



**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

[www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc)

605 2022 179

605 2022 180

## **Arrêt du 6 juillet 2023**

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

#### **Composition**

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marianne Jungo, Philippe Tena

Greffière :

Daniela Herren

#### **Parties**

**A.**\_\_\_\_\_, **recourante**, représentée par Me Jean-Michel Duc,  
avocat

contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité – droit d'être entendu – refus d'entrer en matière

Recours du 26 octobre 2022 (605 2022 179) contre la décision du  
26 septembre 2022

Requête d'assistance judiciaire totale du même jour (605 2022 180)

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, née en 1968, domiciliée à B. \_\_\_\_\_, divorcée, sans formation professionnelle, travaillait en tant que vendeuse au sein d'une enseigne de supermarchés.

B. Le 7 septembre 1998, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

Elle indiquait s'être vu diagnostiquer une fibromyalgie en décembre 1997 et faisait état de douleurs et de blocages dorsaux, d'une épicondylite, d'une tendinite aux genoux, d'une périarthrite aux hanches et aux épaules, de troubles digestifs, de maux de tête et de troubles du sommeil.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mandaté le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Dans son rapport du 11 mars 1999, celui-ci a proposé la mise sur pied d'un bilan rhumatologique complémentaire ainsi que d'un stage de réadaptation. Ce dernier a été organisé auprès de D. \_\_\_\_\_ du 3 janvier au 2 avril 2001. Dans un rapport d'expertise du 7 décembre 2000, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a estimé que l'assurée ne pouvait plus travailler en tant que vendeuse de supermarché qu'à un taux de 30% mais qu'elle était en mesure de travailler à 55% dans une activité adaptée.

Par la suite, en novembre 2000, l'assurée a commencé une activité de représentante de vente à 50% puis, le 30 avril 2008, d'hôtesse pour démonstration sur appel.

Entretemps, par décision du 7 mars 2001, l'OAI lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité, se fondant sur un degré d'invalidité de 50.4%. La demi-rente lui a été confirmée par communications du 14 mars 2002, du 13 octobre 2005 et du 20 juillet 2010.

C. Le 15 octobre 2013, l'OAI a invité l'assurée à remplir un questionnaire de révision de rente. En l'absence de réponse après quatre rappels, par décision du 15 mai 2014, l'OAI a prononcé la suspension du versement de la rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juin 2014.

Puis, dans un projet du 25 mars 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'elle prévoyait de supprimer la rente d'invalidité rétroactivement au 1<sup>er</sup> juin 2014. Cependant, s'étant finalement vu remettre le questionnaire de révision rempli, le versement des prestations a été repris à partir du 1<sup>er</sup> avril 2015.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté une expertise bidisciplinaire auprès du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale. Dans son rapport du 29 août 2016, le premier a estimé que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte psychiatrique invalidante. Pour sa part, dans son rapport du 6 septembre 2016, le second a considéré que l'assurée était en mesure de travailler à 60% dans son activité de présentatrice et à 75% dans une activité adaptée.

Par décision du 28 septembre 2017, l'OAI a supprimé la demi-rente d'invalidité au 1<sup>er</sup> novembre 2017, précisant par décision séparée que celle-ci était maintenue durant un maximum de deux ans dans le contexte de mesures de réadaptation.

D. Par la suite, l'assurée a bénéficié d'un stage de réinsertion à D. \_\_\_\_\_ à partir du 29 novembre 2017. Celui-ci a été interrompu le 10 juin 2018.

Dans un projet de décision du 14 décembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il prévoyait d'interrompre les mesures de réadaptation et le versement de la demi-rente le 31 décembre 2018. Suite aux explications de l'assurée, l'OAI a repris le service des prestations. Une nouvelle mesure a été réalisée du 17 septembre au 30 novembre 2019.

E. Le 25 mai 2022, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir de douleurs corporelles sur fibromyalgie probable, d'une hyperlaxité ligamentaire et d'une maladie des petites fibres à éliminer, d'un syndrome anxio-dépressif, d'un status post-chirurgie de la cheville droite en 2018 et de migraines.

Dans un projet de décision du 25 juillet 2022, l'OAI a informé l'assurée qu'elle n'avait pas rendu plausible la péjoration de son état de santé.

