

FR_GERICHTE 608 2019 167 vom 26. Juni 2020

FR Kantonsgericht, 2020-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_167

FR: FR_GERICHTE 608 2019 167 du 26 juin 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 167 del 26 giugno 2020

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 par un assuré, dûment représenté, directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

E. 2

Selon l'art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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, LPGA; 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. 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). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Dans le cadre d'une demande de révision, 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 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).

E. 3

En l'occurrence, doit être examiné si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de révision, faute pour l'assuré d'avoir rendu plausible une aggravation déterminante de son état de santé.

E. 3.1

La Cour relève d'abord que l'OAI a déclaré son projet de décision du 8 avril 2019 nul et non avenue. L'assuré pouvait ainsi retenir que le délai de 30 jours pour apporter la preuve de l'aggravation de son état de santé y figurant était annulé. Or, un nouveau projet, avec un nouveau délai, ne fut pas rendu avant la décision attaquée. Pour ce motif déjà (droit d'être entendu), la décision attaquée doit être mise à néant. En effet, dès lors que, dans les litiges portant sur une non-entrée en matière, il y a lieu de statuer à l'aide des seuls documents en main de l'OAI lorsqu'il a rendu sa décision, il n'est en particulier pas possible de tenir compte d'autres pièces, dont celles qui auraient été produites à l'appui du recours. Dans ces circonstances, la violation du droit d'être entendu ne peut, quoi qu'il en soit, pas être tenue pour réparée dans le cadre de la présente procédure de recours.

E. 3.2

La décision d'octroi de la demi-rente AI était notamment fondée sur l'atteinte psychiatrique de l'assuré. Dans son rapport d'expertise du 20 mai 2016 (dos. OAI 92), le Dr B. _____, psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquait, avec effet sur la capacité de travail, un état dépressif récurrent sévère F33.2 évoluant sur la base d'une personnalité psychotique de type bipolaire II F31.8, ainsi que des troubles fonctionnels multiples gastro-intestinaux et

ostéo-articulaires. La capacité de travail résiduelle exigible et effective était de 50%, taux maximum raisonnablement exigible.

E. 3.3

Avec sa demande de révision, l'assuré a produit un courrier de son généraliste traitant, du 26 février 2019, indiquant que son état de santé nécessite une réduction de son temps de travail depuis le 28 septembre 2018, réduction qui va perdurer. Le praticien estime dès lors que le dossier

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 AI doit être revu. Des certificats d'incapacité de travail, avec différents taux, sont déposés (cf. dos. OAI 215 ss et 223). Dans son rapport du 7 mars 2019 (dos. OAI 224), le Dr C. _____, psychiatre traitant, expose que les troubles physiques de son patient entravent ses possibilités de récupération. Au fil du temps, l'assuré a continué de s'épuiser, même en travaillant à 50%. Si les séances ont pu être espacées de façon mensuelle depuis la rentrée scolaire 2017, lors de celle de 2018, avoir des classes difficiles est devenu ingérable. Le traitement médicamenteux a été augmenté de façon (très) importante. Si le praticien n'a pas rédigé de certificat d'incapacité de travail lui-même, il a toujours été au courant de la situation et a pleinement adhéré à l'appréciation du généraliste traitant. Il relève que des taux, conséquents, d'incapacité de travail ont été attestés depuis le 28 septembre 2018 (incapacité totale initialement); depuis le 26 février 2019, et pour une durée indéterminée, l'incapacité de travail est à nouveau complète. Le patient présente des décompensations dépressives et anxieuses avec effondrement de ses capacités d'adaptation; dans ces phases, il a des troubles du sommeil, une perte de confiance en soi et dans les autres, une perte d'estime de soi, une humeur dépressive et une idéation sombre, un repli social, accompagnés d'un effondrement physique. Depuis la rentrée de 2018, les rechutes dépressives se rapprochent et n'aboutissent plus à une rémission complète. Dans son avis du 18 avril 2019 (dos. OAI 236), le SMR, Dr D. _____, médecine interne générale, retient que le rapport du psychiatre traitant précité décrit un état de santé qui est connu et avait fait l'objet de l'instruction et de l'expertise. Il y aurait actuellement une nouvelle décompensation dans le contexte du trouble dépressif récurrent, mais aucun nouveau diagnostic. Cette décompensation serait en rapport avec la rentrée scolaire de 2018 et aurait engendré une incapacité de travail. Par contre, l'assuré ne rend pas plausible une aggravation de son état de santé avec des répercussions durables sur la capacité de travail résiduelle; en l'état du dossier et jusqu'à preuve du contraire, l'on est, pour le médecin, en présence d'une décompensation temporaire dans le cadre d'une maladie à caractère récurrent. Il n'y a pas lieu d'examiner ici le rapport du psychiatre traitant, du 18 juin 2019, produit en procédure de recours, pour les motifs déjà indiqués ci-dessus.

