

FR_GERICHTE 608 2020 52 vom 15. Dezember 2020

FR Kantonsgericht, 2020-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_52

FR: FR_GERICHTE 608 2020 52 du 15 décembre 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2020 52 del 15 dicembre 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 19

février 2020, l'OAI s'est refusé à entrer en matière, une modification de la situation de l'assurée avec effet sur son droit aux prestations depuis la dernière décision n'ayant pas été rendue plausible. B. Contre cette décision, A. _____, représentée par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours le 11 mars 2020 et conclut, sous suite de frais et dépens, à ce que l'OAI entre en matière sur sa nouvelle demande. Elle allègue que les rapports de son psychiatre traitant attestent très clairement que le diagnostic initialement posé s'est aggravé, de sorte que l'OAI doit reprendre l'instruction du dossier. Elle requiert en outre l'octroi de l'assistance judiciaire totale. Le 16 mars 2020, l'avocat de la recourante informe la Cour de céans qu'elle est désormais internée à l'hôpital psychiatrique de D. _____. Dans ses observations du 25 mars 2020, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. L'assurée a produit de nouvelles pièces le 13 novembre 2020, à savoir la décision du 10 février 2020 de placement à des fins d'assistance, la décision du 5 août 2020 de levée du placement, ainsi que deux rapports médicaux. Le 20 novembre 2020, l'OAI a maintenu sa position. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles 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 3 de 7 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dument représentée, le recours est recevable. 2. 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 al. 1 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 (let. c). 2.2. Selon 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 132 V 393 consid. 2.2; 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). 2.3. Aux termes de 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. En effet, selon 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). 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'entrer 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 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 (arrêts TF 9C_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 3.3; 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 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, Cst.; RS 101; 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 (arrêts TF 9C_698/2018 du 3 décembre 2018 consid. 4.3; 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 – en application par analogie des principes découlant 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 (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3). 3. En l'espèce, le refus de prestations du 8 février 2018 a été rendu en raison du manque de collaboration de l'assurée qui, malgré une mise en demeure, n'avait pas démontré se soumettre à

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 un traitement en vue d'une abstinence totale au cannabis et à des contrôles trimestriels de sa bonne compliance médicamenteuse. La décision précisait en outre qu'une entrée en matière ne serait possible que si l'assurée apportait la preuve d'une abstinence totale depuis au moins un an (dossier OAI p. 288). Cette exigence avait été imposée du fait que, en 2018, il était impossible de déterminer d'une part la capacité de travail, et d'autre part quelle était la pathologie psychiatrique de base entre les troubles psychiatriques et la toxicomanie (rapports du 21 février 2017, dossier OAI p. 256, et du 25 novembre 2019, dossier OAI p. 323, des médecins du SMR). Il n'y a dès lors – au niveau médical – pas de base de comparaison. Aucun document médical produit avec la nouvelle demande et antérieure à la décision litigieuse ne met en évidence que la recourante souffrirait d'une maladie psychiatrique ou d'une autre maladie qui pourrait clairement être distinguée des problèmes qui, à l'époque, ont conduit à ce qu'on lui impose d'être abstinent. En effet, si le psychiatre traitant mentionne le 28 septembre 2019 une schizophrénie paranoïde, qu'il ne range au demeurant pas dans une classification officielle, il la lie à la situation existante dès l'enfance, en indiquant qu'"il s'agit [...] d'une jeune personne présentant un trouble psychotique pris en charge de manière très tardive et inconstante (avec les conséquences sur l'insertion sociale notamment), à mon avis clairement une schizophrénie paranoïde, ayant présenté dès l'enfance d'importants problèmes psychologiques. Ces problèmes ont nécessité des prises en charge spécialisées dès l'âge de 7 ans jusqu'à l'adolescence" (dossier OAI p. 308). Ce n'est que dans son rapport du 2 février 2020, produit seulement avec le recours, soit postérieurement à la décision attaquée, qu'il précise que l'évolution de la situation l'oblige désormais à poser le diagnostic de schizophrénie paranoïde (F20.0) au lieu de celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis; trouble psychotique et d'allure schizophrénique (F12.5). Ainsi, seule est déterminante la question de la preuve de l'absence de consommation de cannabis. A ce sujet, on ne trouve dans le dossier médical, postérieurement à la décision du 8 février 2018, aucune preuve de suivi d'un sevrage, dont il n'est au demeurant même pas fait mention. Quant aux pièces produites le 13 novembre 2019, elles ont été établies après la décision attaquée, à l'exception de la décision de placement à des fins d'assistance qui ne parle pas de toxicomanie, et qui concerne la période

postérieure au 19 février 2020. Il ressort néanmoins du rapport du 2 septembre 2020 de E. _____, où la recourante a été suivie en juillet 2020, ainsi que de la décision du 5 août 2020 de levée du placement à des fins d'assistance, que la consommation de cannabis semble toujours présente. Par conséquent, la recourante n'a pas rendu plausible un changement de sa situation dès lors qu'elle n'établit pas l'absence de consommation de cannabis. 4. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision du 19 février 2020 confirmée. La Cour constate toutefois que, dans son rapport du 2 février 2020, produit postérieurement à la décision attaquée, le psychiatre traitant diagnostique désormais une schizophrénie paranoïde (F20.0) au lieu des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis; trouble psychotique et d'allure schizophrénique (F12.5). Or, ce changement de diagnostic entraîne une modification de la situation médicale susceptible d'influencer les droits de la recourante. De ce fait, et par souci d'économie de procédure, ce rapport médical est transmis à l'OAI comme nouvelle demande à examiner à la lumière de ce nouveau diagnostic et des diverses difficultés

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 rencontrées par la recourante, ainsi que de la nouvelle jurisprudence en matière de syndromes de dépendance. 4.1. L'assurée requiert l'octroi de l'assistance judiciaire totale (608 2020 53) pour la procédure de recours. Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence ou à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après l'art. 143 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a) et de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). 4.2. Il convient d'examiner les deux conditions permettant l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite, à savoir celle de la situation financière difficile et celle des chances de succès. S'agissant de la situation financière, Il appert que l'assurée, à l'aide sociale, ne dispose manifestement pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. Il faut par contre constater que le recours, basé uniquement sur la question de l'évolution de l'état de santé de la recourante et non sur celle de la preuve de l'absence de consommation de cannabis, était dénué de chance de succès, de telle sorte qu'il doit être admis qu'une personne raisonnable et de condition aisée aurait renoncé à s'y engager en raison des frais auxquels elle se serait ainsi exposée; La requête doit par conséquent être rejetée, l'une des conditions cumulatives posées à l'octroi de l'assistance judiciaire faisant défaut. 4.3. La procédure de recours n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 400.- et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils ne sont exceptionnellement pas perçus. Succombant, l'assurée n'a pas droit à des dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête : I. Le recours (608 2020 52) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2020 53) est rejetée. III. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de A. _____. Il est exceptionnellement

renoncé à les percevoir. IV. Il n'est pas octroyé de dépens. 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 15 décembre 2020/cso Le Président : La Greffière-rapporteure :

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