

FR_GERICHTE 608 2018 219 vom 21. Januar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-01-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_219

FR: FR_GERICHTE 608 2018 219 du 21 janvier 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2018 219 del 21 gennaio 2019

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 tribunalcantonal@fr.ch www.fr.ch/tc — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2018 219 Arrêt du 21 janvier 2019 IIe Cour des assurances sociales Composition Président : Johannes Frölicher Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux Greffier-rapporteur : David Jodry Parties A. _____, recourant, représenté par Me Anne Genin, avocate contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité Recours du 6 septembre 2018 contre la décision du 6 juillet 2018 Tribunal cantonal TC Page 2 de 7 considérant en fait A. L'assuré, né en 1955, déposa le 26 août 2013 une demande de prestations AI en raison d'une ostéoporose avancée et d'une arthrose de l'épaule droite. Par décision du 17 novembre 2014, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) lui refusa l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, motif pris qu'il n'avait présenté qu'une incapacité de travail du 6 au 25 novembre 2012 et avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle depuis lors. B. Du 20 août au 1er septembre 2015, l'assuré fut hospitalisé pour un infarctus myocardique avec œdème pulmonaire aigu sur un status de maladie coronarienne tritonculaire. Le 24 août 2015, il subit un triple pontage aorto-coronarien. En date du 10 septembre 2015, l'assuré déposa une deuxième demande de prestations AI en raison de ces problèmes cardiaques. Du 22 au 25 février, puis du 15 au 22 novembre 2016, il fut hospitalisé respectivement pour des douleurs abdominales, qui se sont révélées être une cholécystite aiguë, et une claudication intermittente des deux membres inférieurs. Lors du second séjour, il a subi une thrombendarterectomie fémorale bilatérale avec plastie d'élargissement. Par décision du 9 janvier 2017, l'OAI refusa l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. L'Autorité de céans rejeta, le 19 avril 2018, le recours 608 2017 21 du 7 février 2017 contre cette décision. C. Le 24 novembre 2017, soit durant la procédure de recours précitée, l'intéressé avait déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations (dos. OAI 332), dans laquelle il mentionnait une incapacité de travail de 100% depuis le 20 août 2015, ensuite d'une chirurgie cardiaque et d'une intervention aux artères fémorales. Il faisait en outre aussi état d'un suivi psychiatrique. Relativement à cette nouvelle demande, l'Office concerné indiqua à l'assuré, le 17 janvier 2018, que dans la mesure où la problématique de santé annoncée était la même que celle qui avait l'objet du recours, il se prononcerait sur la demande de révision à l'issue de la procédure judiciaire. Le 29 mars 2018, il lui écrivit que la problématique de santé annoncée et ses effets sur la capacité de travail étant en relation avec la demande soumise au Tribunal cantonal pour jugement, il prendrait position quant à l'entrée en matière sur la nouvelle demande au terme de la procédure judiciaire. Par décision

