

# NE\_GERICHTE CDP.2015.16 vom 7. April 2005

NE Tribunal cantonal, 2005-04-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2015.16\\_d20050407](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2015.16_d20050407)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2015.16 du 7 avril 2005

IT: NE\_GERICHTE CDP.2015.16 del 7 aprile 2005

## Regeste

Assurance-invalidité. Nouvelle demande. Clause d'assurance.

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

### E. 2

Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé invoquées dans la demande de rente du 2 avril 2014 peuvent fonder le droit à une rente. a) Dans sa première et originaire décision du 20 avril 2007, l'OAI a retenu que l'invalidité était survenue en octobre 2002 et qu'à cette époque, le recourant ne pouvait pas se prévaloir d'au moins une année entière de cotisations de sorte qu'il ne remplissait pas les conditions d'assurance fixées à l'article

### E. 6

al. 2 LAI qui lui permettraient d'avoir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans la décision attaquée, il expose que l'atteinte à la santé invoquée dans la nouvelle demande recouvre celle constatée précédemment et qui avait du reste conduit à la reconnaissance d'une invalidité entière. Rappelant ensuite que cette atteinte à la santé avait donné lieu à un refus de prestations pour raison de clause d'assurance non remplie, il souligne en substance que rien n'a changé ni ne pouvait changer par rapport à cet élément, de telle sorte que le droit aux prestations doit être nié. b) Dans son recours, l'assuré reconnaît, en se référant à la décision du 20 avril 2007, qu'il ne pouvait pas compter une année entière de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité à l'origine de sa première demande de rente AI. Il fait cependant valoir qu'il a maintenant cotisé un nombre d'années suffisant et qu'il appartenait à l'OAI de déterminer si l'aggravation de son état de santé pouvait constituer un nouveau cas d'assurance. c) Selon la jurisprudence ( ATF 136 V 369 cons. 3.1.1; arrêt du TF du 29.04.2015 [9C\_36/2015] cons. 5.1), la force ou l'autorité de la chose jugée (formelle et matérielle) de décisions portant sur des prestations durables d'assurance sociale ■ notamment des rentes de l'assurance-invalidité ■ n'est en principe pas limitée dans le temps. Pour autant que la situation de fait ne soit plus susceptible d'évoluer au moment de la décision, cette autorité s'étend aussi bien aux conditions du droit à la prestation qu'aux facteurs qui en fixent l'étendue. Sous réserve d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPG) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPG), lesdits éléments ne peuvent pas être remis en question et réexaminés à tout moment, sauf si la loi prévoit expressément une autre réglementation (comme c'est le cas en matière de prestations complémentaires). Ces principes valent également dans le cadre d'une procédure de révision au sens de l'article 17 LPG ou de nouvelle demande. Dans un cas comme celui qui fait l'objet de la présente

procédure, où la clause d'assurance n'est pas réalisée, si l'atteinte à la santé et la capacité de travail se péjorent avec l'écoulement du temps, il n'est quand même pas possible d'octroyer une rente lorsque l'augmentation du taux d'invalidité découle d'une aggravation de l'atteinte originaire à la santé (arrêt du TF du 10.06.2009 [9C\_658/2008] cons. 3.2 et 3.3). d) En revanche, la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance ( ATF 136 V 369 cons. 3.1). La jurisprudence du Tribunal fédéral se montre stricte pour admettre l'existence d'un nouveau cas d'assurance, ainsi que cela ressort des exemples suivants. Dans une affaire neuchâteloise où une première demande de prestations motivée par des problèmes psychiatriques (personnalité borderline) avait été rejetée pour non-réalisation des conditions d'assurance (période de cotisation insuffisante) et dans laquelle une deuxième demande invoquait un eczéma des mains toxique-irritatif sans aucun lien avec l'atteinte psychiatrique, l'instance de recours cantonale avait retenu que la survenance de cette nouvelle atteinte à la santé constituait un nouveau cas d'assurance et avait renvoyé la cause à l'Office AI pour qu'il examine si les autres conditions d'assurance étaient remplies et permettaient l'octroi de prestations (arrêt de la CDP du 22.03.2013 [ CDP.2012.067 ] cons. 3). Cet arrêt cantonal a été confirmé par le Tribunal fédéral, qui a considéré que dans la mesure où il n'était pas contesté que la nouvelle demande de prestations reposait sur une affection totalement nouvelle (eczéma des mains), l'arrêt cantonal était conforme au droit fédéral en tant qu'il considérait que cet élément autorisait un nouvel examen du droit aux prestations (arrêt du TF du 20.08.2013 [9C\_294/2013] cons. 4.2). Dans une autre affaire, où une première demande de prestations motivée par la lèpre dont souffrait l'intéressé avait été rejetée pour défaut de période de cotisation suffisamment longue et dans laquelle une deuxième demande mentionnait notamment des difficultés respiratoires, des angoisses et des insomnies, le Tribunal fédéral a admis qu'il n'était pas exclu que l'aggravation de l'état de santé d'une personne qui, au moment de la survenance de l'invalidité, ne remplissait pas les conditions d'assurance, puisse constituer un nouveau cas d'assurance si elle est due à une affection totalement différente de celle ayant initialement entraîné l'invalidité (arrêt du TF du 22.12.2011 [9C\_884/2011] ). Dans cette affaire et pour ces motifs, le Tribunal fédéral avait confirmé le renvoi de la cause à l'Office AI pour complément d'instruction devant porter notamment sur les liens entre les nouvelles affections et la lèpre. Le Tribunal fédéral a par ailleurs admis l'existence d'un nouveau cas d'assurance dans une affaire où l'état de santé d'une personne paraplégique avait connu une aggravation ultérieure – sous forme d'un handicap supplémentaire des bras et des épaules sans rapport avec la paraplégie – ne lui permettant plus d'utiliser un fauteuil roulant manuel (RCC 1992, p. 382 cons. 3b et c). e) Dans le cas d'espèce, la première demande de rente reposait sur une incapacité de travail à 100 % découlant d'un trouble dépressif récurrent avec épisodes sévères, de symptômes psychotiques, d'une personnalité paranoïaque, d'abus d'alcool et de cannabis ainsi que d'un trouble de la personnalité de type borderline. La demande de rente du 2 avril 2014, faisant objet de la présente procédure, invoque des troubles de "dépression grave, psychose paranoïaque, alcoolisme et cannabis". Les six rapports ■ dont deux (rapports du 19.10.2009 et du 07.12.2009) sont antérieurs à la précédente décision de l'OAI du 7 septembre 2010 ■ déposés ultérieurement posent en substance les mêmes diagnostics que ceux qui avaient été relevés par le passé. Or, eu égard

à la jurisprudence rappelée plus haut, il paraît évident que la persistance des troubles déjà évoqués antérieurement n'est pas constitutive d'un nouveau cas d'assurance. f) Dans son recours, X. fait valoir que les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de dérivés du cannabis qui apparaissent dès 2010 dans les rapports médicaux n'avaient jamais été mentionnés par le passé. Il en conclut qu'il s'agit d'une nouvelle atteinte à sa santé constitutive d'un nouveau cas d'assurance. A tort. En effet, il est patent au regard de la jurisprudence évoquée plus haut que de tels troubles ne constituent pas une atteinte à la santé totalement différente de celle évoquée antérieurement et qui se caractérisait en particulier par un diagnostic d'abus de ces mêmes substances. Le recourant évoque aussi comme atteinte nouvelle une " suspicion de troubles schizo-affectifs ". Or, outre qu'il ne s'agit pas d'un diagnostic certain mais d'une simple suspicion, de tels troubles ne sont pas si éloignés des autres troubles déjà présents par le passé pour permettre de retenir qu'il s'agirait d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment de la première demande de prestations. En effet, les troubles schizo-affectifs impliquent la présence de symptômes affectifs, qui sont également présents dans les troubles de l'humeur, et notamment la dépression, dont souffre le recourant depuis 2001 (cf. CIM-10, descriptions de F25 ■ troubles schizo-affectifs ■ et F32 ■ épisodes dépressifs [par le renvoi de F33 ■ trouble dépressif récurrent]). Enfin, quant aux diagnostics somatiques qui ressortent des rapports déposés au dossier (syringomyélie et hypothyroïdie subclinique), et indépendamment de savoir si ces atteintes physiques sont ou non liées aux atteintes psychiques, les rapports n'indiquent pas qu'ils entraîneraient une quelconque incapacité de travail. L'intéressé ne le prétend pas dans son recours et ce n'est du reste pas pour ces motifs qu'il a été hospitalisé. g) Les considérants qui précèdent amènent à la conclusion que c'est à juste titre que l'OAI a considéré l'atteinte à la santé actuelle comme recouvrant celle déjà constatée précédemment et qu'il en a conclu, à tout le moins implicitement, à l'absence d'un nouveau cas d'assurance. Partant, la force de chose jugée sous laquelle tombent les conditions concernant la clause d'assurance empêche de remettre en cause les constatations faites à cet égard par l'OAI dans sa première et originaire décision du 20 avril 2007. 3. Il s'avère ainsi que le recours, mal fondé, doit être rejeté. Vu l'issue du litige, les frais de la procédure doivent être mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1 bis LAI) qui n'a, par ailleurs, pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario ). Le recourant sollicite l'assistance judiciaire. Etant au bénéfice de l'aide sociale, la condition de l'indigence est réalisée. Par ailleurs, la cause ne paraissait pas d'emblée dénuée de toutes chances de succès et l'assistance d'un avocat était justifiée. Dans ces circonstances, l'assistance judiciaire peut être accordée au recourant et Me E. désigné comme avocat chargé du mandat d'office.

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