

FR_GERICHTE 605 2020 46 vom 1. April 2021

FR Kantonsgericht, 2021-04-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_46

FR: FR_GERICHTE 605 2020 46 du 1 avril 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 46 del 1 aprile 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 13

février 2020, reprenant un projet du 27 décembre 2019, l'OAI n'est pas entré en matière sur cette nouvelle demande, estimant que les rapports médicaux produits se limitaient à rapporter une appréciation différente d'un état de fait pour l'essentiel inchangé. D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par CAP Protection Juridique, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 13 mars 2020 concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière ou à des mesures d'ordre professionnel et, subsidiairement, au renvoi de la cause pour mesures d'instructions complémentaires et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, elle affirme que son état de santé s'est aggravé depuis la précédente décision, se référant aux rapports de ses différents médecins. Le 6 mai 2020, elle s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 400.- requise. Dans ses observations du 13 mai 2020, l'OAI propose le rejet du recours, se référant aux considérants de sa décision et aux pièces de son dossier. Le 9 juin 2020, l'assurée a déposé une détermination spontanée, joignant un rapport de son médecin traitant. Il sera fait état des arguments, invoqués par les parties 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. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1; 125 V 413 consid. 1a et les arrêts cités). En l'occurrence, dans sa décision du 4 décembre 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée. Or, dans son mémoire, la recourante conclut principalement à l'octroi d'une rente entière et/ou de mesures de réadaptation. Cette conclusion s'écarte donc de l'objet de la contestation de sorte que le recours est irrecevable sur ce point. Pour le surplus, en ce qu'il a trait à sa conclusion subsidiaire tendant au renvoi pour instruction complémentaire, le recours est recevable. Il a en effet été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. 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 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. 2.1. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 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 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.). 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 3. En l'occurrence, il convient d'examiner si l'assurée a rendu plausible que son état de santé s'est aggravé depuis la précédente décision en matière d'assurance-invalidité. A ce stade, la Cour rappelle que, conformément à la jurisprudence applicable dans le cas d'un refus d'entrer en matière, les rapports médicaux produits après le prononcé de la décision attaquée sont sans pertinence pour l'examen par le juge. Ils sont donc d'emblée écartés. 3.1. Cela étant, dans le contexte de nouvelle demande, il est essentiel de rappeler pour quels motifs l'OAI-VS avait nié le droit à une rente à son assurée dans sa décision du 29 août 2019, faisant alors application de la méthode dite "mixte" de détermination de l'invalidité. 3.1.1. S'agissant d'abord de l'exercice d'une activité lucrative, il estimait que l'assurée n'était, certes, plus en mesure de travailler en tant que vendeuse en raison de son état de santé. En revanche, il considérait qu'elle demeurerait apte à travailler à 100%, sans diminution de rendement, dans n'importe quelle activité sans travaux lourds et sans activités avec les membres supérieurs au-dessus du plan des épaules (dossier OAI, p. 104). Il se référait en cela aux conclusions du Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale au sein de son SMR (rapport du 4 mars 2019, dossier OAI, p. 70) ainsi qu'aux conclusions du Dr E. _____, médecin praticien (rapport du 14 décembre 2018, dossier OAI, p. 38). Tous deux évoquaient le diagnostic invalidant de "cervicalgies sur troubles statiques du rachis cervical", causant des limitations fonctionnelles en lien avec le port de charge ainsi qu'avec le travail au-dessus de la tête. 3.1.2. S'agissant ensuite du volet ménager, il se référait aux déclarations de l'assurée, laquelle l'avait informé qu'elle n'avait pas été empêchée dans l'exécution de ses tâches ménagères. Il ne retenait donc aucune invalidité sur ce plan. 3.2. Compte tenu de ce qui précède, reste à déterminer s'il a été rendu plausible que l'état de santé de l'assurée se soit modifié de manière à influencer ses droits depuis lors. C'est la thèse que défend la recourante, se basant sur un rapport du Dr F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi que sur un rapport du Dr E. _____. Dans son rapport du 17 octobre 2019, dont seules trois pages impaires ont toutefois été produites, le premier retient le diagnostic invalidant de "cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques du rachis cervico-dorso-lombaire, dysbalances musculaires et déconditionnement global". Selon lui,

sa patiente n'est en mesure de travailler dans une activité adaptée qu'avec un rendement de 50%. Une telle activité implique la possibilité de changer de position, d'éviter les positions en porte-à-faux, les ports de charge supérieurs à 3-5 kg et des marches importantes (dossier OAI, p. 141). Pour sa part, dans son rapport du 9 janvier 2020, le second précise que, suite à son précédent rapport du 14 décembre 2018, l'état de santé de sa patiente s'est aggravé. L'évolution de ses atteintes ne permet "plus la position debout statiques prolongées, la position en porte à faux et le port de charge supérieure à 5kg". Selon lui, la "capacité de travail effective, ne devrait pas dépasser 50%" (dossier OAI, p. 168).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 Pour nier toute aggravation, l'OAI se réfère aux rapports du Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale auprès du SMR. Celui-ci considère que les rapports des deux médecins traitants ne mettent pas en évidence un nouvel élément ou aggravation de la situation : il ne s'agit que d'une appréciation différente d'un état inchangé. Selon lui, "l'atteinte à la santé est toujours la même qui avait déjà fait l'objet d'une instruction et d'une décision" et "les allégations de la personne assurée en regard de la péjoration (subjective) des douleurs sont insuffisantes pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé avec influence sur la capacité de travail retenue" (rapports du 23 décembre 2019 et du 11 février 2020, dossier OAI, p. 161 et 170). L'autorité de céans partage cet avis. Il ressort en effet du dossier asséculoologique que l'aggravation évoquée par les deux médecins traitants consiste surtout en une augmentation des plaintes subjectives de la patiente (intensification des douleurs au niveau des cervicales, des dorsales et des lombaires). Elle n'est, en revanche, aucunement objectivée. L'on constate même que le Dr F. _____ se réfère à des radiographies et des analyses sanguines bien antérieures à la décision du 13 février 2020. Pour sa part, le Dr E. _____ se contente de relayer les plaintes douloureuses de sa patiente, dans un rapport excessivement sommaire et sans aucun détail. Rien ne justifie dans ces conditions, de se distancier des conclusions étayées du médecin du SMR. 3.3. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il apparaît que la recourante n'a pas rendu plausible l'aggravation de sa situation. C'est dès lors à juste titre que l'OAI n'est pas entré en matière sur cette nouvelle demande. 4. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 400.- effectuée. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé d'indemnité de partie. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête : I. Le recours, dans la mesure de sa recevabilité, est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante; ils sont compensés avec l'avance de CHF 400.- effectuée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 1er avril 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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