E. 3.4

Cela étant, la Cour retient ce qui suit: Le généraliste traitant a invoqué une aggravation de l'état de santé dans son courrier du 26 février 2019; si ses pièces produites ne donnent pas d'indication quant à l'éventuelle péjoration sur le plan somatique, les certificats font apparaître une réduction de la capacité de travail constante depuis le 28 septembre 2018, même si avec des variations de taux. En outre, le psychiatre traitant a indiqué avoir été au courant de cela et avoir adhéré à l'appréciation du généraliste traitant. Dans son rapport du 7 mars 2019, le psychiatre donne d'ailleurs quelques indications quant à l'effet des troubles physiques. Surtout, par rapport à la situation précédente (50% de capacité de travail résiduelle), il confirme l'aggravation de l'incapacité de travail intervenue depuis le 28

septembre 2018, avec une capacité de travail nulle les premiers temps, puis à des taux variables mais toujours moindres que le taux de 50% précité, puis, à nouveau, une incapacité totale depuis le 26 février 2019 et pour une durée indéterminée. Il développe en quoi et pourquoi, selon lui, la situation psychique s'est péjorée, et les effets de cette aggravation sur l'état de santé, la capacité de travail et le traitement.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 Soutenir, comme le fait le SMR, que l'état de santé décrit était déjà connu, qu'il n'y a pas de diagnostic nouveau, que le cadre de la maladie a un caractère récurrent, ne suffit pas pour écarter ces avis. Ce qui est déterminant ici, c'est de savoir s'il a été rendu plausible que l'état de santé s'est dégradé dans une mesure notable, avec effet sur la capacité de travail. Rappelons sur ce point que l'aggravation d'une pathologie (et/ou ses conséquences) déjà existante peut également constituer un motif de révision. A cet égard, le SMR admet l'existence d'une décompensation de la maladie connue. Il ne peut être suivi, au vu des éléments rappelés plus haut, quant à l'absence d'une plausibilité d'un effet déterminant (durable, notable) de cette décompensation sur la capacité de travail de l'assuré. Il faut bien plus retenir que, dans les circonstances du cas d'espèce et au vu du dossier, l'assuré a rendu plausible une aggravation pertinente de son état de santé, à tout le moins sur le plan psychique. Cela justifie également l'admission du recours et l'annulation de la décision attaquée. Le dossier doit être renvoyé à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la demande de révision et que soient mises en œuvre toutes mesures d'instruction nécessaires. Il rendra ensuite une nouvelle décision.

E. 4.1

Les frais de procédure, fixés, s'agissant d'une procédure relative à une non-entrée en matière, à CHF 400.-, seront mis à la charge de l'autorité intimée, qui succombe. Partant, l'avance de frais de CHF 800.- du recourant lui sera intégralement restituée.

E. 4.2

Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). Conformément à la liste de frais de son mandataire déposée le 19 juin 2020, l'indemnité pour ses frais de défense sera fixée à un total de CHF 2'464.95 (soit CHF 2'141.70 d'honoraires, plus CHF 147.- de débours, ainsi que CHF 176.25 au titre de la TVA à 7.7%), montant mis intégralement à la charge de l'autorité intimée, qui succombe. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 6 mai 2019 est annulée et le dossier est renvoyé à celui-ci, afin qu'il entre en matière sur la demande de révision et rende une nouvelle décision. 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 800.- est intégralement restituée au recourant. IV. L'équitable indemnité de partie allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'464.95, soit CHF 2'141.70 d'honoraires, plus CHF 147.- de débours, ainsi que CHF 176.25 au titre de la TVA à 7.7%, montant mis 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 26 juin 2020/djo Le Président :
Le Greffier-rapporteur :

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