du 6 juillet 2018, l'administration confirma son projet du 4 juin 2018 et se refusa à entrer en matière sur la demande du 24 novembre 2018, considérant que la demande de prestations (précédente) avait été rejetée le 9 janvier 2017, que la nouvelle du 24 novembre 2017 était en lien avec la problématique annoncée ainsi que son effet sur la capacité de travail soumise au Tribunal cantonal pour jugement, et que ce dernier ayant dans son arrêt du 19 avril 2018 confirmé la décision du 9 janvier 2017, il ne pouvait être entré en matière sur la nouvelle demande. D. L'assuré interjette recours contre cette décision le 6 septembre 2018, concluant, sous suite de dépens, principalement, à son annulation et à ce que l'office entre en matière sur la nouvelle demande et procède aux investigations médicales nécessaires; subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière. Il soutient notamment avoir rendu plausible que son état de santé s'est aggravé de Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 manière à influencer ses droits postérieurement au 9 janvier 2017, date de la décision de l'OAI précédente; il a basé sa demande sur de nouveaux éléments médicaux péjorant son état de santé, comme l'indiquent les rapports, postérieurs à la date précitée, de son psychiatre traitant, du 16 août 2018 (recte: 2017) et de son médecin généraliste traitant, du 3 septembre 2018; c'est à tort que l'office n'a pas procédé à une actualisation du dossier médical malgré que les noms de ses médecins traitants figuraient dans le formulaire de demande de prestations. Le recourant s'acquitte dans le délai de l'avance de frais de CHF 400.- requise. Le 15 octobre 2018, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. 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 par un assuré, dûment représenté, directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 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 (au sens de l'art. 17 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPG; RS 830.1) est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. 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). 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). 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 Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 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.). Sous l'angle temporel, la comparaison des états de fait pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations a pour point de départ la situation telle qu'elle se présentait au moment où l'administration a rendu sa dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit la prestation d'assurance (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3; 133 V 108 consid. 5.3). Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA) 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 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.). 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). 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). 3. 3.1. Doit seul être examiné ici le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 24 novembre 2017, faute pour l'assuré d'avoir rendu plausible une aggravation déterminante de son état de santé. Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 3.2. Le raisonnement de l'administration paraît avoir été celui-ci: puisque, par son arrêt du 19 avril 2018, le Tribunal de céans a confirmé le bien-fondé de la décision du 9 janvier 2017 de rejet de la demande de prestations précédente, et que la nouvelle demande du 24 novembre 2017 est, selon l'Office, "en lien" avec cette problématique de santé ainsi que son effet sur la capacité de travail qui avait été soumise à l'autorité judiciaire, il ne devait pas entrer en matière sur elle. Autant que l'Office considérerait ainsi que, respectivement, le Tribunal s'est déjà prononcé sur l'état de santé et ses répercussion sur la capacité de travail ressortant de la nouvelle demande de novembre 2017, ou que dans le cadre de cette dernière, aucune aggravation de la situation médicale et/ou de l'invalidité n'a été rendue plausible ni même invoquée, il ne peut être ici suivi, au vu des circonstances du cas d'espèce. 3.3. Dans la

