

FR_GERICHTE 608 2018 161 vom 30. Oktober 2018

FR Kantonsgericht, 2018-10-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_161

FR: FR_GERICHTE 608 2018 161 du 30 octobre 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2018 161 del 30 ottobre 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 12

avril 2018, l'assurée a remis un certificat médical du 11 mai 2018, dans lequel le Dr B._____ indiquait que l'état psychique de cette dernière s'était aggravé, avec un état anxio- dépressif sévère et des insomnies. Par décision du 28 mai 2018, et après avoir préalablement recueilli l'avis de son service médical régional (ci-après: SMR; rapport du 17 mai 2018), l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur cette demande. Il a considéré que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que l'état de fait se serait modifié de manière essentielle depuis sa précédente décision. C. Contre cette décision de refus d'entrer en matière, l'assurée dépose un recours auprès du Tribunal cantonal le 14 juin 2018. Elle conclut implicitement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. Elle allègue que le changement d'activité entrepris suite aux mesures de réadaptation professionnelle n'a pas empêché son état de santé de se détériorer. Elle estime que les rapports médicaux déposés à l'appui de sa demande n'ont pas été correctement évalués par l'OAI. Elle dépose en outre un nouveau rapport de son psychiatre traitant, daté du 8 juin 2018. L'avance de frais de CHF 400.- a été versée dans le délai imparti. Dans ses observations du 9 juillet 2018, l'OAI propose le rejet du recours, se fondant sur l'avis du SMR. Il ajoute que le rapport remis à l'appui du recours a été soumis pour avis au SMR, sans que

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 cela ne remette en cause son appréciation, celui-ci considérant notamment que l'atteinte décrite par le psychiatre traitant, lequel ne pose au demeurant aucun diagnostic précis, "ne devrait pas être incapacitant plus d'une année". Par courrier du 20 juillet 2018, la recourante transmet un nouveau rapport de son psychiatre traitant. En réponse du 20 août 2018, l'OAI campe sur sa position et fait allusion à la possibilité d'une nouvelle demande de prestations, si l'état dépressif devait perdurer. Le 27 août 2018, la recourante s'étonne de la position de l'OAI, considérant avoir fait le nécessaire pour attester la gravité de son état. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments des parties, 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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. 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 références citées). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 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 références citées). 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 psychiatriques. 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, depuis la dernière décision du 25 octobre 2013, de manière à influencer ses droits. 4.1. Le 15 septembre 2009, le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue E. _____, œuvrant tous deux au sein de F. _____, rendent un rapport médical dans lequel ils rappellent que l'assurée a été hospitalisée à plusieurs reprises dans leur établissement depuis le mois de septembre 2008. Ils retiennent les diagnostics suivants: trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), décès d'un membre de la famille (Z63.4) et autre évènement difficile ayant une incidence sur la famille (Z63.7). Le pronostic est alors incertain, mais il est fait "l'hypothèse d'une certaine fragilité psychique, qui risque de perdurer". Un suivi psychiatrique et psychothérapeutique est ainsi recommandé. Sur le plan de la capacité de travail, il est indiqué ce qui suit: "A sa sortie d'hôpital (i.e. en juin 2009), la patiente envisageait de reprendre dans un premier temps à 50% son activité professionnelle [...]". Dans un rapport du 23 décembre 2009, le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie traitant, retenait les diagnostics suivants: trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (F43.22), autres modifications persistantes de la personnalité (F62.9), ainsi que différents autres diagnostics n'ayant pas valeur de maladie (pressions parentales inadaptées Z62.6, probable victime d'acte délictueux Z65.4, décès de la mère Z63.4, évènements stressant affectant négativement la vie Z63.7 et rupture sentimentale après 20 ans avec l'ex-ami Z63.5). Après rappel de l'anamnèse, il décrit une patiente fragile, mais émet néanmoins un pronostic plutôt favorable: "Bien que les traumatismes complexes entraînent en principe un pronostic réservé, les ressources de la patiente semblent suffisantes pour espérer un rétablissement progressif de la capacité de travail". Relevant qu'une reprise du travail s'était faite à 40%, il n'envisage pas d'augmentation dans l'immédiat. Selon lui, une psychothérapie adaptée serait de nature à améliorer le fonctionnement de l'assurée et à accroître sa capacité de travail. La décision du 25 octobre 2013 est principalement fondée sur le rapport établi le 7 mai 2012 par ce même médecin. Il y fait état d'une amélioration de l'état de santé et confirme l'exigibilité de l'activité d'enseignement, avec toutefois une diminution de rendement, variable selon les activités. Précisant qu'un test psychologique spécifique (q-EEG) a été réalisé en septembre 2011, il note la rapidité des progrès réalisés, toute en relevant leur fragilité: "Dans ce contexte, je préconise le maintien du taux d'activité actuel de 46% pour 6 mois encore, et de l'augmenter ensuite graduellement de 6 mois en 6

