

FR_GERICHTE 608 2020 184 vom 25. März 2021

FR Kantonsgericht, 2021-03-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_184

FR: FR_GERICHTE 608 2020 184 du 25 mars 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2020 184 del 25 marzo 2021

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. 2.1

Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, 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 (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) est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. Lorsqu'il dépose une nouvelle demande, l'assuré doit ainsi rendre plausible une modification notable des faits déterminants influant sur le droit aux prestations (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; 130 V 71 consid. 2.2). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écartier 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). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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; à 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, Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 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 (cf. arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2 et les réf.).

E. 2.2

Sous l'angle temporel, la comparaison des états de fait pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations a pour point de départ la situation telle qu'elle se présentait au moment où l'administration a rendu sa dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit la prestation d'assurance (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3; 133 V 108 consid. 5.3).

E. 2.3

Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGGA) 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 LPGGA – 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. *ibidem*; 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. 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).

E. 3

En l'espèce, doit être ici examiné si l'OAI était fondé à se refuser à entrer en matière sur la nouvelle demande, faute pour l'assuré d'avoir rendu plausible une aggravation déterminante de son état de santé.

E. 3.1

La décision de l'OAI du 22 octobre 2018 (dos. OAI 112), entrée en force, reposait sur un examen matériel du droit de l'assuré à des prestations de l'AI. Parmi les pièces prises en compte figurait un rapport d'expertise de chirurgie orthopédique requise par l'assureur perte de gain, du

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 13 août 2018 (dos. OAI 72), dans laquelle avaient été examinés notamment les membres inférieurs et le rachis. L'OAI avait retenu que si l'activité de maçon n'était plus tout à fait adaptée, une autre activité était exigible à plein temps, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes: pas d'activité nécessitant de

la marche prolongée, pas de position debout prolongée, pas de port de charges de plus de 10kg, pas de position en porte-à-faux dorsolombaire et pas de positions agenouillées prolongées. Il était considéré que l'assuré pouvait par exemple exercer une activité d'ouvrier dans la production industrielle légère ou les services, telle que le montage à l'établi, le contrôle de produits finis, la conduite de machines semi-automatiques, l'usinage de pièces légères ou le conditionnement léger.

E. 3.2

Les seules pièces médicales produites par l'assuré dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations jusqu'à la décision attaquée sont les suivantes: - Le 19 juin 2019 (dos. OAI 163; indication d'une consultation ce jour-là), le Dr B. _____, chirurgie orthopédique, adresse au généraliste traitant de l'assuré un résumé de sa prise en charge de 2018. Il indique que les deux aspects qu'il avait traités, soit un kyste de Baker au niveau du genou droit et des fasciites plantaires, n'avaient plus posé de problèmes; le suivi avait ainsi été achevé fin 2018. Aucune infiltration n'avait été faite, au vu de la peur du patient des aiguilles. L'assuré avait indiqué être suivi auprès du généraliste traitant pour des dorso-lombalgies chroniques, et qu'en cas de l'échec du traitement conservateur, il serait peut-être adressé chez un neurochirurgien. Le Dr B. _____ a précisé au patient qu'il restait à sa disposition en cas de réapparition de difficultés aux genoux ou talons. - Dans un courriel du 7 juillet 2020 (dos. OAI 169), le Dr C. _____, chef de clinique adjoint en rhumatologie, indique à la mandataire avoir rencontré pour la première fois le patient au mois de mai 2020 et le revoir en consultation le 15 juillet 2020, afin de discuter des investigations réalisées et de l'efficacité de la thérapie proposée. Ceci devrait l'orienter quant à un éventuel diagnostic, ou tout du moins une problématique. Il indique qu'il écrira à la mandataire suite à cette consultation seulement, afin de la renseigner au mieux sur son état, ce qu'il lui est difficile de faire pour le moment.

E. 3.3

Pour la Cour, il est manifeste que ce courrier et ce courriel ne rendent pas plausibles une péjoration déterminante au sens de l'assurance-invalidité de l'état de santé de l'assuré par rapport à la situation prise en compte dans la procédure précédente, qui s'est achevée par la décision du 22 octobre 2018, entrée en force. Ce d'autant moins que le Dr B. _____ (et l'assuré aussi) a bien spécifié y relater uniquement son suivi de 2018, d'une part, et que tant ce suivi que les problèmes qu'il a traités, selon lui avec succès, ont été dûment appréciés, parmi d'autres, lors de la première demande de prestations (cf. le dos. OAI, et notamment l'expertise y figurant), d'autre part. Quant au suivi que mentionne le Dr C. _____, hormis qu'il paraît concerner la rhumatologie, le contenu de son courriel ne permet pas non plus, en tout état de cause, de retenir cette plausibilité d'une péjoration de l'état de santé; étant souligné au surplus qu'une problématique rachidienne avait, entre autres, été appréciée lors de la première demande de prestations (cf. notamment le rapport d'expertise). La Cour relève que si une demande de consultation du dossier a été faite par un centre de psychiatrie et psychothérapie, le 7 février 2020, sans autre précision que le nom d'une psychologue suivant l'assuré, que l'OAI y a déféré le 10 du même mois, et que la mandataire a demandé des renseignements au psychiatre traitant le 8 mai 2020 (cf. dos. OAI 118, 121 et 156), ces seuls

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 éléments, même joints à la mention dans la nouvelle demande d'une dépression aiguë, ne sauraient aucunement suffire à fonder une péjoration de

l'état de santé qui devait amener l'OAI à entrer en matière sur la nouvelle demande.

E. 3.4

Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'appartenait pas à l'OAI de procéder à des mesures d'instruction supplémentaires avant de rendre sa décision, en vertu de ce que rappelé au considérant 2. C'est en effet sur la base des pièces en sa possession lorsqu'elle statue que l'autorité intimée doit examiner si une aggravation de l'état de santé a été rendue plausible. Ce n'est que dans l'affirmative que l'OAI instruit ensuite la demande. Comme cela ressortait du projet de décision du 27 mars 2020 (cf. dos. OAI 144), il revenait ainsi à l'assuré de produire devant l'OAI tout document (médical) utile rendant plausible la péjoration déterminante de sa santé, ce qu'il n'a pas fait. La Cour retient en outre qu'il n'en a pas été empêché, même eu égard à la situation sanitaire: l'OAI a d'abord fait application de l'ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19; RS 173.110.4), prévoyant une suspension des délais jusqu'au 19 avril 2020. Il a ensuite donné une suite positive aux requêtes de la mandataire, des 18 mai, 25 juin, 6 et 7 juillet 2020 (dans ce dernier, elle demandait à l'OAI de bien vouloir atteindre de connaître les conclusions que le Dr C._____ pourrait formuler), prolongeant le délai pour la production de pièces finalement jusqu'au 31 juillet 2020. L'on notera encore qu'entre le 31 juillet 2020 et la décision du 20 août 2020, l'assuré ne s'est plus manifesté. Tout grief du recourant sur cette question de l'instruction, de la production de pièces et des délais doit, autant que suffisamment formulé, être rejeté. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, la non-entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations étant pleinement fondée, et la décision attaquée confirmée.

E. 4

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 400.-, seront mis à la charge du recourant, qui succombe, et compensés avec l'avance de frais du même montant. Il ne sera pas alloué de dépens. (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. Ils sont prélevés sur l'avance du même montant versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 25 mars 2021/djo La Vice-présidente : Le Greffier-rapporteur :

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