procédure de recours précédente, l'assuré produisit, le 19 septembre 2017, trois nouveaux rapports médicaux, dont un de sa psychiatre traitante, du 16 août 2017, pièces sur lesquelles se prononça l'Office, toujours dans le cadre du recours, le 21 février 2018, exposant qu'elles ne faisaient état d'aucun élément médical objectif nouveau susceptible de modifier son appréciation. Dans le formulaire dont il se servit pour faire sa nouvelle demande de prestations, le 24 novembre 2017, l'assuré mentionnait, au titre de l'atteinte à la santé présente depuis le 20 août 2015, une chirurgie cardiaque et une intervention artéro-fémorale (cf. ch. 6.1 du formulaire). L'existence d'un suivi médical psychiatrique y était rapportée également (cf. ch. 6.3 relatifs aux médecins). Pour le Tribunal de céans, au vu du rapport médical psychiatrique susmentionné et dès lors qu'une nouvelle demande n'est pas soumise à une forme particulière autre que celle écrite, il n'y avait en particulier pas de motif d'ignorer ces derniers éléments. Qu'un examen de ces différentes atteintes serait déjà intervenu dans le cadre de la procédure ayant abouti à la décision du 9 janvier 2017 ne suffit en tout état de cause pas pour, par principe, exclure qu'ait été rendue plausible la survenance d'une aggravation de l'état de santé après la décision précitée. La période prise en considération par l'administration et sur laquelle s'est penché le Tribunal dans la procédure de recours précédente était en effet temporellement limitée à la date de la décision susmentionnée. Ainsi, s'agissant plus particulièrement de la problématique psychique, les Juges de céans se limitèrent-ils à examiner si les affectations diagnostiquées par la psychiatre traitante avaient présenté un aspect invalidant au jour de la décision du 9 janvier 2017 (cf. arrêt TC précité consid. 3.1.3). Ils ne se déterminèrent nullement postérieurement à cette date, retenant uniquement que rien au dossier ne laissait penser que les affections étaient invalidantes au moment où fut rendu le rapport du 16 août 2017, et encore moins qu'elles l'aient été une année durant sans interruption notable avant le 9 janvier 2017. Ils remarquaient encore que si l'aggravation de l'état psychique devait se maintenir durablement, elle devra être traitée dans le cadre de l'examen de la nouvelle demande d'ores et déjà déposée le 24 novembre 2017. Il ne peut donc être souscrit ici à l'argumentation de l'autorité selon laquelle il n'y aurait pas à entrer en matière sur la nouvelle demande du 24 novembre 2017 parce que le Tribunal cantonal se serait déjà prononcé sur l'état de santé et ses conséquences sur la capacité de travail y invoqués. 3.4. C'est cependant cette seule motivation qui fut retenue dans les courriers de l'Office subséquents au dépôt de la nouvelle demande et dans le projet de décision du 4 juin 2018. Or, Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 pour respecter notamment le droit d'être entendu de l'assuré, si l'OAI estimait qu'avec sa nouvelle demande, l'assuré n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée après la décision du 9 janvier 2017, il devait impartir à celui-là un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve (pièces médicales, ...), en l'avertissant qu'à défaut de se plier à ces injonctions, il n'entrerait pas en matière sur sa demande. Si l'exigence de motiver est moindre pour un projet de décision, l'assuré devait pour autant être en mesure de déterminer à sa lecture de quel manquement sa nouvelle demande souffrait aux fins, cas échéant, de pouvoir le pallier dans le délai donné (cf. MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, n. 2059 s., 2082 et 2136). 3.5. Sans devoir examiner l'éventuelle portée de cet élément, il est relevé encore que tant ce projet que la décision furent directement adressées à l'assuré, sans, semble-t-il, copie à son mandataire, lequel avait le 17 mai 2018 indiqué qu'il continuait d'agir au nom de son mandant. 3.6. En rappelant qu'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, d'une part, et qu'une entrée en matière ne signifie pas qu'une instruction plus poussée établira une

modification déterminante, d'autre part (cf. arrêt TF 9C_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 3.3 et les réf.), il y a lieu de considérer, au vu des circonstances du cas d'espèce, que la décision entreprise fut rendue de façon contraire aux art. 87 al 2 et 3 RAI et de la jurisprudence y relative, notamment quant à un ou à des éléments nouveaux susceptibles de rendre plausible une aggravation de l'état de santé après le 9 janvier 2017. Partant, la décision attaquée doit être annulée, et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations.

4. 4.1. Les frais de procédure, par CHF 400.-, seront mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. Partant, l'avance de frais du même montant versée par le recourant lui sera intégralement restituée.

4.2. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). Dans la liste de frais de sa mandataire déposée le 10 décembre 2018, des honoraires pour environ 15.50 heures sont fait valoir. La Cour considère que cette durée dépasse le cadre des opérations en lien avec la seule question de l'entrée en matière. Tout bien considéré, en tenant compte du temps et du travail nécessaires devant être consacrés à l'affaire, ainsi que la difficulté et l'importance relatives du litige, l'Autorité de céans arrêtera à 10 heures cette durée globale pour laquelle le recourant peut prétendre à une indemnité pour ses frais de défense. Dite indemnité sera ainsi fixée à CHF 2'500.- (10 x CHF 250.- /heure), plus une somme de CHF 100.- au titre de débours, étant précisé que ne s'applique pas ici le forfait de 5% de l'honoraire de base qu'invoque la mandataire, ainsi que CHF 200.20 au titre de la TVA à 7,7 %, soit un total de CHF 2'800.20, montant mis intégralement à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête : I. Le recours est admis. 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 au recourant. IV. L'équitable indemnité de partie allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'500.- d'honoraires, plus CHF 100.- de débours ainsi que CHF 200.20 au titre de la TVA à 7.7 %, soit à un total de CHF 2'800.20, 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 21 janvier 2019/djo Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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