

FR_GERICHTE 605 2020 152 vom 5. März 2021

FR Kantonsgericht, 2021-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_152

FR: FR_GERICHTE 605 2020 152 du 5 mars 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 152 del 5 marzo 2021

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. C. Le 16 novembre 2015, l'assuré a déposé une deuxième 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 n'est pas entré en matière sur cette nouvelle demande. D. Le 26 septembre 2016, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en y joignant divers certificats médicaux. Par décision du 14 décembre 2016, l'OAI a, une nouvelle fois, refusé d'entrer en matière. E. Le 6 janvier 2017, l'assuré a fait parvenir une attestation de son médecin traitant, que l'OAI a indiqué traiter comme une nouvelle demande. Par décision du 14 décembre 2016, l'OAI n'est pas entré en matière sur celle-ci.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 Par arrêts du 6 novembre 2017 (605 2017 123) et du 22 juin 2018 (8C_880/2017) le Tribunal cantonal et le Tribunal fédéral ont confirmé cette décision et rejeté les recours interjetés par l'assuré. F. Le 4 février 2020, l'assuré a encore déposé une nouvelle demande de prestations, sans toutefois détailler la nature de son atteinte à la santé. L'OAI a demandé l'avis de Service médical régional (ci-après: SMR). Puis, par décision du 15 juin 2020, reprenant un projet du 27 mars 2020, l'OAI n'est pas entré en matière sur cette nouvelle demande, l'assuré n'ayant pas rendu plausible que son état de santé s'était aggravé. G. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me André Clerc, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 17 août 2020 concluant, en substance, au renvoi à l'OAI pour mise sur pied de mesures d'instruction et nouvelle décision. A l'appui de son recours, il se prévaut d'un rapport de son médecin qui n'aurait pas été pris en compte par l'OAI car envoyé avant que la nouvelle demande n'ait été déposé. Selon lui, s'il ne souffre effectivement d'aucune nouvelle atteinte, son état s'est considérablement aggravé depuis 2012. Il affirme que ses pathologies s'étendent au point de le limiter de plus en plus sur le plan fonctionnel, ce que confirmerait la lecture des rapports de ses médecins traitants. Le 4 septembre 2020, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 400.- requise. Dans ses observations du 7 octobre 2020, l'OAI propose le rejet du recours. Il précise notamment avoir pris en compte l'ensemble des pièces au dossier, y compris les rapports déposés avant la nouvelle demande. Il estime également que la situation n'a pas changé et que les médecins traitants continuent de contester l'exigibilité arrêtée précédemment. 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 auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable à la forme. En outre, le recourant, dûment représenté, est directement atteint par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, il y a lieu d'entrer en matière sur les mérites du recours. 2. 2.1. Conformément à l'art. 87 al. 2 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 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. L'al. 3 prescrit que, 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). 2.2. 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 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). Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, 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). 2.3. Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA) ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI. L'administration peut appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – lequel 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, ce à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 protection de la bonne foi. Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations 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 (cf. arrêt TF 9C_789/2012 précité consid. 2.2 et les réf.). 2.4. 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, non d'après celui existant au temps du jugement (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêts TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2; I 896/05 du 23 mai 2006 consid. 1). Des rapports médicaux produits après qu'a été rendue la décision attaquée sont dès lors, dans le cadre d'une procédure de nouvelle demande, en principe sans pertinence pour l'examen par le juge, ce même si, en soi, ils auraient pu influencer l'appréciation faite au moment déterminant où a été rendue la décision de l'office (cf. ATF 130 V 64 consid. 5; arrêt TF I 896/05 précité consid. 3.4.1). C'est donc à l'assuré qu'il incombe d'amener les éléments susceptibles de rendre plausible la notable aggravation de son état de santé, et dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a à prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAI (cf. arrêt TF 9C_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 3. Il convient donc d'examiner si c'est à juste titre que l'OAI n'est pas entré en matière sur la dernière « nouvelle » demande du 4 février 2020. 3.1. Il est, dans ce contexte, essentiel de rappeler les motifs l'ayant conduit à rejeter la demande initiale de prestations par décision du 4 décembre 2012 (dossier OAI, p. 729). Celle-ci 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 l'époque, la Cour de céans s'était référée aux conclusions des deux experts mandatés par l'OAI, le Dr C._____ et le Dr D._____. Le premier estimait que l'assuré était limité dans l'exercice de son ancienne activité. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% sans diminution de rendement. Cette activité devait éviter les mouvements répétitifs en porte-à-faux, avec long bras de levier, ainsi que les mouvements d'antéversion répétitifs et de genuflexion. Elle devait également empêcher les ports de charges de 10 à 15 kg ainsi que la marche en terrain accidenté (dossier OAI, p. 632). Pour sa part, le second expert 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 (dossier OAI, p. 652). A l'époque, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, à Fribourg, attestait d'une incapacité de travail de 50 à 60% dans l'activité antérieure, sans pouvoir cependant apprécier la capacité de travail dans une profession adaptée, sans port de charge et avec alternance des positions (rapports du 9 novembre 2009,

