

FR_GERICHTE 605 2017 123 vom 6. November 2017

FR Kantonsgericht, 2017-11-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_123

FR: FR_GERICHTE 605 2017 123 du 6 novembre 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2017 123 del 6 novembre 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 31

juillet 2009. Le recours a été rejeté pour le surplus. Dans un arrêt du 2 novembre 2015 (cause 8C_410/2014), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté devant lui par l'assuré. B. Le 16 novembre 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations devant l'OAI, complétée le 12 janvier 2016, alléguant que son état de santé s'était aggravé au point qu'il ne pouvait plus ni trouver un travail, ni percevoir de prestations de l'assurance-chômage. Par décision du 1er mars 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande. Cette décision n'a pas été contestée. C. Le 26 septembre 2016, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, y joignant divers certificats médicaux. Par décision du 14 décembre 2016, l'OAI a, une nouvelle fois, refusé d'entrer en matière. D. Le 6 janvier 2017, l'assuré a fait parvenir une attestation de son médecin traitant. Par projet de décision du 20 février 2017, l'OAI a indiqué refuser d'entrer en matière sur cette quatrième demande, l'assuré n'ayant pas rendu plausible que son état de santé s'était aggravé. Le 28 mars 2017, l'assuré s'est opposé à ce projet, joignant à ses objections divers rapports médicaux de ses médecins. Par décision du 14 décembre 2016, après avoir invité son Service Médical Régional (ci-après: SMR) à se prononcer, l'OAI a confirmé son projet.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 E. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me André Clerc, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 29 mai 2017 concluant, principalement, à la mise sur pied d'une expertise et, subsidiairement, au renvoi à l'OAI pour nouvelle décision. A l'appui de son recours, il conteste l'appréciation faite par l'OAI de son état de santé, affirmant que celle-ci ne prend en compte qu'une atteinte au genou, sans tenir compte de l'effet cumulé des atteintes rhumatologiques et psychologiques. A cet égard, il estime que seule une expertise pluridisciplinaire est à même de procéder à une évaluation globale de son état de santé et de sa capacité de travail. Le 15 juin 2017, le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 21 août 2017, l'OAI propose le rejet du recours. Il n'a pas été procédé à un autre échange d'écritures. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaqué et dûment représenté, le recours est recevable. 2. a) Conformément à l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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 ou

du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. 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). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est dès lors 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). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 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, 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. 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). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une 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), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20; arrêt TF 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et les références citées); il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. Selon la jurisprudence, le fait pour l'OAI de prendre conseil auprès du SMR au sujet des pièces produites ne constitue pas une mesure d'instruction médicale. On ne peut en déduire que l'office est implicitement entré en matière sur la nouvelle demande déposée par un assuré (cf. arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3.2). 3. En l'espèce, et comme rappelé ci-dessus, dans le cadre d'un recours déposé à l'encontre d'une décision de non entrée en matière, l'Instance de céans se borne à vérifier si l'assuré a rendu plausible l'aggravation de son état de santé. a) La décision du 4 décembre 2012 avait été confirmée pour l'essentiel par la Cour de céans dans son arrêt du 29 septembre 2014 (cause 605 2013 465) et par le Tribunal fédéral dans son arrêt du 2 novembre 2015 (cause 8C_410/2014). A ce stade, il convient de rappeler au recourant que les griefs qu'il porte à l'encontre des pièces médicales antérieures à la décision du 4 décembre 2012, notamment l'expertise bidisciplinaire des Drs C._____ et D._____, ont d'ores et déjà été examinés par la Cour de céans et par le Tribunal fédéral dans les arrêts

précités. Ces arguments sont forclos. b) Cela étant, à l'époque, la Cour de céans avait en particulier retenu que l'expertise bidisciplinaire des Drs C. _____ et D. _____ était entièrement convaincante. On le rappelle, l'expert-psychiatre considérait que le recourant ne souffrait d'aucune maladie psychique invalidante, la capacité de travail étant de 100%, tant dans l'activité habituelle que dans une autre activité. Pour sa part, l'expert-rhumatologue estimait que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% sans diminution de rendement. Tous deux retenaient les limitations fonctionnelles suivantes: les mouvements répétitifs en porte-à-faux, avec long bras de levier, les mouvements d'antéversion répétitifs, les mouvements de genuflexion, les ports de charges de 10- 15 kg, ainsi que la marche en terrain accidenté (dossier OAI, p. 314, 345, 368 et 385). En revanche, la Cour n'avait pas été convaincue par les avis des médecins du recourant et, en particulier, le Dr E. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et le Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 4. Aujourd'hui, le recourant se prévaut de multiples avis médicaux différents qui, à ses dires, attestent ou, à tout le moins, rendent plausible la péjoration de son état de santé. A l'appui de sa nouvelle demande, il a produit des rapports médicaux des Drs G. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, en médecine interne générale et en médecine physique et réadaptation, E. _____ et F. _____. a) Dans son rapport du 24 novembre 2016, la Dresse G. _____ soutient que l'état de santé de son patient s'est péjorée depuis mai 2015, renvoyant à une péjoration progressive des troubles dégénératifs de la colonne vertébrale et des genoux. Elle est d'avis qu'il n'est désormais plus qu'en mesure d'exercer une activité adaptée avec une capacité de travail de 40%, demandant une nouvelle évaluation du droit à la rente (dossier OAI, p. 52, cf. ég p. 111). Invité à se prononcer à son sujet, le Dr H. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, considère que ce rapport ne rend pas plausible une aggravation objective de l'état de santé. En particulier, il souligne que la doctoresse ne décrit pas les limitations fonctionnelles, alors même que les troubles sont déjà anciens, de sorte que rien ne laisse présumer qu'elles aient évolué depuis 2014 (dossier OAI, p. 67). Cet avis peut être suivi. On peut au demeurant constater que le prédécesseur de la Dresse G. _____, le Dr I. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, citait déjà ces diagnostics de syndrome lombo-vertébral chronique et de gonarthrose du genou droit. A l'époque, il estimait que la capacité de travail de son patient était entre 30% et 50% dans une activité adaptée (rapports du 23 avril 2009 et du 3 décembre 2010, dossier OAI, p. 453 et 629; cf. ég. p. 399). Ainsi, en retenant une capacité de travail de 40%, la Dresse G. _____ a une évaluation proche – pour ne pas dire identique – de celle de son prédécesseur. Cela ne rend en aucun cas plausible l'existence d'une péjoration de l'état de santé. b) Pour sa part, le Dr E. _____ affirme que, depuis mai 2009, "l'évolution s'est péjorée avec, outre des douleurs du compartiment interne, des douleurs fémoro-rotuliennes" qui ont justifiées une intervention en octobre 2014 "avec une évolution tout d'abord favorable, puis par la suite la situation se péjore". Il estime que "le cas [...] s'est péjoré par rapport à la dernière expertise médicale, avec apparition de douleurs nocturnes et des douleurs au moindre effort". Selon lui, dans sa dernière activité de maçon, la capacité de travail est nulle (rapport du 10 février 2016, dossier OAI, p. 51). Comme la Cour l'avait relevé dans son arrêt du 29 septembre 2014, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de maçon. Or, le médecin ne s'exprime (toujours) pas sur la problématique de la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée, sans port de charge et avec alternance des positions. L'avis du Dr E. _____ ne saurait ainsi permettre de constater

