



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

605 2019 255

## **Arrêt du 19 novembre 2020**

### **1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président : Marc Boivin  
Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux  
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, recourant**, représenté par Me Charles Guerry, avocat  
contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
FRIBOURG, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-invalidité; refus d'entrer en matière – aggravation  
plausible de l'état de santé

Recours du 30 septembre 2019 contre la décision du 3 septembre  
2019

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, né en 1977, originaire de B. \_\_\_\_\_, domicilié à C. \_\_\_\_\_, marié et père de deux enfants mineurs, sans formation, travaillait en tant qu'ouvrier auprès d'une entreprise active dans l'entretien et la rénovation de bâtiments.

Il était assuré, par le biais de son employeur, auprès de la SUVA contre les accidents professionnels et non-professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

B. Le 16 septembre 2010, une pièce métallique qu'il était occupé à démonter lui tomba sur le poignet gauche. Ce cas a été annoncé à la SUVA qui l'a pris en charge.

L'assuré a commencé à travailler en tant que peintre auprès d'une autre entreprise en août 2011.

C. Le 10 septembre 2013, A. \_\_\_\_\_ a été opéré à son poignet gauche. Une incapacité totale de travail est médicalement attestée depuis lors.

Le 26 septembre 2013, son nouvel employeur a annoncé la rechute du cas à la SUVA, laquelle l'a prise en charge. Le contrat de travail a été résilié par l'employeur au 31 mars 2015.

Par décision du 23 avril 2015, confirmée sur opposition le 8 septembre 2015, la SUVA a reconnu à son assuré le droit à une rente fondée sur un degré d'invalidité de 10% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) basée sur un taux de 10%.

Le 13 octobre 2015, l'assuré a annoncé la rechute de son cas à la SUVA se plaignant de fortes douleurs et d'un poignet gonflé à force de faire des mouvements à répétition. Dans le cadre du traitement de son dossier, l'assuré a réalisé un séjour auprès de D. \_\_\_\_\_ du 8 novembre au 6 décembre 2016.

Par décision du 4 janvier 2019, la SUVA a maintenu un degré d'invalidité inchangé à 10% mais versé une IPAI complémentaire de Fr. 6'300,- correspondant à un taux supplémentaire de 5%. La décision quant au droit à la rente a été confirmée sur opposition le 23 avril 2019.

Un recours (605 2019 121) contre cette décision a été déposé au Tribunal cantonal le 14 mai 2019.

D. Parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, le 11 février 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison de son atteinte au poignet gauche.

Dans le cadre l'intervention précoce, l'OAI a pris en charge des cours de français du 10 juin 2014 au 11 juillet 2014, une formation de cariste (cours et examen) du 14 juillet 2014 au 17 juillet 2014 et un coaching individuel du 11 mars 2015 au 11 juin 2015. Le 7 octobre 2015, il a mis fin à la phase d'intervention précoce.

Avis pris auprès du Service médical régional (ci-après: SMR), par décision du 30 mai 2018, reprenant un projet du 16 mars 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations, se fondant sur un degré d'invalidité de 3.26%.

E. Le 31 octobre 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations devant l'OAI, indiquant son atteinte au poignet gauche présente depuis septembre 2010.

Le 13 novembre 2018, l'Office a annoncé son projet de ne pas entrer en matière sur cette nouvelle demande. Après avoir pris avis auprès du SMR, il a confirmé ce projet par décision du 9 janvier 2019.

F. Le 25 février 2019, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était péjoré, transmettant un rapport de son psychiatre traitant. Le 25 mars 2019, il a déposé une nouvelle demande de prestations, indiquant notamment avoir *"de plus en plus de problème[s] psychique[s] du[s] à [s]on handicap du poign[et] gauche"*.

Se référant à un rapport de son SMR, par décision du 3 septembre 2019, reprenant un projet du 20 mai 2019, l'OAI n'est pas entré en matière sur cette nouvelle demande.

G. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 30 septembre 2019 concluant, avec suite de frais et dépens, à ce que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande.

A l'appui de son recours, il se prévaut des rapports de son psychiatre et de son chirurgien, lesquels attesteraient de son incapacité totale à travailler. Il conteste par ailleurs les conclusions du médecin du SMR, lesquelles ne sont pas fondées sur un examen médical et rendues par un spécialiste en anesthésiologie.

Le 4 octobre 2019, l'assuré s'est acquitté de l'avance de frais de CHF 400.- requise.

Dans ses observations du 11 novembre 2019, l'OAI propose le rejet du recours, renvoyant aux pièces du dossier ainsi qu'à la motivation de sa décision.

Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, 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 à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable, le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

### 2.

2.1. Conformément à l'art. 87 al. 2 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'impuissance 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.

L'al. 3 prescrit que, 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'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). 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).