dossier OAI, p. 467; cf. ég. p. 158, 470, 490, 509, 515, 520, 579, 611). Pour sa part, le Dr F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 et en rhumatologie, estimait que la capacité de travail de son patient était entre 30% et 50% dans une activité adaptée (rapports du 25 avril 2009 et du 3 décembre 2010, dossier OAI, p. 390 et 567). 3.2. Compte tenu de cette précédente appréciation, reste à examiner si le recourant a rendu plausible l'aggravation de son état de santé par les nouveaux avis médicaux qu'il a produits devant l'autorité intimée. Le recourant renvoie d'abord à l'avis de la Dre G. _____, spécialiste en rhumatologie, en médecine interne générale et en médecine physique et réadaptation. Dans un rapport du 30 août 2019, la docteure retient les diagnostics "syndrome lombo-spondylogène chronique avec canal lombaire étroit sur atteinte dégénérative et protrusion discale L4-5 et L5-S1", une gonarthrose droite et des cervicobrachialgies droites. Elle précise que "dass sich der Gesundheitszustand von [l'assuré] seit dem letzten IV-Entscheid von 2016 weiter verschlechtert hat. Das aktuelle MRI der LWS zeigte im Vergleich zum MRI von 2006 eine Zunahme der Diskopathien auf Höhe L4-5 und L5-S1 sowie eine Ausweitung des engen Spinalkanals, jetzt L3-4 und L4-5. Zudem besteht eine Cervikobrachialgie re bei im MRI von 10/17 nachgewiesenem engen Spinalkanal mit Foraminalstenosen bds. auf mehreren Etagen. Auch habe sich der Zustand des Kniegelenks re verschlechtert". Sur cette base, elle estime que la capacité de travail de son patient est d'environ 20-30%, compte tenu d'une baisse de rendement du même ordre (dossier OAI, p. 1093). Le recourant se prévaut également d'un rapport du Dr E. _____, lequel retient les diagnostics de "syndrome lombo vertébral chronique avec canal lombaire étroit sur arthrose multi étagée et protrusion discale", de gonarthrose droite et de "cervico brachialgies droites". Le médecin souligne que son patient est fortement limité, ne pouvant ni rester assis plus de 20 minutes ni rester debout plus de 5 à 7 minutes. Il atteste ainsi d'une incapacité de travail dans une activité de maçon (rapports du 24 mars 2020, dossier OAI, p. 1107). Si l'orthopédiste ne traite pas expressément la question de l'exercice d'une activité adaptée dans ce rapport, il apparaît que tel a été le cas dans un rapport produit dans le cadre des objections. Il y atteste d'une capacité de travail de 40% depuis janvier 2018 dans une activité légère et permettant l'alternance des positions. Dite activité doit par ailleurs limiter les charges à 5-10 kg, éviter les mouvements répétitifs, éviter les bas élevés, limiter les positions penchées (rapport du 23 janvier 2018, dossier OAI, p. 1119). Enfin le recourant produit un rapport du Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale, daté du 9 décembre 2019. Ce médecin retient les diagnostics de "syndrome lombo-vertébral chronique avec canal spinal étroit sur arthrose multi-étagée et protrusion discale L4-L5 et L5—S1", de "cervicobrachialgie droite" et de gonarthrose droite. Il indique que son patient est limité dans les activités en position assise de plus de 20 minutes et debout de plus 10 minutes, les distances de plus de 200 mètres à parcourir ainsi que les activités nécessitant de la mobilité cervicale. Selon lui, la capacité de travail de son patient est limitée à 30% avec une diminution de rendement de 25%. Il affirme au demeurant que, "entre les deux IRM de 2016 et 2019, il y a clairement une aggravation de la pathologie du canal lombaire étroit et de son étendue" (dossier OAI, p. 1080). Ces différents médecins ne font pas état de nouveaux diagnostics. En revanche, ils soulignent expressément que l'état de santé de leur patient s'est aggravé depuis 2016, à savoir le dernier refus d'entrer en matière de l'OAI. De même, il apparaît qu'ils attestent d'une capacité de travail globalement diminuée en rapport à leur précédente appréciation, la Dre G. _____ attestant par