Avis pris auprès de son Service médical régional (SMR), par décision du 26 septembre 2022, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

F. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Duc, avocat, interjette recours (605 2022 179) devant le Tribunal cantonal le 26 octobre 2022, concluant, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI.

A l'appui ses conclusions, elle soutient que son état de santé s'est considérablement dégradé, de sorte qu'il appartient à l'OAI d'entrer en matière sur sa demande de prestations. Indiquant ne pas avoir été en mesure de prendre connaissance de l'entier du dossier, elle demande l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son recours.

Parallèlement à son recours et par mémoire du 6 décembre 2022 (605 2022 180), elle requiert l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite totale et la nomination de son mandataire en qualité de défenseur d'office.

Dans ses observations du 20 décembre 2022, l'OAI propose le rejet du recours.

Dans un mémoire complémentaire du 13 janvier 2023 et des déterminations du 20 février 2023, l'assurée modifie ses conclusions, demandant l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

A son appui, elle soutient que l'Office a violé son droit d'être entendue en n'attendant pas qu'elle produise le rapport annoncé de son psychiatre. Elle se plaint, à cet égard, également de ce que le médecin du SMR ne s'est pas prononcé sur l'ensemble des rapports qui lui ont été soumis. Elle estime ensuite avoir produit suffisamment de moyens de preuve qui rendent l'aggravation de son état de santé et son incapacité de travail plausibles, tant sur le plan somatique que psychique.

Le 2 février 2023, l'OAI maintient sa proposition de rejeter le recours.

## en droit

1.

### *Recevabilité*

1.1. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1; 125 V 413 consid. 1a et les arrêts cités).

Pour sa part, l'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (arrêt TF 9C\_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2).

1.2. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503; 122 V 36 consid. 2a et les références citées).

L'autorité de recours n'est pas tenue d'élargir la procédure au-delà de l'objet du litige ou de la contestation (arrêt TF K 117/92 du 21 avril 1993 consid. 2b; MEYER/VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, n. 24 p. 445 et 28 p. 447).

1.3. En l'espèce, le litige porte exclusivement sur le point de savoir si la nouvelle demande du 25 mai 2022 établissait de manière plausible une modification de l'invalidité susceptible d'influencer le droit de la recourante aux prestations de sorte que l'OAI devait entrer en matière sur celle-ci.

En ce qu'elles s'écartent de l'objet du litige, les conclusions modifiées de la recourante tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité entière sont donc irrecevables.

Au demeurant, quand bien même elle ne conclut pas expressément sur ce point, force est de constater qu'elle semble mettre en cause les éléments retenus par l'OAI dans sa décision du 28 septembre 2017, supprimant la rente avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2017. Or, il n'appartient pas à la Cour de céans de remettre en cause cette décision puisqu'elle n'a pas été contestée à l'époque. Elle est désormais entrée en force de chose décidée et ne peut être contrôlée par le biais d'une voie de recours ordinaire.

1.4. En revanche, en ce qu'il a trait au bien-fondé de la décision de non-entrée en matière de l'OAI, le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en

autre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est partiellement recevable.

2.

### *Dispositions relatives au droit d'être entendu*

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 Cst.), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond.

2.1. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment et celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1, 135 I 279 consid. 2.3; 135 II 286 consid. 5.1; 132 V 368 consid. 3.1).

Une partie à un procès doit pouvoir prendre connaissance de toute observation ou pièce soumise au tribunal et se déterminer à son propos, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement de nature à influencer sur le jugement à rendre. Il appartient en effet d'abord aux parties, et non au juge, de décider si une prise de position ou une pièce nouvellement versée au dossier contient des éléments déterminants qui appellent des observations de leur part. Elles doivent à cette fin pouvoir s'exprimer dans le cadre de la procédure, ce qui suppose que la possibilité leur soit concrètement offerte de faire entendre leur point de vue. En ce sens, il existe un véritable droit à la réplique qui vaut pour toutes les procédures judiciaires (ATF 133 I 98 consid. 2.1, 133 I 100 consid. 4.3 - 4.6).

2.2. Le droit de faire administrer des preuves suppose que le fait à prouver soit pertinent, que le moyen de preuve proposé soit nécessaire pour constater ce fait et que la demande soit présentée selon les formes et délais prescrits (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148). Cette garantie constitutionnelle n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 p. 298 s. et les arrêts cités).

2.3. Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Cela étant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2; 135 I 279 consid. 2.6.1).

Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

3.

### *Examen de la violation alléguée du droit d'être entendu*

A l'appui de son recours, l'assurée se plaint de ce que l'OAI n'ait pas attendu un rapport de son psychiatre traitant avant de statuer sur son droit aux prestations.

3.1. Dans son projet de décision de non-entrée en matière du 25 juillet 2022, l'OAI informait la recourante qu'elle lui laissait un délai de 30 jours pour transmettre les documents nécessaires pour pouvoir entrer en matière sur la nouvelle demande.

Suite à ce projet, l'assurée a transmis plusieurs rapports médicaux, dont notamment un rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie au sein de I.\_\_\_\_\_, lequel indiquait avoir programmé un rendez-vous auprès du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du même institut. Le Dr H.\_\_\_\_\_ précisait vouloir voir si sa patiente était éligible au « *groupe TCC (thérapie cognitivo-comportementale) ou d'éducation par les pairs* ».

Puis, par courrier du 5 septembre 2022, le curateur de la recourante, K.\_\_\_\_\_, a invité l'OAI à demander un rapport au Dr J.\_\_\_\_\_ qui suivait la recourante. Enfin, par courrier du 8 septembre 2022, ce même curateur a informé l'OAI que dit psychiatre ne pouvait pas adresser de rapport avant le 15 septembre 2022 et demandait à l'OAI de patienter avant de statuer sur ce dossier.

Le 26 septembre 2022, l'OAI a rendu sa décision de refus d'entrer en matière.

3.2. Il ressort de ce bref rappel des faits que l'OAI était pleinement conscient que son assurée était suivie par le Dr J.\_\_\_\_\_. En effet, l'Office en avait été informé par le Dr H.\_\_\_\_\_ et par K.\_\_\_\_\_. Ce dernier avait par ailleurs précisé qu'un rapport médical serait transmis à l'OAI par ce psychiatre après le 15 septembre 2022.

Cependant, il n'apparaît aucune violation du droit d'être entendu de la recourante dans la gestion de ce dossier et sa prise de décision en l'absence d'un rapport du Dr J.\_\_\_\_\_.

En effet, la décision de refus d'entrer en matière a été rendue le 26 septembre 2022, à savoir plus de quarante jours après l'échéance du délai indiqué dans son projet de décision du 25 juillet 2022 – étant rappelé qu'il s'agit d'un délai légal qui ne peut, en principe, pas être prolongé (art. 57a al. 3 LAI) – et plus de dix jours après l'échéance du terme indiqué par le curateur de la recourante.

Dans ce contexte, l'Office a pleinement donné à la recourante la possibilité d'apporter les moyens de preuves qu'elle entendait soumettre. A tout le moins, cette dernière aurait pu l'informer que la production d'un rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ prendrait plus de temps que prévu. En l'absence du moyen de preuve annoncé ou ne serait-ce que d'une simple intervention de l'assurée au terme du délai indiqué, l'OAI était manifestement légitimé à rendre sa décision sans plus attendre, d'autant moins qu'à ce stade, il ne lui incombait pas de procéder à des mesures d'instruction, sous la forme d'un éventuel rappel au médecin.

4.

### *Dispositions relatives à l'entrée en matière sur les nouvelles demandes*

4.1. 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'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.

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'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 citées). 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).

4.2. 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).

4.3. 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.).

4.4. 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).

5.

#### *Rappel de la situation médicale lors de la décision du 28 septembre 2017*

Il n'est pas sans intérêt de rappeler la situation de l'assurée au moment où l'OAI a supprimé la demi-rente d'invalidité par décision du 28 septembre 2017. Celle-ci était fondée sur les conclusions bidisciplinaires du Dr G. \_\_\_\_\_ et du Dr F. \_\_\_\_\_.

