

FR_GERICHTE 608 2019 185 vom 6. Mai 2020

FR Kantonsgericht, 2020-05-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_185

FR: FR_GERICHTE 608 2019 185 du 6 mai 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 185 del 6 maggio 2020

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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10

E. 2.1

A teneur 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.

E. 2.2

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 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 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 du 20 mai 2019. 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 D._____ 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". 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, p. 110 et 126). S'agissant ensuite de l'examen rhumatologique, celui-ci avait été réalisé par le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr H._____, spécialiste 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 nécessitent 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 asséculoologique" (dossier OAI, p. 205). Enfin, sur le plan psychique, la Dresse I. _____, spécialiste 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 psychiatrique et antidépresseur aurait été instauré et une amélioration constatée (dossier OAI, p. 220).

E. 4

Pour fonder son refus d'entrer en matière, l'OAI se réfère aux conclusions du Dr J. _____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR. Force est cependant de constater que les affirmations de ce dernier ne sont aucunement argumentées. Or, même si de tels rapports ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles que les rapports des médecins traitants ou les expertises, l'on est en droit d'attendre du médecin qu'il explique les motifs de ses conclusions. Cela étant, reste à examiner si les documents produits par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande rendent plausible l'existence d'une péjoration de son état, justifiant qu'il soit entré en matière.

E. 4.1

Il produit, d'abord, un rapport de la Dresse K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans ses rapports du 21 août 2018 et du 7 mars 2019, celle-ci indique ne pouvoir "que confirmer l'aggravation de l'état de santé" de son patient. Dans ses différents rapports, la psychiatre fait ainsi état d'une "aggravation des vertiges (maladie de Ménières) traités avec la proposition de la section du nerf auditif du côté droit aussi, ce qui va provoquer une surdité totale". Elle confirme également l'aggravation des troubles de l'équilibre et des douleurs au niveau de la colonne vertébrale et des extrémités inférieures. Selon elle, "sur le plan psychiatrique, il présente des épisodes dépressifs récurrents et plus fréquents qu'auparavant, ceci étant lié aussi à la maladie cancéreuse de son épouse avec toutes les conséquences et les complications à ce sujet" (cf. dossier OAI, p. 628 et 730; cf. ég. p. 630 et 632). Dans ses deux précédents arrêts, la Cour avait déjà souligné 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 et arrêt TC 608 2016 106 du 24 mars 2017 consid. 3b/cc). Ces considérations peuvent être reprises telles quelles dans l'arrêt de ce jour. L'avis de la Dresse K._____ ne saurait ainsi rendre plausible une éventuelle aggravation de l'état de santé de son patient.

E. 4.2

Le recourant se prévaut, ensuite, des rapports du Dr L._____, spécialiste en anesthésiologie. Dans son rapport du 6 mars 2019, le médecin affirme ce qui suit: "Depuis [2015] il faut noter que sa maladie de Ménière s'est nettement aggravée, avec une surdité complète à gauche et une progression à droite, ce qui provoque des vertiges fréquents et une déambulation extrêmement difficile. Le patient présente en plus, dans le cadre d'un diabète de type 2, non insulino-requérant, une polyneuropathie sévère des membres inférieurs, qui provoque des douleurs importantes, des troubles de l'équilibre importants et une marche difficile. Au point de vue du syndrome lombo-

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 vertébral chronique, j'ai agendé le patient pour une infiltration des facettes articulaires. Il faut noter que le patient est suivi pour un état dépressif par son médecin psychiatre, qui s'est aggravé ces dernières années" (dossier OAI, p. 733; cf. ég. p. 623, 686 et 692). Cependant, force est de constater que le médecin examine l'état de son patient essentiellement sous l'angle des troubles d'ordre rhumatologique, à savoir le syndrome lombo-vertébral chronique et les sciatalgies S1 à droite. Lorsqu'il mentionne l'évolution de la maladie de Ménière et du diabète, il renvoie aux dires de son patient, ce qui ne saurait rendre plausible une quelconque évaluation, qui plus est lorsqu'un expert-psychiatre diagnostique une "majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques" (dossier OAI, p. 220). Au demeurant, en aucun cas le médecin n'atteste-t-il que ces troubles ont une incidence sur la capacité de travail. Or, sur le plan rhumatologique, le médecin ne confirme aucunement l'existence d'une quelconque péjoration de la situation. Au contraire, comparés aux conclusions des experts de E._____, les constats objectifs du Dr L._____ ne vont pas dans le sens d'un grand changement. Par exemple, lorsque les premiers observaient une attitude antalgique en baïonnette avec décharge du membre inférieur gauche ainsi qu'un "rachis cervical: nuque mobile sans limitation avec une rotation droite-gauche de 70/0/70°, distance menton-sternum 18-1 cm, sans contractures paracervicales", le second constate une "lordose peu marquée, cyphose physiologique, légère scoliose gauche, pas de protraction tête-épaules" ainsi qu'une "mobilité de la colonne cervicale : physiologique et symétrique". De même, alors que les premiers indiquaient que la manœuvre de Lasègue était bloquée dès 20° d'élévation des deux côtés ainsi que le Lasègue inversé est douloureux dans la région lombaire, le second fait état d'un Lasègue positif à 10° à droite et 30° à gauche (dossier OAI, p. 210 et 623). Partant, dans ces circonstances, contrairement aux allégations de l'assuré, les rapports du Dr L._____ ne rendent pas plausible l'existence d'une péjoration de l'état de santé de son patient qui pourrait avoir une influence sur la capacité de gain.