mois jusqu'au maximum exigible, qui, je pense, se situera alors vers 65% ". Divers entretiens intervenus ultérieurement font apparaître que l'assurée, avant tout pour des motifs financiers, a repris son activité d'enseignement à un taux d'environ 65% dès la rentrée scolaire, en août 2012.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 C'est dans ce contexte qu'un quart de rente a été accordé à l'assurée entre le 1er janvier 2010 et le 30 novembre 2012, sur la base d'une incapacité de travail de 50%, rente supprimée dès le 1er décembre 2012, en raison de l'amélioration de l'état de santé de cette dernière, l'OAI l'estimant depuis lors capable d'exercer son activité d'enseignante en activités créatrices à 66.32%. 4.2. Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, la recourante a remis les documents suivants: - Quatre certificats médicaux, dans lesquels le Dr B._____, généraliste traitant, atteste une incapacité de travail totale à partir du 13 novembre 2017, jusqu'au 28 février 2018. - Une attestation médicale du Dr C._____, psychiatre traitant, attestant une incapacité totale de travail depuis le 21 février 2018, jusqu'au 12 mars 2018 au moins. - Suite au projet de décision de non-entrée en matière, un certificat médical a encore été remis par le Dr B._____, daté du 11 mai 2018, dans lequel celui-ci certifie que l'état psychique de l'assurée s'est aggravé, avec un état anxio-dépressif sévère et des insomnies. - Le 17 mai 2018, le Dr G._____, spécialiste en anesthésiologie œuvrant au sein du SMR, relève tout d'abord que l'assurée a bénéficié d'un quart de rente d'invalidité en 2011-2012 pour un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive attesté par le psychiatre traitant, sans validation par le SMR et sans expertise psychiatrique. Il considère qu'il s'agit de la même affection que lors de la dernière décision et que les éléments médicaux d'aggravation ne sont pas mentionnés. De plus, le diagnostic n'est pas attesté par un psychiatre et n'est pas conforme à une nomenclature internationale reconnue. Enfin, aucune limitation fonctionnelle, ni aucune incapacité de travail n'est médicalement attestée au dossier. - Différents rapports, établis postérieurement à la décision querellée par les médecins traitants précités, ont été déposés durant la procédure de recours. 4.3. Appelée à statuer, la Cour concède, ainsi que le SMR l'a relevé, que les documents médicaux remis antérieurement à la décision rendue par l'OAI - seuls déterminants dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande (cf. supra consid. 3.2) - sont extrêmement brefs et peu détaillés: en effet, les certificats remis à l'appui de la demande de prestations attestent simplement de périodes d'incapacité totale de travail, sans autre mention. Quant au rapport du médecin généraliste du 11 mai 2018, il fait état d'une aggravation pour des motifs psychiatriques, de manière extrêmement brève également. Cela étant, on ne saurait se montrer trop exigeant quant à la démonstration, par l'assurée, de la présence d'une aggravation, étant rappelé que celle-ci doit seulement être rendue plausible, et non prouvée. Dans cette mesure, l'absence de diagnostic précis est certes regrettable, mais pas totalement rédhibitoire. La Cour note en particulier que l'OAI avait accordé une rente (temporaire) à l'assurée principalement sur la base des rapports du psychiatre traitant. L'autorité ne saurait dès lors tirer argument du fait que cette rente a été accordée sans requérir l'avis du SMR ni celui d'un expert - comme il le fait dans ses observations, reprenant la position du médecin SMR dans son rapport du

E. 17

mai 2018 - pour appuyer son refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande. Il s'agit-là d'éléments indépendants l'un de l'autre et l'on ne saurait faire supporter à l'assurée d'éventuelles lacunes dans l'instruction d'une précédente demande.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 Dans le même ordre d'idées, le fait pour le médecin SMR, dans son rapport du 6 juillet 2018 annexé aux observations de l'OAI, de lier la plausibilité de l'aggravation au caractère durable de l'incapacité de travail, n'est pas déterminant. Il n'appartient en effet pas à l'assuré qui dépose une nouvelle demande de démontrer que son atteinte a duré au moins une année, mais simplement de rendre plausible une aggravation avec effet sur le droit à la rente. On rappelle en outre 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 relatif à la naissance du droit à la rente. On constate également que la recourante a déposé sa nouvelle demande après une incapacité de travail totale de plus de 4 mois, soit une crise qui ne présente plus un caractère purement passager. Cette incapacité de travail, fondée sur des motifs psychiques, fait suite à une période durant laquelle elle a été à même de travailler à plus de 50 %, mais qui faisait elle-même suite à deux années durant lesquelles, pour des motifs psychiques précisément, un quart de rente lui avait été alloué ainsi qu'un reclassement professionnel octroyé. Par ailleurs, son incapacité de travail actuelle est attestée par le même psychiatre (traitant) qui avait attesté à la fois d'une incapacité de travail puis d'une amélioration de celle-ci, avis qu'avait retenu l'OAI pour lui accorder cette rente temporaire. Dans ce contexte-là, il faut admettre que l'OAI devait entrer en matière sur la nouvelle demande, s'agissant qui plus est d'atteintes dont le risque de rechute est notoire. Partant, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision étant annulée, et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande de l'assurée. Dite autorité aura l'occasion, dans ce cadre, d'examiner le mérite des rapports déposés postérieurement à la décision litigieuse. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais du même montant versée par la recourante lui est restituée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision querellée du 28 mai 2018 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 justice, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, qui succombe. L'avance de frais du même montant sera restituée à la recourante après l'entrée en force du présent jugement. III. 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 30 octobre 2018/mba Le Président: Le Greffier-rapporteur:

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