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 exemple auparavant d'une capacité de travail entre 50% et 75% (dossier OAI, p. 919; cf. ég. p. 1039). Dans ces différents rapports, dont deux sont émis par des spécialistes en orthopédie ou en rhumatologie, l'existence d'une aggravation de la situation a donc été rendue plausible. 3.3. Pour s'y opposer, l'OAI se prévaut d'abord de l'avis du Dr I. _____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR. Dans son rapport du 19 février 2020, ce médecin estime que l'assuré n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé, indiquant ce qui suit: "Les derniers rapports médicaux n'attestent que les atteintes à la santé connues de longue date. L'incapacité de travail comme maçon, attestée par les médecins traitants, est admise par l'AI de longue date" (dossier OAI, p. 1100). Dans un rapport du 10 juin 2020, il précise que l'avis du Dr E. _____ "n'atteste rien de nouveau sur le plan médical objectif" (dossier OAI, p. 1127). Dans ses observations du 7 octobre 2020, l'OAI soutient en outre ce qui suit: "si l'Office devait ré- instruire ce type de dossier dans lesquels les assurés font état de douleurs aggravés auprès de leurs médecins traitants qui [on] le rappelle sont enclins à se baser sur les seuls plaintes subjectives de leurs patients pour arrêter des incapacités de travail, sans que ces derniers médecins n'attestent de modifications objectives sur le plan médical, les dispositions légales [relatives à l'entrée en matière] seraient vidées de leur sens (cf. allant dans ce sens ATC-FR 608 2018 202 du 23 janvier 2019 consid. 4.3)". L'on peut comprendre les difficultés de l'OAI face à un assuré dont il s'agit de la énième demande de prestation déposée depuis novembre 2015. Néanmoins, force est de constater que l'argumentation présentée pour nier toute plausibilité aux changements allégués depuis le 4 décembre 2012 apparaît faible au regard des rapports concordants du Dr E. _____, du Dr H. _____ et de la Dre G. _____. Ainsi, le seul fait que les atteintes soient "déjà connues de longue date" ne saurait suffire pour nier une évolution de leur impact sur la capacité de travail de l'assuré. En outre, le fait que des médecins traitants se prononcent dans un cas concret n'a pas pour corollaire systématique qu'ils "sont enclins à se baser sur les seuls plaintes subjectives de leurs patients". L'essentiel est le contenu du document et non son origine (cf. arrêt TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3). Au demeurant, l'on constate que la jurisprudence dont se prévaut l'OAI (arrêt TC 608 2018 202 du 23 janvier 2019 consid. 4.3) ne va pas dans son sens. Il apparaît essentiel de rappeler que la procédure de la non-entrée en matière vise à éviter que l'administration ait à traiter sans cesse des demandes de prestations identiques et non justifiées en détail, c'est-à-dire ne présentant pas de changement dans les faits (cf. ATF 109 V 264 consid. 3). Tel n'est pas le cas en l'espèce à lire les différents rapports médicaux, lesquels attestent expressément, de manière argumentée et détaillée, de l'aggravation de la situation. Ainsi, même si les doutes soulevés par le médecin du SMR étaient fondés, l'OAI ne pouvait dans ce cas pas se contenter de l'avis de son médecin-conseil pour rendre une décision de non-entrée en matière. Au contraire aurait-il dû, en pareilles circonstances, requérir un avis médical autorisé. 3.4. Au vu de ce qui précède, la Cour ne peut pas confirmer le refus d'entrer en matière, l'aggravation de l'état de santé de l'assurée ayant été rendu plausible.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 4. 4.1. Le recours doit être admis, la décision de l'OAI annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande déposée par son assuré. 4.2. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. Le recourant se voit remboursé l'avance de frais de CHF 400.- versée. 4.3. Obtenant gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie. Le 22 décembre 2020, son mandataire a produit sa liste de frais. Celle-ci se monte à CHF 4'377.25, à savoir CHF 3'916.80 au titre d'honoraires (15.40 heures à CHF 250.-), CHF 147.50 au titre de débours et CHF 312.95 au

titre de la TVA (7.7%). Toutefois, la liste de frais produite n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12). En effet, elle mentionne des opérations antérieures à la décision litigieuse et qui n'ont, dès lors, pas à être prises en compte dans le cadre de la procédure de recours. Elle inclut en outre un tarif des photocopies qui ne correspond pas aux exigences du tarif cantonal, lequel les fixe à CHF 0.40 (cf. art. 9 al. 2 Tarif JA). Elle fait encore état de frais d'ouverture du dossier de CHF 50.- lesquels ne sauraient être admis. Dans ces circonstances, la Cour s'écarte des opérations qui y figurent et fixe l'indemnité d'office, selon sa libre appréciation (cf. art. 11 Tarif JA). Compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 du Tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12), l'indemnité de partie est fixée ex aequo et bono à un montant total de CHF 2'746.35, à savoir à CHF 2'500.- au titre d'honoraires (10 heures à CHF 250.-), CHF 50.- au titre de frais et CHF 196.35 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision du 15 juin 2020 est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande déposée par son assuré. II. Les frais de justice, de CHF 400.- sont mis à la charge de l'autorité intimée. III. L'avance de frais de CHF 400.- versée par le recourant lui est restituée. IV. L'indemnité de partie est fixée à CHF 2'746.35, dont CHF 196.35 au titre de la TVA (7.7%), et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. 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 5 mars 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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