2.2. 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. 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. 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).

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). Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, 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).

2.3. Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGA) 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 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, 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. 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. arrêt TF 9C\_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

3.

Il convient donc d'examiner si c'est à juste titre que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande du 25 mars 2019.

3.1. Il est, dans ce contexte, essentiel de rappeler les motifs l'ayant conduit à rejeter la demande initiale de prestations par décision du 30 mai 2018. Il estimait alors que l'assuré était en mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein, sans perte de rendement, et cela malgré l'aggravation de l'état de santé intervenue depuis l'automne 2016.

La décision renvoyait d'abord à l'appréciation du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du SMR. Dans son rapport du 14 mai 2014, celui-ci estimait que toute *"activité respectant les limitations fonctionnelles (diminution de force et de mobilité du poignet G) [était] exigible"* (dossier OAI, p. 220; cf. ég. p. 457).

La décision se référait également aux conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport du 3 décembre 2014, celui-ci indiquait que l'assuré pouvait *"avoir une activité industrielle légère à moyenne sur toute la journée en évitant les coups et les à-coups, l'utilisation de masse, massette, gros marteau de même que tous les générateurs de vibrations ou appareil en provoquant"*. Il conseillait également d'éviter le *"port de charges lourdes, plus de 15 à 20kg plusieurs fois par jour pour la main G atteinte de même que toutes les activités chroniques répétitives monotones pour la main atteinte de même que les opérations de serrage et desserrage répétées"*. Il déconseillait encore *"l'utilisation d'échelles et/ou d'échafaudages"* pour des raisons de sécurité (dossier OAI, p. 414; cf. ég. p. 541, 579, 731, 872 et 874).

L'on rappelle que, à l'époque, l'assuré avait bénéficié d'un séjour auprès de D.\_\_\_\_\_ entre le 8 novembre et le 6 décembre 2016. Ses médecins retenaient alors les limitations fonctionnelles suivantes: *"port répété de charges supérieures à 10 kg; mouvements répétitifs avec le poignet gauche; utilisation d'outils vibrant"*. Sur le plan psychique, ils évoquaient l'existence de traits

dépressifs et d'inquiétude en lien avec l'avenir professionnel mais ne retenaient aucun diagnostic. Ils estimaient que la réinsertion du patient serait rendue plus difficile par la longueur de l'éloignement du monde du travail, l'absence de qualification et la non-maîtrise du français écrit (dossier OAI, p. 744).

Suite à ce séjour, début 2017, l'assuré a commencé le suivi auprès d'un psychologue, lequel n'attestait pas d'une incapacité de travail (rapport du 28 mars 2017, dossier OAI, p. 961).

3.2. Reste à examiner si une aggravation de l'état de santé a été rendue plausible par les documents produits par le recourant à l'appui de sa demande du 25 mars 2019.

Sur le plan psychique, l'assuré se prévaut des conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_, médecin praticien et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents. Dans ses rapports du 12 février et du 12 juillet 2019, le psychiatre évoque le diagnostic d'un épisode dépressif moyen à grave ayant une origine multifactorielle. Il atteste d'une aggravation de la situation entre les premières consultations de 2018 et celles de 2019. Selon lui, son patient n'est plus en mesure de travailler à plein rendement, évaluant une baisse de la capacité de travail à 70 ou 50% (dossier OAI, p. 1'209 et p. 1'272).

Le psychiatre fait dès lors expressément état d'une aggravation de la situation en comparant deux situations clairement déterminées dans le temps. Par ailleurs, comparée à la situation évoquée par les médecins de la D. \_\_\_\_\_ et le psychologue en 2016-2017, le psychiatre rapporte une aggravation, la situation décrite passant de simples traits dépressifs à une dépression moyenne, voire grave.

Par ces deux rapports, l'existence d'une aggravation de la situation a donc été rendue plausible.

3.3. Pour s'y opposer, l'OAI se prévaut pour sa part de l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, du SMR.

Dans son rapport du 14 mai 2019, le médecin estime que l'état psychique du recourant est *"la conséquence et non pas la cause de l'arrêt de travail"* et que, par définition, il s'agit d'une atteinte *"de faible gravité et non durable, ne justifiant pas une incapacité de travail permanente ou de longue durée au sens de l'AI"* (dossier OAI, p. 1'239). Dans son rapport du 2 septembre 2019, il reproche au psychiatre de ne donner ni symptômes cliniques, ni limitations fonctionnelles et ni exigibilité médicale tout en plaidant *"pour une aide à la réinsertion professionnelle, ce qui confirme une capacité de travail dans une activité adaptée"* (dossier OAI, p. 1'277).