E. 4.3

Enfin, lors du dépôt de sa demande, le recourant avait joint différents rapports médicaux, notamment du Dr M._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, tous antérieurs à la précédente décision de non entrée en matière de l'OAI, datée du 21 novembre 2018. Quand bien même ces rapports n'avaient pas tous été produits à l'époque de cette dernière, l'on constate que le spécialiste ORL n'atteste aucunement de l'existence d'une péjoration de la

capacité de travail. Certes, dans son rapport du 3 août 2018, ce médecin relève qu'il "y a lieu, en raison de l'évolution de la situation actuelle, de réexaminer le dossier à la lumière d'une nouvelle expertise afin de se rendre compte de l'aggravation de l'état de santé du patient du point de vue otoneurologique et justifier d'une nouvelle appréciation de son invalidité". Toutefois, dans ce même rapport, le médecin semble constater que les limitations causées par cette évolution ont été compensées par un appareillage adapté et des cours de lecture labiale, tous deux pris en charge par l'OAI (rapport du 3 août 2018, dossier OAI, p. 633; cf. ég. 635). Au demeurant, dans ce même rapport, le médecin renvoie à sa précédente appréciation du 17 février 2015, dans laquelle il soulignait ce qui suit: "En conclusion, du point de vue ORL, la maladie de Ménière du côté gauche présentée par le patient reste invalidante associée à un hydrops à droite suggérant une bilatéralisation de sa pathologie. Cette pathologie doublée au problème de lombalgies chroniques du patient fait qu'il n'a plus jamais repris d'activité professionnelle depuis 2006. Dans ce contexte de maladie de Ménière gauche doublée d'un

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 syndrome pressionnel à droite mais également de céphalées tensionnelles, de lombalgies chroniques et d'une surcharge psychogène, un quelconque reclassement n'est pas possible étant donné l'absence totale de motivation pour une reprise d'activité et d'un taux d'absentéisme certainement très élevé" (rapports du 17 février 2015 et du 3 août 2018, dossier OAI, p. 365 et 633; cf. ég. 635). A la même époque, le médecin ne faisait pas réellement état d'une aggravation de l'état de santé mais soutenait 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" (rapport du 7 octobre 2015, dossier OAI, p. 423, cf. ég. arrêt TC 608 2016 106 du 24 mars 2017 consid. 3b/aa). Il apparaît ainsi que le médecin atteste surtout de l'incidence d'autres troubles sur la capacité de travail de son patient. En aucun cas ce médecin ne confirme-t-il la péjoration de la capacité de gain de son patient, à savoir que les troubles oto-rhino-laryngologiques ont évolué au point que son patient n'est plus capable d'exercer l'activité adaptée dans la mesure retenue dans la décision du 8 octobre 2010.

E. 5

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 (608 2019 185), mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Les frais de justice sont fixés à CHF 400.-. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens.

E. 6

Il convient finalement de statuer sur la requête d'assistance judiciaire totale (608 2019 186) déposée par le recourant dans le cadre de son recours.

E. 6.1

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 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 Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 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). Dans la mesure où l'assistance judiciaire est une avance faite par la collectivité publique sur les frais de justice, la collectivité publique peut exiger le remboursement de ses prestations dans les dix ans dès la clôture de la procédure en cas de retour à meilleure fortune ou s'il est démontré que l'état d'indigence n'existait pas (art. 145b CPJA).

E. 6.2

Il ressort des pièces du dossier que le recourant et son épouse sont assistés par le service social de leur commune de domicile. Partant, ils ne disposent pas de ressources suffisantes pour supporter les frais de la présente procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à leur existence. S'agissant de la seconde des conditions, il convient de relever que les arguments invoqués à l'appui du recours n'apparaissent, à première vue, pas d'un grand poids. Cela étant, l'examen du dossier auquel a dû se livrer la Cour a tout de même présenté certaines difficultés, de sorte qu'il n'est pas possible de conclure que le recours était d'emblée dénué de toute chance de succès. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 186) peut être admise et que Me Frédéric Hainard, avocat, est désigné comme défenseur d'office. Les frais de procédure, fixés à CHF 400.-, ne sont pas prélevés au vu de l'assistance judiciaire gratuite totale octroyée. Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives de l'affaire ainsi que des opérations effectuées par le mandataire du recourant, consistant principalement en l'étude du dossier et le dépôt d'un mémoire de recours, la Cour de céans fixe l'indemnité d'office et selon sa libre appréciation (art. 11 al. 1 2ème phrase du Tarif des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative, RSF 150.12; Tarif JA) à CHF 1'000.-, plus CHF 77.- au titre de la TVA (7.7%), et la met intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours (608 2019 185) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2019 186) est admise et Me Frédéric Hainard, avocat, désigné comme défenseur d'office. III. Les frais de procédure sont fixés à CHF 400.- et mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. IV. L'indemnité allouée à Me Frédéric Hainard, avocat, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'000.-, plus CHF 77.- au titre de la TVA (7.7%), et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. 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 6 mai 2020/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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