

# FR\_GERICHTE 608 2017 259 vom 5. Juli 2018

FR Kantonsgericht, 2018-07-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2017\\_259](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_259)

FR: FR\_GERICHTE 608 2017 259 du 5 juillet 2018

IT: FR\_GERICHTE 608 2017 259 del 5 luglio 2018

## 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 à raison du lieu et de la matière par un assuré dûment représenté, directement touché par la décision attaquée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, le cas échéant, annulée ou modifiée, le recours est recevable.

### E. 2

Aux termes de l'art. 8 al. 1 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), est réputée invalidité l'incapacité de gain (art. 7 al. 1 LPGA) totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGA), d'une maladie (art. 3 al. 1 LPGA) ou d'un accident (art. 4 LPGA). Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

Conformément à l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins.

### E. 3.1

A teneur de l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), 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. Selon ce dernier alinéa, 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.

### E. 3.2

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. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la

procédure de l'art. 87 al. 3 RAI. L'administration doit en effet se limiter uniquement à examiner si les allégations de l'intéressé à l'appui de sa nouvelle demande sont crédibles (arrêts TF 9C\_841/2014 du 17 avril 2015 consid. 3.3; 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3; 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 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, ceci 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. cit.). 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 moment 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 que la décision attaquée a été rendue 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. arrêts TF 9C\_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3; 9C\_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Quand il s'agit de rendre plausible une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, il faut comparer – en application par analogie des principes découlant de l'art. 17 LPGA – la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'époque de la dernière décision de refus d'allouer des prestations à celle prévalant au moment de la décision litigieuse de non entrée en matière (arrêts TF 9C\_944/2011 du 6 décembre 2012 consid. 2; 8C\_732/2009 du 18 août 2010 consid. 5.1 et les réf. cit.).

#### **E. 4**

Est ici litigieuse la non-entrée en matière de l'OAI sur une demande à l'appui de laquelle l'assuré allègue une aggravation de son état de santé en relation avec ses problèmes principalement dorsaux. Plus précisément, le litige porte sur la question de savoir si, sur le plan orthopédique, respectivement pneumologique, dite demande établit de façon plausible que l'état de santé de l'assuré se serait modifié de manière à influencer ses droits. La décision du 7 février 2017 se fondait sur une expertise à l'occasion de laquelle une capacité de travail entière avait été jugée exigible sur la base des diagnostics de syndrome vertébral