Cependant, l'argumentation employée par le médecin du SMR fait l'impasse sur de nombreux éléments relevés par le médecin traitant. Ainsi, lorsque le médecin SMR fait reproche au psychiatre traitant de ne citer ni limitations fonctionnelles ni exigibilité médicale, il ignore que celui-ci fait pourtant expressément état d'*"une baisse de la capacité à 70 ou 50 % sur le plan psychiatrique"* dans son rapport du 12 février 2019. De même, si le médecin du SMR regrette l'absence de symptômes cliniques, le psychiatre traitant fait pourtant mention de *"signes d'épuisement psychique, des troubles du sommeil liés à son état psychique, une diminution de la motivation et du moral"*.

Par ailleurs, les deux rapports du SMR font globalement référence à la classification médicale (CIM-10) pour écarter la validité du diagnostic (principal) de trouble de l'adaptation. Pour autant, il ne se détermine pas sur les incidences concrètes de ce trouble pour l'assuré. Cet automatisme ne

peut être cautionné alors que l'analyse de l'influence des troubles psychiques sur la capacité de travail doit être fondée sur une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. ATF 143 V 409; 141 V 281).

Enfin, l'anesthésiologiste tend à réinterpréter les éléments retenus par le psychiatre traitant. Ainsi, il indique que *"les symptômes décrits corroborent un trouble de l'adaptation, au sens de la définition de la CIM-10"*, écartant sans motivation le diagnostic d'*"épisode dépressif moyen à sévère"* mentionné par le psychiatre traitant. Or, l'on ne saurait suivre l'avis d'un médecin qui procède à une démarche diagnostique dans un domaine qui n'est pas le sien pour s'opposer à l'avis du seul spécialiste interrogé et cela sans même avoir examiné l'assurée. Ainsi qu'il a déjà été rappelé à l'OAI à de nombreuses reprises, cela dépasse le rôle de conseil qui est reconnu au SMR, lequel ne peut qu'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires. Tel est d'autant plus le cas lorsqu'il ne se fonde pas sur un examen clinique, comme en l'espèce (cf. notamment arrêts TC FR 608 2020 6 du 22 septembre 2020 ; 608 2019 181 du 5 décembre 2019; 608 2018 141 du 22 mai 2019; 608 2018 163 du 14 mars 2019; 608 2018 1 du 20 juillet 2018; 608 2017 158 du 27 juin 2018; 608 2017 216 du 7 mars 2018; 608 2017 17 du 6 mars 2018; 608 2017 88 du 11 septembre 2017; 608 2016 261 du 31 juillet 2017; 608 2016 120 du 9 juin 2017).

A ce stade, il apparaît essentiel de rappeler que la procédure de la non-entrée en matière vise à éviter que l'administration ait à traiter sans cesse des demandes de prestations identiques et non justifiées en détail, c'est-à-dire ne présentant pas de changement dans les faits (cf. ATF 109 V 264 consid. 3). Tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce à lire les différents rapports médicaux du Dr G. \_\_\_\_\_, lesquels attestent expressément, de manière argumentée et détaillée, de l'aggravation de la situation. Ainsi, même si les doutes soulevés par le médecin du SMR étaient fondés, l'OAI ne pouvait dans ce cas pas se contenter de l'avis de son médecin-conseil pour rendre une décision. Au contraire aurait-il dû, en pareilles circonstances, requérir un avis médical autorisé.

3.4. Au vu de ce qui précède, la Cour ne peut confirmer le refus d'entrer en matière, l'aggravation de l'état de santé de l'assurée ayant été rendu plausible.

Dans ce contexte, il n'est pas pertinent d'examiner plus en détail l'impact des troubles somatiques sur l'état de l'assuré. Il appartiendra en effet à l'OAI de procéder aux mesures d'instruction qu'il estimera nécessaire dans la mesure où le dossier lui est renvoyé.

4.

4.1 Le recours doit être admis, la décision de l'OAI annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande déposée par son assuré.

4.2. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

Le recourant se voit remboursé l'avance de frais de CHF 400.- versée.

4.3. Obtenant gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie. Le 26 novembre 2019, son mandataire a transmis sa liste de frais, d'un montant total de

CHF 2'010.87, à savoir CHF 1'845.81 au titre d'honoraires (7:23 heures à CHF 250.-), CHF 21.30 au titre de frais et CHF 143.76 au titre de la TVA. Ce montant est mis à la charge de l'OAI qui succombe.

**la Cour arrête :**

- I. Le recours est admis.  
Partant, la décision du 22 novembre 2019 est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle entre en matière.
- II. Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée.
- III. L'avance de frais de CHF 400.- est restituée au recourant.
- IV. L'indemnité de partie est fixée à CHF 2'010.87, y compris CHF 143.76 au titre de la TVA, et mise à la charge de l'autorité intimée.
- 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 19 novembre 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :