

NE_GERICHTE CDP.2015.64 vom 25. April 2016

NE Tribunal cantonal, 2016-04-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2015.64

FR: NE_GERICHTE CDP.2015.64 du 25 avril 2016

IT: NE_GERICHTE CDP.2015.64 del 25 aprile 2016

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Lorsqu'un assuré dépose auprès de l'assurance-invalidité une nouvelle demande de rente faisant suite à une précédente procédure s'étant terminée par une décision de refus de rente ou par l'octroi rétroactif d'une prestation limitée dans le temps (ce qui revient à nier implicitement le droit à celle-ci pour la période subséquente, cf. arrêt du TF du 27.09.2013 [9C_435/2013] cons. 5.1), il lui appartient d'établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 133 V 263 cons. 6.1). Il en va de même lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant (art. 87 al. 2 et 3 RAI, nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'article 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 cons. 5.3.1). Il convient d'assimiler à la situation où une précédente procédure s'est terminée par une décision de refus de rente le cas où ■ comme en l'espèce ■ une précédente procédure s'est terminée par une décision de suppression d'une rente existante. Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Si l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit en examiner le fond et s'assurer que la modification établie de manière plausible par l'assuré est effectivement intervenue, tant il est vrai que l'exigence de la preuve relative au caractère plausible, nécessaire pour entrer en matière sur la nouvelle demande, est réduite par rapport à l'exigence de la vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Dans le cadre de l'examen au fond de la nouvelle demande, l'administration applique par analogie la procédure prévue en cas de révision de rente. En vertu de l'article 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité ■ et donc le droit à la rente ■ peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque cet état de santé est resté en soi le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 cons. 3.5). Dans le cadre d'une nouvelle demande, il s'agit de déterminer si ■ par analogie avec l'article 17 LPGA ■ le taux d'invalidité a subi une modification notable entre le prononcé de la précédente décision entrée en force et la décision attaquée, et ensuite d'examiner si cette modification est suffisante pour admettre un taux d'invalidité pouvant fonder le droit à une rente (ATF 133 V 108 cons. 5.2; arrêt du TF du 13.03.2015 [9C_659/2014] cons. 3). L'existence d'un tel changement se juge seulement à l'aune d'une

comparaison de deux états de faits qui se succèdent dans le temps (arrêt du TF du 09.03.2016 [9C_622/2015] cons. 3.1). En cas de recours, le même examen au fond incombe au juge. Conformément à la jurisprudence (ATF 133 V 108, 109 V 262 cons. 4a), il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de 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 conformes au droit, avec ceux intervenus depuis lors et jusqu'à l'époque de la décision litigieuse (décision sur la nouvelle demande de rente).

E. 3

avril 2012, le Dr D. a conclu en écrivant que "la situation ne s'étant pas améliorée, je ne vois pas d'arguments médicaux pour lui refuser la poursuite de cette rente". Dans ces circonstances, on constate que l'intimé n'a pas procédé à l'époque à l'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, ce qui aurait été nécessaire pour accorder à la décision du 5 novembre 2012 la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du TF du 20.11.2015 [9C_329/2015] cons. 5.1, et du 11.11.2011 [9C_198/2011] cons. 4.2). Il sied de relever que la décision de suppression de rente du 5 novembre 2012 a été motivée non pas par une évolution dans l'état de santé de l'assurée mais par une nouvelle appréciation de la situation qui avait conduit à l'octroi d'une demi-rente, nouvelle appréciation qui trouvait son fondement légal dans les dispositions finales de la 6^{ème} révision de l'AI.

b) L'examen du dossier fait apparaître que le plus récent prononcé pouvant remplir les conditions jurisprudentielles pour servir de point de départ temporel à une comparaison de l'état de faits est la communication du 14 avril 2008 par laquelle l'OAI avait maintenu inchangée la demi-rente d'invalidité, après révision. Dans le cadre de la procédure ayant abouti à cette communication, l'OAI avait non seulement recueilli l'avis du médecin généraliste traitant, le Dr A. (rapport médical du 11.11.2005) et obtenu d'autres rapports médicaux (Dr H., 08.06.2004; département de médecine de l'Hôpital des Cadolles, 03.08.2004; Dr I., 25.10.2004; Dr J., 20.10.2005) mais avait aussi confié un examen clinique rhumatologique et psychiatrique aux médecins du SMR (rapport médical du 20.04.2007). C'est donc avec la situation à cette date du 14 avril 2008 que doit être comparée la situation de l'assurée au moment de la décision attaquée.

5.a) Le rapport du 20 avril 2007 du SMR, faisant suite à un examen de l'assurée du 16 avril 2007 et établi dans le cadre de la procédure de révision ayant mené à la confirmation de la demi-rente d'invalidité (communication du 14.04.2008), a posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie et précise qu'il n'y "aucun diagnostic psychiatrique". Il a souligné que "(n)otre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, d'attaque de panique, de trouble de la personnalité morbide () Sur la base d'un examen clinique psychiatrique dans les limites de la norme, notre assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité adaptée à sa pathologie somatique."

b) Dans ses rapports médicaux (31.03.2014, 01.10.2014 et 28.11.2014) déposés à l'appui de la nouvelle demande, le Dr E. a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F33.1) et de troubles mixtes de la personnalité (CIM-10 F61.0)

paranoïaque et anankastique. Elle a relevé que sa patiente "a une sensibilité excessive aux échecs avec une tendance à être rancunière, un caractère soupçonneux, un sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes, ce qui est en faveur d'un trouble de la personnalité paranoïaque". En outre, sa patiente est "minutieuse, méticuleuse, perfectionniste et donne beaucoup d'importance aux détails", ce qui est en faveur d'un trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive (anankastique). Le médecin a aussi fait état d'une rechute dépressive sévère de l'assurée suite à son licenciement avec effet immédiat le 18 novembre 2013, ayant entraîné une incapacité de travail totale du 1er décembre 2013 au 31 mars 2014. Son état dépressif s'étant légèrement amélioré, elle est en mesure de travailler à 50 % depuis le 1er avril 2014. Elle ne peut pas travailler à un taux supérieur, compte tenu qu'elle est fragile et vulnérable au stress avec situation chronicisée, et qu'elle se sent vite démunie et désespérée face à ses problèmes psychiques, physiques et aux événements extérieurs. Le Dr E. a précisé que l'état de santé actuel de l'assurée était comparable à l'état lors du début de son suivi (18.09.2012) et que l'évolution de son état de santé était stationnaire. Le Dr F. (rapport médical du 01.11.2014) a diagnostiqué une dépression chronique existant depuis 2012.

c) Il ressort de la comparaison entre ces deux états de faits que, contrairement à l'appréciation de l'OAI qui se fonde sur l'état de la situation à un moment non pertinent, il y a eu un changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité entre les moments déterminants (communication du 14.04.2008 et décision du 13.02.2015). Il convient encore d'examiner si ce changement de circonstances a effectivement abouti à une situation pouvant justifier un taux d'invalidité susceptible d'entraîner l'octroi de prestations de l'AI. A ce propos, le Dr E. aboutit à la conclusion que l'état psychique de l'assurée entraîne une incapacité de travail de 50 % tandis que le SMR (avis du 05.12.2014) exprime l'opinion selon laquelle "les indications du psychiatre traitant et les observations en mesures permettent d'écarter un caractère incapacitant durable des troubles psychiques rapportés, l'assurée ayant gardé un esprit combatif pour défendre ses intérêts malgré la présence d'une symptomatologie dépressive (), et une activité professionnelle restant envisageable selon les intervenants en mesure."

Ces deux appréciations divergentes émanant l'une du psychiatre traitant et l'autre du SMR ne permettent pas à la Cour de céans de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En l'état du dossier, aucune de ces deux déterminations ne permet de répondre de manière satisfaisante aux considérations émises dans l'autre et d'entraîner l'adhésion de la Cour de céans. Il s'avère ainsi nécessaire de renvoyer la cause à l'intimé pour un complément d'instruction sur l'état de santé actuel de la recourante, en particulier d'un point de vue psychique, et ses implications du point de vue de l'incapacité de travail, de gain et l'invalidité (art. 6 à 8 LPGA).