lombaire chronique sur troubles statiques et dégénératifs avec spondylolyse isthmique 1-5 bilatérale (sans olisthesis), d'ostéochondrose érosive 1.5SI, de minime hernie discale sous-ligamentaire médio- latérale L5-S1 et d'arthrose postérieure hypertrophique 1.4-1.5, L5-S1 ainsi que d'endosse cervico-scapulaire.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 Dans le cadre de la nouvelle demande, la Dresse traitante, spécialisée en médecine générale, se réfère à une IRM du 3 mars 2017 ayant mis en évidence une discopathie L5-S1 avec rétrécissement des deux trous de conjugaison et une hernie discale L5-S1 intraforaminale à droite provoquant une compression marquée sur la racine L5 à droite. Elle signale également la présence d'une arthrose facettaire bilatérale avec, aux niveaux des articulations sacro-iliaques, des troubles dégénératifs bilatéraux modérés. Elle confirme la présence d'un syndrome radiculaire irritatif de type L5 et un traitement par infiltration. Elle en déduit qu'aucune activité lourde n'est possible. Elle indique la présence d'un asthme sévère cortico-dépendant qui engendre des restrictions complémentaires sur la capacité de travail, pour conclure par le constat qu'une activité adaptée serait possible à 50%. En l'espèce, il est d'abord souligné qu'il appartenait au médecin de donner une explication médicale propre à rendre plausible l'aggravation déterminante de l'état de santé du recourant depuis la décision du 7 février 2017. Au vu du laps de temps très bref entre la décision et le nouveau certificat, cette motivation se devait d'être détaillée, en comparant les diagnostics et en précisant d'une manière claire pour quelles raisons une activité adaptée ne serait pas exigible à 100%, comme il venait d'être retenu dans la décision du 7 février 2017. La Dresse C.\_\_\_\_\_ confirme dans sa lettre du 17 avril 2017 la présence "d'un asthme sévère cortico-dépendant à composante allergique qui engendre des restrictions complémentaires pour sa capacité de travail." Or, la Cour relève que, dans la procédure précédente, ce problème de santé était déjà connu et avait été pris en compte, preuve en est la décision du 7 décembre 2017 dans laquelle cette problématique a été discutée pour en conclure qu'elle était sans influence sur la capacité de travail dans une activité légère adaptée. Le rapport ne fait état d'aucun changement de diagnostic ou de la symptomatologie, susceptible de rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Quant aux problèmes dorsaux, la Dresse traitante a considéré, dans son rapport du 27 septembre 2016 produit lors de l'instruction de la demande initiale, que l'état de santé de l'assuré n'était compatible qu'avec une activité légère. Cet état de fait, combiné à ses problèmes d'asthme, justifiait selon elle une incapacité de travail de 50%, et ce même dans une activité adaptée. Dès lors, on ne voit pas en quoi ses nouveaux rapports attesteraient d'une aggravation notable. Puisque que son appréciation avait été écartée dans la décision de l'OAI du 7 février 2017, il lui incombait en effet d'expliquer pourquoi, malgré la nouvelle IRM, son appréciation de la capacité de travail restait inchangée. On ne saurait en effet admettre le caractère plausible de l'aggravation sur la seule modification du status radiologique, sans que des répercussions cliniques claires sur l'état de santé de l'assuré et sur ses limitations fonctionnelles ne soient établies. En effet, la Dresse traitante reste vague et n'atteste pas d'un syndrome neurologique déficitaire clairement observable du point de vue clinique. Dans son rapport du 16 août 2017, elle relève certes que le constat de l'IRM est persistant, mais elle affirme en même temps qu'une atteinte neurogène dans le myotome n'a pas pu être observée, ce qui correspondrait à la compression de la racine L5 à droite constatée sur les images radiologiques. Dans ces conditions, on peut sans doute suivre le Dr D.\_\_\_\_\_ du SMR, lequel note que la Dresse traitante atteste certes de modifications durables du point de vue radiologique, mais sans indiquer pour autant un effet sur le status neurologique. Il souligne que la Dresse traitante rejoint ainsi son avis, selon

lequel la modification est structurelle et radiologiquement objectivée, mais toujours sans répercussion sur le status neurologique du patient et, partant, sur la capacité de travail (cf. rapports du SMR du 27 juillet et 22 septembre 2017).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 Finalement, la praticienne ne précise pas sur quel plan (orthopédique ou pneumologique) la capacité de travail est restreinte à 50%, ce qu'il lui incombait de faire étant donné que le problème de l'asthme a clairement été écarté dans la décision initiale. Dans ce contexte, elle ne peut pas, pour rendre plausible l'aggravation, se contenter de dire que, pour avoir un bon rendement, une activité adaptée de 50% est nécessaire pour l'assuré. Là encore, ses propos sont trop vagues – et trop similaires à ceux du rapport du 26 septembre 2016 – pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé. Les rapports de la Dresse traitante et les constats ressortant de l'IRM ne permettent donc pas d'attester de l'existence d'une nouvelle atteinte à la santé avec influence sur la capacité de travail sur le plan orthopédique ou pneumologique ou d'une aggravation de ses problèmes existants avec incidence sur la capacité de travail, ni même de les rendre plausibles. Faute pour le recourant d'avoir rendu plausible que son degré d'invalidité se serait modifié dans l'intervalle, c'est à bon droit que l'administration n'est pas entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par ce dernier le 9 mai 2017. Il s'ensuit que le recours, infondé, doit être rejeté et la décision attaquée du 27 septembre 2017 confirmée.

#### **E. 5**

Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de frais du même montant. Pour le même motif, il n'est pas alloué d'indemnité de partie. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de la procédure de recours, par CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant et compensés avec l'avance de frais du même montant. 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 5 juillet 2018/jfr Le Président: Le Greffier-stagiaire:

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