

FR_GERICHTE 608 2018 202 vom 23. Januar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_202

FR: FR_GERICHTE 608 2018 202 du 23 janvier 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2018 202 del 23 gennaio 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 6

%, insuffisant pour prétendre à des prestations d'invalidité. Cette décision n'a pas été attaquée. Le 9 février 2017, A._____ a déposé une nouvelle demande de prestations, sur laquelle l'OAI s'est refusé à entrer en matière par décision du 3 août 2017, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Cette décision n'a pas non plus été contestée. Le 16 mars 2018, A._____ a déposé une troisième demande de prestations en indiquant qu'il avait été opéré deux fois au genou gauche. Dans un courrier du 12 mars 2018 adressé à l'OAI, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, estime que la situation de l'assuré se péjore au niveau de la symptomatologie douloureuse liée à une dégénérescence cartilagineuse des compartiments fémoro-patellaire et fémoro-tibial interne comme visualisé lors de l'IRM du 9 mars 2018. Il ajoute que cet état confirme que le travail comme maçon ne peut plus être exercé, que le patient doit être maintenu à une incapacité de travail à 100 % dans cette activité et qu'il souhaite que l'OAI réévalue la situation quant à une éventuelle prise en charge. Par décision du 25 juin 2018, l'OAI s'est refusé à entrer en matière, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il a précisé que le rapport du 12 mars 2018 du Dr C._____ n'attestait pas de faits nouveaux sur le plan médical objectif susceptibles de modifier les limitations fonctionnelles ainsi que l'exigibilité médicale dans une activité adaptée précédemment retenues. B. Contre cette décision, A._____ interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 28 août 2018, concluant implicitement à l'annulation de la décision querellée et à ce que l'OAI entre en matière sur sa nouvelle demande. A l'appui de ses conclusions, il relève que sa situation médicale s'aggrave et qu'il ne peut plus travailler dans le domaine du bâtiment ou de l'agriculture. Il souligne qu'il a été au chômage durant un an et demi et qu'il n'a pas retrouvé de travail adapté. Il souhaiterait que l'OAI lui propose un travail adapté à sa situation médicale. Le 12 septembre 2018, le recourant a versé une avance de frais de CHF 400.-.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 Dans ses observations du 5 octobre 2018, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Elle relève que l'assuré n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière exigibilité retenue en 2014. Elle précise que celle-ci a été confirmée par décision du 16 janvier 2015 et que cette décision n'a pas été attaquée par le recourant, de sorte qu'il est maintenant forclos pour la contester. Enfin, elle souligne que l'aide au placement n'avait pas été octroyée à l'époque au recourant, car il

possédait une pleine et entière capacité de travail dans une activité adaptée et que la conjoncture actuelle sur le marché du travail n'est pas du ressort de l'assurance- invalidité qui doit se baser sur la notion du marché équilibré du travail. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. 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 biais 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 totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1). 2.2. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). 3. 3.1. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En effet, d'après l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). 3.2. Dans le cadre d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de 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, le juge 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 RAI [actuellement 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). Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale (cf. arrêts TF 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPG) depuis le 1er janvier 2003 - qui 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, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 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. 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 (arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et les références citées). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est – par application analogique des règles régissant la révision de l'art. 17 LPG – 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). 4. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si le recourant a établi de manière plausible une éventuelle modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits, conformément à l'art. 87 al. 2 RAI (cf. supra 3.1). 4.1. Au moment de la décision du 16 janvier 2015, dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, le recourant présentait une lésion dégénérative fémoro- patellaire et fémoro-tibiale interne du genou gauche (cf. rapports du 14 octobre 2013 du Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur [dossier OAI, p. 84], du 2 mai 2014 de la Dresse E. _____, médecin assistante en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur [dossier OAI, p. 126], du 11 septembre 2014 du Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur [dossier OAI, p. 139]). S'agissant de la capacité de

travail du recourant, la Dresse E. _____ retenait une capacité de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de position à genoux, pas de position accroupie, position debout pas plus de 4 heures par jour, périmètre de marche maximal de 2 km et pas de port de charges de plus de 10 kg (cf. annexe au rapport médical du 3 mai 2014, dossier OAI, p. 123). Pour sa part, le Dr C. _____ retenait, dans une annexe au rapport médical du 30 septembre 2014 (dossier OAI, p. 145), que l'activité habituelle n'était plus exigible et que, dans une activité adaptée avec alternance des positions debout et assise ou majoritairement assise, sans port de charges, sans travail sur les genoux et sans travail où la flexion des genoux est fréquente, la capacité de travail du recourant était de 50 %. Dans son rapport du 3 octobre 2014 (dossier OAI, p. 142), le Dr F. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci- après: SMR), considérait que l'activité habituelle de maçon ne pourrait pas être poursuivie à long terme pour raison de santé. En revanche, dans une activité adaptée sans port de charges de plus de 10 kg, sans position à genoux ou accroupie, sans montée/descente répétée d'escaliers ou d'échelles, sans longs déplacements en terrain irrégulier, la capacité de travail était de 100 %. Dans son rapport du 28 octobre 2014 (dossier OAI, p. 148), il expliquait que l'exigibilité dans une activité adaptée retenue par le Dr C. _____ n'était pas cohérente et qu'il n'y avait aucune raison médicale pour justifier une limitation de la capacité de travail dans une activité évitant les ports de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 charges, le travail à genoux ou la flexion fréquente des genoux ainsi que les déplacements à pied, raison pour laquelle il maintenait ses conclusions du 3 octobre 2014. Dans la décision du 16 janvier 2015, l'autorité intimée a suivi son médecin SMR et retenu que la capacité de travail du recourant était nulle dans son ancienne activité mais qu'elle était de 100 % dans une activité adaptée. Cette décision n'a pas été attaquée. 4.2. Au moment de sa nouvelle demande, le recourant n'a produit qu'un seul rapport médical émanant du Dr C. _____. Dans son attestation médicale du 12 mars 2018 (dossier OAI, p. 194), ce dernier indique qu'il suit le patient depuis 2013 dans le cadre d'une dégénérescence cartilagineuse tricompartimentale prédominant en interne et en fémoro-patellaire. Il relève que la situation se péjore au niveau de la symptomatologie douloureuse et confirme que le travail comme maçon ne peut plus être exercé. 4.3. Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans ne peut que constater que l'attestation médicale du Dr C. _____ n'est manifestement pas suffisante pour rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé du recourant. En effet, ce médecin n'indique pas de nouveaux diagnostics et se contente de maintenir qu'en raison d'une péjoration au niveau des douleurs, l'activité habituelle n'est plus exigible. Or, ce constat est acquis et ressort déjà de la situation arrêtée par l'autorité intimée dans la décision du 16 janvier 2015. En revanche, une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée a été retenue dans la décision de référence que le recourant n'a d'ailleurs pas contestée et ce dernier n'amène aucun élément laissant penser que tel ne serait plus le cas. Le recourant n'a donc pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Il convient de souligner que les arguments avancés par le recourant concernent avant tout le fond du litige, lequel ne fait pas l'objet du présent recours dirigé contre une décision de non-entrée en matière. Au demeurant, il est relevé que les difficultés liées à la conjoncture actuelle ou au fait que le recourant ne parle ni n'écrit correctement le français sont des facteurs étrangers à l'invalidité dont l'autorité intimée n'a pas à en tenir compte. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de A. _____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. 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 23 janvier 2019/meg Le Président : La Greffière-rapporteure :

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