6. Les considérants qui précèdent amènent à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

7. Vu l'issue du litige, les frais de la cause seront mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI), ce qui rend sans objet la demande d'assistance judiciaire limitée aux frais. L'intimé versera en outre une indemnité de dépens à la recourante déterminée d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Son mandataire n'ayant pas, à ce jour, déposé un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 66 al. 1 et 2 TFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée par ce mandataire

devant la Cour de céans peut être évaluée à quelque 6 heures. Eu égard au tarif horaire de 250 francs usuellement appliqué par la Cour de céans, des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 65 TFrais) et de la TVA au taux de 8 %, l'indemnité de dépens doit être fixée à 1'782 francs tout compris.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours, annule la décision attaquée et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
2. Met à la charge de l'intimé un émolument de décision de 400 francs et les débours par 40 francs.
3. Dit que la demande d'assistance judiciaire limitée aux frais de la procédure est sans objet.
4. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de 1'782 francs à la charge de l'intimé.

Neuchâtel, le 25 avril 2016

1 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.

2 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.

E. 4

a) Dans la décision attaquée, l'OAI prend comme point de départ temporel, pour l'examen d'une éventuelle modification du taux d'invalidité, la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision de suppression de rente du 5 novembre 2012. Il s'agit d'examiner la pertinence de ce choix, qui est critiqué par la recourante. Le dossier fait ressortir que dans le cadre de la procédure de révision d'office ■ ouverte en février 2012 ■ ayant mené à cette décision, l'OAI a recueilli uniquement l'avis du médecin traitant généraliste. Dans son rapport médical du 3 avril 2012, le Dr D. a conclu en écrivant que "la situation ne s'étant pas améliorée, je ne vois pas d'arguments médicaux pour lui refuser la poursuite de cette rente". Dans ces circonstances, on constate que l'intimé n'a pas procédé à l'époque à l'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, ce qui aurait été nécessaire pour accorder à la décision du 5 novembre 2012 la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du TF du 20.11.2015 [9C_329/2015] cons. 5.1, et du 11.11.2011 [9C_198/2011] cons. 4.2). Il sied de relever que la décision de suppression de rente du 5 novembre 2012 a été motivée non pas par une évolution dans l'état de santé de l'assurée mais par une nouvelle appréciation de la situation qui avait conduit à l'octroi d'une demi-rente, nouvelle appréciation qui trouvait son fondement légal dans les dispositions finales de la 6^e révision de l'AI. b) L'examen du dossier fait apparaître que le plus récent prononcé pouvant remplir les conditions jurisprudentielles pour servir de point de départ temporel à une comparaison de l'état de faits est la communication du 14 avril 2008 par laquelle l'OAI avait maintenu inchangée la demi-rente d'invalidité, après révision. Dans le cadre de la procédure ayant abouti à cette communication, l'OAI avait non seulement recueilli l'avis du médecin généraliste traitant, le Dr A. (rapport médical du 11.11.2005) et obtenu d'autres rapports médicaux (Dr H., 08.06.2004; département de médecine de

l'Hôpital des Cadolles, 03.08.2004; Dr I., 25.10.2004; Dr J., 20.10.2005) mais avait aussi confié un examen clinique rhumatologique et psychiatrique aux médecins du SMR (rapport médical du 20.04.2007). C'est donc avec la situation à cette date du 14 avril 2008 que doit être comparée la situation de l'assurée au moment de la décision attaquée.

E. 5

a) Le rapport du 20 avril 2007 du SMR, faisant suite à un examen de l'assurée du 16 avril 2007 et établi dans le cadre de la procédure de révision ayant mené à la confirmation de la demi-rente d'invalidité (communication du 14.04.2008), a posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie et précise qu'il n'y "aucun diagnostic psychiatrique". Il a souligné que "(n)otre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, d'attaque de panique, de trouble de la personnalité morbide (...). Sur la base d'un examen clinique psychiatrique dans les limites de la norme, notre assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité adaptée à sa pathologie somatique." b) Dans ses rapports médicaux (31.03.2014, 01.10.2014 et 28.11.2014) déposés à l'appui de la nouvelle demande, le Dr E. a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F33.1) et de troubles mixtes de la personnalité (CIM-10 F61.0) paranoïaque et anankastique. Elle a relevé que sa patiente "a une sensibilité excessive aux échecs avec une tendance à être rancunière, un caractère soupçonneux, un sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes, ce qui est en faveur d'un trouble de la personnalité paranoïaque". En outre, sa patiente est "minutieuse, méticuleuse, perfectionniste et donne beaucoup d'importance aux détails", ce qui est en faveur d'un trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive (anankastique). Le médecin a aussi fait état d'une rechute dépressive sévère de l'assurée suite à son licenciement avec effet immédiat le 18 novembre 2013, ayant entraîné une incapacité de travail totale du 1^{er} décembre 2013 au 31 mars 2014. Son état dépressif s'étant légèrement amélioré, elle est en mesure de travailler à 50 % depuis le 1^{er} avril 2014. Elle ne peut pas travailler à un taux supérieur, compte tenu qu'elle est fragile et vulnérable au stress avec situation chronicisée, et qu'elle se sent vite démunie et désespérée face à ses problèmes psychiques, physiques et aux événements extérieurs. Le Dr E. a précisé que l'état de santé actuel de l'assurée était comparable à l'état lors du début de son suivi (18.09.2012) et que l'évolution de son état de santé était stationnaire. Le Dr F. (rapport médical du 01.11.2014) a diagnostiqué une dépression chronique existant depuis 2012. c) Il ressort de la comparaison entre ces deux états de faits que, contrairement à l'appréciation de l'OAI qui se fonde sur l'état de la situation à un moment non pertinent, il y a eu un changement notable des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité entre les moments déterminants (communication du 14.04.2008 et décision du 13.02.2015). Il convient encore d'examiner si ce changement de circonstances a effectivement abouti à une situation pouvant justifier un taux d'invalidité susceptible d'entraîner l'octroi de prestations de l'AI. A ce propos, le Dr E. aboutit à la conclusion que l'état psychique de l'assurée entraîne une incapacité de travail de 50 % tandis que le SMR (avis du 05.12.2014) exprime l'opinion selon laquelle "les indications du psychiatre traitant et les observations en mesures permettent d'écarter un caractère incapacitant durable des troubles psychiques rapportés, l'assurée ayant gardé un esprit combatif pour défendre ses intérêts malgré la présence d'une symptomatologie dépressive (...), et une activité professionnelle restant envisageable selon les intervenants en mesure." Ces deux appréciations divergentes émanant l'une du psychiatre traitant et l'autre du SMR ne permettent pas à la Cour de céans de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. En l'état du dossier, aucune de ces deux déterminations ne permet de répondre de manière satisfaisante aux considérations émises dans l'autre et d'entraîner l'adhésion de la Cour de céans. Il s'avère ainsi nécessaire de renvoyer la cause à l'intimé pour un complément d'instruction sur l'état de santé actuel de la recourante, en particulier d'un point de vue psychique, et ses implications du point de vue de l'incapacité de travail, de gain et l'invalidité (art. 6 à 8 LPGa).

E. 6

Les considérants qui précèdent amènent à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 7

Vu l'issue du litige, les frais de la cause seront mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI), ce qui rend sans objet la demande d'assistance judiciaire limitée aux frais. L'intimé versera en outre une indemnité de dépens à la recourante déterminée d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGa). Son mandataire n'ayant pas, à ce jour, déposé un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 66 al. 1 et 2 T Frais). Tout bien considéré, l'activité déployée par ce mandataire devant la Cour de céans peut être évaluée à quelque 6 heures. Eu égard au tarif horaire de 250 francs usuellement appliqué par la Cour de céans, des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 65 TFrais) et de la TVA au taux de 8 %, l'indemnité de dépens doit être fixée à 1'782 francs tout compris.

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