

# FR\_GERICHTE 608 2016 106 vom 24. März 2017

FR Kantonsgericht, 2017-03-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2016\\_106](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_106)

FR: FR\_GERICHTE 608 2016 106 du 24 mars 2017

IT: FR\_GERICHTE 608 2016 106 del 24 marzo 2017

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré dûment représenté et directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

### E. 2

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 Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 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). 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. 4 [al. 3 selon la teneur en vigueur

depuis le 1er janvier 2012] 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 après un refus de prestations entré en force, 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).

### E. 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 depuis la décision du 8 octobre 2010 et cela jusqu'au moment de la décision de non-entrée en matière. a) Cela étant, il n'est pas sans intérêt de rappeler les motifs ayant conduit l'autorité intimée à rejeter la demande initiale de rente par décision du 8 octobre 2010. Elle avait alors considéré que si l'ancienne activité n'était plus exigible, en revanche, dans une activité adaptée, par exemple comme ouvrier dans la production industrielle légère, l'assuré pouvait travailler à 100 % avec une diminution de rendement de 20 %; son degré d'invalidité calculé s'élevait à 27 %, taux n'ouvrant pas le droit à une rente. Elle suivait en cela les conclusions des rapports qu'elle avait requis auprès de différents experts. Ainsi, dans ses rapports des 27 mars et 30 juin 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_, diagnostiquait une "maladie de Ménière gauche, des "céphalées tensionnelles et lombalgies chroniques" et une "surcharge psychogène". Si la surdité existait alors principalement du côté gauche, l'ouïe du côté droit était aussi légèrement atteinte. Le médecin soulignait en outre que les "tests d'équilibration étaient en revanche "très perturbés, chez un patient démonstratif, qui se laisse tomber en arrière". Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 D'un point de vue strictement oto-rhino-laryngologique, le médecin estimait la capacité de travail comme entière dans une activité sédentaire en position assise, sous réserve d'un absentéisme temporaire possible en cas de crises de vertiges (dossier OAI, pièces 119 et 126). S'agissant ensuite de l'examen rhumatologique, celui-ci avait été réalisé par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, et le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie. Ces derniers retenaient que la capacité de travail du recourant était restreinte par des "lombalgies chroniques sur discopathie protrusive modérée L4-L5, L5-S1 sans conflit disco-radulaire". Ces troubles nécessitaient de limiter le port de charges (moins de 15 à 20 kg de façon répétée) et les positions contraignantes pour le dos (tronc penché en avant ou nécessitant des mouvements répétitifs en flexion/rotation). Selon eux, dans une telle activité, la capacité de travail était entière compte tenu d'une perte de rendement de 20%. A cet égard, ils estimaient qu'il existait de nombreux éléments de mauvais pronostics tels qu'une "forte démonstrativité", des "signes de non organicité", un "manque de motivation" et une "revendication assécurologique" (dossier OAI, pièce 228). Enfin, sur le plan psychique, la Dresse H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avait examiné le recourant le 6 septembre 2010. Elle diagnostiquait une "majoration des

symptômes physiques pour des raisons psychologiques", laquelle influençait la capacité de travail, ainsi qu'une "dysthymie" sans influence sur la capacité de travail. Elle suggérait qu'une reprise du travail progressive, de 50% à 80%, pouvait être envisagée une fois qu'un traitement d'ordre psychiatrique et antidépresseur aurait été instauré et une amélioration constatée. b) 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 depuis la décision du 8 octobre 2010. aa) Sur le plan oto-rhino-laryngologique d'abord, le recourant produit des rapports du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, des 17 février 2015 et 7 octobre 2015. Celui-ci y affirme que son patient est en incapacité de travail dans un contexte d'une maladie de Ménière associée à de nombreux autres troubles multidisciplinaires (dossier OAI, pièces 359 et 415). Toutefois, le médecin ne fait aucunement état d'une aggravation de l'état de santé. Il soutient au contraire que "depuis plusieurs années, le patient nous demande toujours le renouvellement de son incapacité de travail en rapport avec ses problèmes de vertige alors qu'il se déplace personnellement pour venir chercher les certificats et à aucun moment nous ne mettons en évidence ni de véritables vertiges rotatoires, de nystagmus ou de déficit vestibulaire". Selon le médecin, "le renouvellement systématique de notre arrêt de travail à 100% n'est pas justifié". Ces rapports ne rendent pas plausible l'existence d'une péjoration de l'état de santé. Ils font bien plus état d'une amélioration dès lors que le médecin estime qu'il ne lui appartient plus d'attester l'existence d'une incapacité de travail. bb) Sur le plan rhumatologique ensuite, le recourant se fonde sur l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, daté du 31 décembre 2014 (dossier OAI, pièce 363). Si le médecin y indique qu'il existe une "exacerbation des lombalgies chroniques", il n'y atteste pas l'existence d'une aggravation de l'état de santé. Tout au plus relaye-t-il les dires de son patient, mentionnant que ce dernier "décrit" ou "déclare" une Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 péjoration. Or, comme le relève le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR, "au status et à l'examen des limitations fonctionnelles rhumatologiques, la situation de l'assuré ne s'est pas significativement aggravée, par rapport à l'examen de 2010" (rapport du 12 novembre 2011, dossier OAI, pièce 376). Le simple relais des dires du patient par le Dr J. \_\_\_\_\_ – alors que les examens objectifs ne font pas état de changement de la situation – ne rend pas plausible l'existence d'une péjoration de l'état de santé. Le recourant se prévaut aussi des rapports du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, des 23 janvier 2015, 17 mars 2016 et 31 mars 2016. Le médecin y indique que les "lombo-sciatalgies bilatérales" provoquent "une diminution de rendement de 10 à 20% dans un métier impliquant une charge physique lourde régulière" (dossier OAI, pièces 376, 418 et 419). Plus que de mettre en exergue l'existence d'une aggravation, le médecin confirme que les limitations retenues par le Dr F. \_\_\_\_\_ et le Dr G. \_\_\_\_\_ dans leur rapport d'expertise du 30 septembre 2010 sont toujours d'actualité. Ceux-ci déconseillaient en effet déjà le port de charges répété de plus de 15 à 20 kg. Dans son rapport le plus récent, le chirurgien indique même l'existence d'une amélioration subjective de l'état de santé, mentionnant "l'amélioration de la symptomatologie lombaire suite au port du corset et en raison de l'amélioration transitoire des douleurs radiculaires suite aux infiltrations facettaires". A nouveau, cet avis ne rend pas plausible l'existence d'une péjoration de l'état de santé. Le recourant produit encore l'avis du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 22 septembre 2015, le médecin ne fait pas état d'une aggravation. Par

contre, il indique qu'à son avis "il n'y a pas de déficit moteur bien mis en évidence avec une clinique montrant des lâchages antalgiques diffus et systématiques pour l'ensemble des groupes musculaires du MID. Je note beaucoup de signes de surcharge" (dossier OAI, pièce 403). C'est dans ce contexte qu'il faut consulter le rapport de sortie qu'il a signé avec le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, dans lequel les médecins mentionnent l'échec de la réadaptation musculo-squelettique (dossier OAI, pièce 401). Dans ses rapports, bien plus qu'attester de l'existence d'une péjoration de la situation, le Dr M. \_\_\_\_\_ fait état d'une exagération des symptômes. Cette exagération était déjà citée par les experts en 2010. Le recourant s'appuie finalement sur l'avis du Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale. Dans son courrier du 30 mars 2016, le médecin constate "de manière subjective que la situation s'est dégradée". Cette affirmation – qui relaie expressément les dires du patient – n'est aucunement motivée dans ce courrier de dix lignes, qui ne fait par ailleurs mention d'aucun status médical ni d'aucun diagnostic. Aucune aggravation n'est rendue plausible par ce biais. cc) Enfin, sur le plan psychique, le recourant se prévaut de l'avis de sa psychiatre traitante, la Dresse P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 Celle-ci relève que "l'état de fait ne fait que s'aggraver sur le plan psychique et sur le plan général" (rapport du 23 mars 2016, dossier OAI, pièce 406). Toutefois, dans ce rapport, elle met surtout en exergue l'importante surdité de son patient qu'elle considère, en substance, comme presque totale. L'incapacité de travail prend dès lors grandement en compte – pour ne pas dire de manière prépondérante – des aspects médicaux relevant d'autres disciplines qui ne sont pas de sa spécialité. On peut par ailleurs relever que l'avis de la psychiatre était presque identique – quoi que plus détaillé – lors du premier refus d'entrer en matière (cf. rapport du 10 novembre 2011, dossier OAI, pièce 298). Il n'avait déjà pas convaincu la Cour qui avait ainsi relevé que "le contenu même de ces nouveaux rapports médicaux, avec cette très importante mise en exergue des plaintes somatiques, rapportées telles quelles et admises sans distanciation aucune par le médecin [...], hors champ de compétences propres, atteste bien de la pertinence des diagnostics posés à l'issue de l'expertise psychiatrique. La seule mention d'un diagnostic différent, soit le syndrome dépressif réactionnel, ne suffit notamment pas pour retenir la plausibilité d'une aggravation déterminante de l'état de santé psychique; pour la Cour, il s'agit là en réalité et tout au plus d'une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé" (arrêt TC 605 2012 236 du 23 septembre 2014 consid. 3c). Ces considérations peuvent être reprises telles quelles dans l'arrêt de ce jour. L'avis de la Dresse P. \_\_\_\_\_ ne saurait ainsi rendre plausible une éventuelle aggravation de l'état de santé de son patient. c) Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que 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. Le recours, mal fondé, doit être rejeté.

#### **E. 4**

Il convient finalement de statuer sur la requête d'assistance judiciaire totale (605 2016 107) déposée par le recourant dans le cadre de son recours (605 2016 106). a) Selon l'art. 61 LPGA la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal, tout en devant satisfaire aux exigences fédérales prévues exhaustivement aux lettres a à i. Lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant (art. 61 let. f 2e phr. LPGA). Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour

supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence ou à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). D'après la jurisprudence, un procès est dénué de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre, et qu'elles ne peuvent donc guère être considérées comme sérieuses, de sorte qu'un plaideur raisonnable et de condition aisée renoncerait à s'y engager en raison des frais qu'il s'exposerait à devoir supporter; il ne l'est Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 en revanche pas lorsque les perspectives de gain et les risques d'échec s'équilibrent à peu près, ou lorsque les premières sont seulement un peu plus faibles que les seconds. L'élément déterminant réside dans le fait que l'indigent ne doit pas se lancer, parce qu'il plaide aux frais de la collectivité, dans des démarches vaines qu'une personne raisonnable n'entreprendrait pas si, disposant de moyens suffisants, elle devait les financer de ses propres deniers. La situation doit être appréciée à la date du dépôt de la requête, en principe avant l'exécution des mesures probatoires et sur la base d'un examen sommaire (ATF 133 III 614 consid. 5 et les références citées). D'après l'art. 143 al. 1 et 2 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), de l'obligation de fournir une avance de frais ou des sûretés (al. 1 let. b). Elle comprend également, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties (al. 2). De jurisprudence constante, excepté pour certains cas très particuliers dans lesquels des démarches procédurales doivent encore être entreprises, la pratique consistant à statuer sur l'assistance judiciaire en même temps que sur le fond est généralement admise (arrêts TF 8C\_911/2011 du 4 juillet 2012 consid. 6.1; 2D\_3/2011 du 20 avril 2011 consid. 2.4; 9C\_463/2009 du 8 juillet 2009 consid. 3.3.2 et 3.3.3; 4P.300/2005 du 15 décembre 2005 consid. 3.1). b) Il convient dans un premier temps d'établir les chances de succès du recours déposé, ce qui justifie d'examiner les griefs présentés par le recourant à l'appui de ses conclusions. La majorité des médecins interrogés ne fait pas mention de l'aggravation de l'état de santé, ce qu'une simple lecture de leurs rapports aurait permis de constater. Au final, seule la Dresse P.\_\_\_\_\_ atteste expressément de l'aggravation de l'état de santé. Toutefois, son argumentation n'a pas changé depuis 2014, date du premier refus d'entrer en matière, de sorte qu'elle ne fait pas état d'un quelconque changement. Au demeurant, il appert que les arguments présentés par le recourant dans son recours ne sont pas d'un très grand poids. En effet, compte tenu du dossier asséculologique, il ne pouvait pas se contenter d'affirmer, en reprenant de courtes citations isolées de leur contexte, qu'il "ressort clairement des attestations et correspondances diverses produites [...] que l'état de fait s'est substantiellement modifié après le 9 mai 2012". On l'a relevé, ces rapports ne font pas état d'une quelconque aggravation. Au vu de leurs contenus, le grand nombre de rapport médical à examiner ne saurait non plus suffire à remplir la condition des chances de succès du recours. Dans ces circonstances, les perspectives de gagner le procès étaient clairement très minces de sorte qu'un plaideur raisonnable aurait renoncé à s'y engager. Le recours paraissait d'emblée dénué de toute chance de succès. Pour ce motif, il se justifie de rejeter la requête d'assistance judiciaire. Au demeurant, au vu des calculs présentés par son mandataire, "le disponible du recourant se monte [...] à CHF 680.45". Ce solde positif mensuel apparaît d'emblée suffisant pour qu'il puisse prendre en charge les frais de la présente procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à

celle de sa famille, y compris les frais d'avocat, au besoin par Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 acomptes. Cela étant, dès lors que la condition des chances de succès du recours n'est pas remplie, la question de l'indigence peut rester ouverte.

#### **E. 5**

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, mal fondé, le recours (608 2016 106) doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Pour sa part, la requête d'assistance judiciaire totale (608 2016 107) est rejetée. Les frais de justice sont fixés à CHF 400.-. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens. la Cour arrête: I. Le recours (608 2016 106) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2016 107) est rejetée. III. Les frais de procédure sont fixés à CHF 400.-. IV. Il n'est pas octroyé de dépens. V. Communication. 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 24 mars 2017/pte Président Greffier

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