l'existence ou l'absence d'une modification de l'état de santé du recourant susceptible d'influencer le droit à la rente. Cela étant, interrogé sur l'opinion de l'orthopédiste, le Dr H._____ ne s'est pas déclaré convaincu. Au contraire, il relève que l'argumentation de l'orthopédiste est presque exclusivement

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 centrée sur les douleurs, lesquelles ne sont pourtant pas des critères pertinents. Il relève en outre que l'orthopédiste ne fait pas mention d'"arguments médicaux en faveur d'une aggravation sur le plan objectif", "n'atteste aucune nouvelle atteinte" et ne cite "pas de limitations fonctionnelles" (dossier OAI, p. 114). A nouveau, il s'agit de critiques auxquelles la Cour de céans peut donner entièrement suite. L'avis du Dr E._____ ne rend pas plausible la péjoration de l'état de santé. c) Quant au Dr F._____, rapport du 7 mars 2017, il se réfère à son "rapport du 17.02.2012" et "confirme que l'état de santé du patient ne s'est guère amélioré, au contraire, présentant des difficultés psychologiques en relation avec des troubles somatiques observés et attestés par les spécialistes persistent et aggravent l'état de santé d'une façon globale" (dossier OAI, p. 53). La Cour de céans n'avait déjà pas été convaincue par l'avis du psychiatre dans son arrêt du 29 septembre 2014. Elle avait alors notamment relevé que "le psychiatre n'affirme à aucun moment la présence d'un diagnostic psychique invalidant mais renvoie à des troubles somatiques" et que "la seule influence des troubles somatiques sur l'état psychique du recourant ne suffit pas à changer cet état de fait". Elle avait aussi souligné que les rapports du psychiatre étaient "excessivement sommaires et insuffisamment précis". Ces considérations peuvent être reprises ici. L'avis du psychiatre ne permet pas de rendre plausible une quelconque évolution dans l'état psychique de son patient. d) L'on signale enfin que, depuis le 1er septembre 2012, le recourant touche une rente d'invalidité de l'assurance-accidents fondée sur un taux de 35%. Quand bien même l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation faite dans le cadre de cette dernière procédure, il ressort de la décision sur opposition du 27 décembre 2016 de la SUVA, non contestée, que celle-ci n'a également relevé aucune péjoration de l'état de santé. Se fondant sur un bilan effectué le 14 décembre 2016 par son médecin d'arrondissement, la Dresse J._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, la SUVA observe que "la situation est comparable à la situation décrite dans l'appréciation médicale du 9 décembre 2011" et que "l'exigibilité fixée en 2011 sur la base des séquelles accidentelles causales restent d'actualité" (bordereau recours, pièce 3). Faisant état d'une situation identique entre 2011 et 2016, cette décision ne rend pas plausible la présence d'une aggravation de l'état de santé. e) Partant, le recourant n'a pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée n'est pas entrée en matière sur cette nouvelle demande. A ce stade, on rappelle que le nombre de médecins consultés et de rapports médicaux produits en procédure ne saurait influencer le droit à la rente. Or, en l'occurrence, l'incapacité de travail du recourant apparaît être, de manière non négligeable, dictée par des facteurs extra-médicaux. Dans

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 son rapport d'expertise du 17 mars 2011, le Dr C._____ soulignait ainsi déjà l'existence d'une "conviction d'une invalidité de longue durée" (dossier OAI, p. 368). Ces facteurs le conduisent à adopter une approche revendicatrice vis-à-vis de l'assurance-invalidité et à multiplier les demandes de prestations sur de courts laps de temps (trois nouvelles demandes depuis 2015). Les facteurs extra-médicaux ne sont pas des motifs justifiant de reconnaître une diminution de la capacité de travail exigible au sens de l'assurance-invalidité. 5. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours (605 2017 123) doit être rejeté et la décision attaquée

confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée, le solde de CHF 400.- lui étant restitué. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée, le solde de CHF 400.- lui étant restitué. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. 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 6 novembre 2017/pte Président Greffier

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