les atteintes présentées par la recourante sont toujours les mêmes et que les deux médecins traitants ne posent pas de nouveaux diagnostics depuis la première décision de 2012. Toutefois, ces derniers retiennent clairement une aggravation de l'état de santé, en particulier sur le plan psychique, et attestent une nouvelle incapacité de travail totale depuis le 6 octobre 2017.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 Il faut également relever que l'atteinte présentée par la recourante, soit en particulier le trouble dépressif récurrent, se définit justement, selon la CIM-10, par "la survenue répétée d'épisodes dépressifs", ce qui implique une succession de périodes de crise, de rémission et de rechutes. C'est d'ailleurs ce que les médecins traitants et l'expert avaient constaté au moment de la première décision, puisqu'ils reconnaissaient

une période de crise puis une amélioration de l'état de santé, ce qui avait amené l'autorité intimée à octroyer à la recourante une rente entière d'invalidité de durée limitée. Au moment de la nouvelle demande, les médecins traitants attestent à nouveau une période de crise. Ainsi, dans la mesure où ils ont attesté d'une évolution positive en 2011 et d'une capacité de travail entière, on ne peut pas sans autre faire fi de l'aggravation nouvelle dont ils font, tous deux, désormais état depuis 2017. Cette évolution est en outre corroborée par les résultats obtenus aux tests de l'Echelle de dépression de Hamilton. En effet, il ressort des rapports de la Dresse D. _____ du 3 mai 2011 et du 9 février 2018 ainsi du rapport d'expertise du Dr E. _____ du 10 mai 2011 que la recourante a obtenu 33 points (dépression sévère) le 1er décembre 2010, 16 points (dépression légère) le 22 mars 2011, 9 points (dépression légère) le 10 mai 2011 et 23 points (dépression moyenne) le 9 février 2018. Compte tenu de ces éléments, le rapport du Dr H. _____, lequel n'est au demeurant pas spécialiste en psychiatrie, n'est donc pas convaincant, lorsqu'il considère que "pour le trouble dépressif et la personnalité paranoïaque on ne peut pas constater une aggravation de son état de santé par rapport à la décision de 2012". En outre, la référence à la dislocation de la famille qui est reprise par le médecin SMR mais qui ressort du rapport du 9 février 2018 de la Dresse D. _____ semble plutôt se référer au premier mariage de la recourante, puisque la psychiatre-traitante fait référence à la "dislocation de la famille par divorce sur violence conjugale". L'argument avancé par le médecin SMR n'est donc pas pertinent dans le cas d'espèce. Dans ces conditions, la Cour de céans estime que la recourante a rendu plausible une modification de son état de santé. En effet, conformément à la jurisprudence précitée, au stade de la décision relative à l'entrée en matière sur une nouvelle demande, le degré de la preuve n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante, mais il suffit que certains indices (simple vraisemblance) militent en faveur d'une aggravation de l'état de santé, même si subsiste la possibilité que la modification invoquée soit finalement démentie par un examen plus approfondi, cela d'autant plus que presque 6 ans se sont écoulés depuis la première décision. Le médecin SMR n'a manifestement pas tenu compte de ces principes dans son appréciation. Au vu des considérants qui précèdent, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision querellée annulée. Le dossier est renvoyé à l'autorité intimée, afin qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. Partant, l'avance de frais du même montant versée par la recourante lui est intégralement restituée. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de la liste de frais déposée le 3 juillet 2018 par son mandataire, l'indemnité de partie à laquelle elle peut prétendre pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'075.- d'honoraires, soit 8 heures et 18 minutes à CHF 250.-/heure, plus CHF 103.75 de débours et CHF 167.75 au titre de la

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 TVA à 7,7 %, soit à un total de CHF 2'346.50 et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée qui succombe. la Cour arrête : I. Le recours est admis et la décision querellée annulée. Partant, le dossier est renvoyé 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 A. _____. IV. L'équitable indemnité de partie allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'075.- d'honoraires plus CHF 103.75 de débours et CHF 167.75 au titre de la TVA à 7,7 %, soit à un total de CHF 2'346.50, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. 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 10 décembre 2018/meg Le Président : La Greffière-rapporteure :

E. 9

janvier 2018. Elle constate un retrait social quasi-total, un conflit de couple avec son mari actuel, des insomnies dues aux douleurs, une fatigue et une somnolence diurne, une aboulie et un manque d'énergie. Elle considère le pronostic comme étant défavorable par rapport à un épuisement des ressources adaptatives. Elle atteste une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée. Dans son rapport du 12 avril 2018 (dossier OAI, p. 243), le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie auprès du SMR, se détermine de la façon suivante: "L'assurée présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et une personnalité paranoïaque. Le fait de la dislocation de famille est le seul élément nouveau. Pour le trouble dépressif et la personnalité paranoïaque on ne peut pas constater une aggravation de son état de santé par rapport à la décision de 2012 et le fait de la dislocation de famille ne représente pas une modification de son état de santé". Il conclut que l'assurée n'a pas rendu plausible une éventuelle modification de son état de santé avec effet sur sa capacité de travail depuis la décision du 20 avril 2018 [recte: 17 avril 2012].

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