Sur le plan psychiatrique, dans son rapport du 29 août 2016, le Dr F. \_\_\_\_\_ relevait que la recourante faisait état d'un sentiment de découragement ainsi que d'un sentiment d'infériorité par rapport à ses douleurs car elle se sentait limitée. Il soulignait la présence d'un discours logorrhéique par moments. Il précisait que la recourante n'avait aucune idée suicidaire, qu'elle n'était pas dépressive et qu'elle n'avait « *jamais été suivie par un psychologue ni par un psychiatre, par ailleurs elle n'en [voyait] pas la nécessité et elle n'[avait] jamais pris de médicaments psychotropes* ». Si, par le passé, un diagnostic de fibromyalgie avait été posé, ce diagnostic l'avait été par un rhumatologue et non par un psychiatre. Pour sa part, il estimait qu'il n'y avait pas de signes ou des symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité de sorte qu'il ne retenait pas de limitations fonctionnelles sur ce plan (dossier OAI, p. 330).

Sur le plan somatique, dans son rapport du 6 septembre 2016, le Dr G. \_\_\_\_\_ relevait que l'assurée faisait état de lombopygalgies avec irradiations en barre à droite, de cervicobrachialgies avec irradiation aux deux épaules et dans la région interscapulaire, d'omalgies bilatérales et de polyarthralgies (épaules, coudes, poignets, périhanches, genoux et thorax antérieur). A lire l'imagerie médicale, il note la présence d'un syndrome cervicobrachial (C5-C6) et lombovebral (L1-L2 et L2-L3), sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, associé à des omalgies sans signe de conflit ou de tendinopathie. Néanmoins, notant une discordance entre les douleurs exprimées et les



examens, il estime que l'impotence fonctionnelle est surtout en lien avec le vécu douloureux devenu chronique, soit un facteur subjectif.

Selon lui, les atteintes objectives limitent l'assurée dans les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 8 kg et ce, de manière répétitive, ainsi que les positions debout immobile prolongées de plus de 3 heures. Dans une activité adaptée, il estime que la capacité de travail est de 75%, sans diminution de rendement (dossier OAI, p. 352).

6.

#### *Examen du refus d'entrer en matière dans le cas d'espèce*

Afin de déterminer si une aggravation a été rendue plausible, il convient de mettre cette situation en lien avec les nouvelles pièces au dossier.

6.1. Pour fonder son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestation déposée par la recourante, l'OAI s'est fondé sur l'avis du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au sein du SMR.

Dans son rapport du 30 août 2022, ce médecin considère que la problématique de santé n'a pas changé depuis 2016. S'il admet qu'une maladie des petites fibres a été investiguée, en l'absence de rapport du neurologue, il estime que celle-ci n'a pas été confirmée. En outre, s'il relève la présence d'une hernie nouvelle en L3-L4 avec conflit sur la racine L4 à gauche, il estime que cette atteinte n'a pas d'impact sur l'exigibilité précédemment retenue, ne semblant pas faire l'objet de plaintes ou de signes cliniques spécifiques (pièce 524).

Force est de constater que cette appréciation n'est pas mise en doute par les autres pièces au dossier.

6.2. Sur le plan somatique d'abord, il est aisé de se rattacher aux conclusions du médecin du SMR. En effet, les plaintes et les constats rapportés par les différents médecins de la recourante ne montrent que peu d'évolution objective et subjective.

En particulier, dans ses rapports du 17 février et 24 juin 2022, le Dr H. \_\_\_\_\_ indique que sa patiente consulte pour des « *douleurs corporelles diffuses* » qu'elle présente depuis l'adolescence et apparues progressivement (dossier OAI, page 515 et 518). Bien que peu décrites par ce médecin, il apparaît que les atteintes sont proches de celles rapportées par les experts en 2016, notamment sur le plan des diagnostics (fibromyalgie, hyperlaxité ligamentaire, maladie des petites fibres). Tel est également le cas lorsqu'on lit le rapport du 18 août 2022 du Dr M. \_\_\_\_\_, médecin praticien, qui fait état d'un tableau clinique proche de celui examiné par les experts en 2016, avec des plaintes douloureuses diffuses ainsi que des atteintes objectivées aux cervicales et aux lombaires (dossier OAI, page 521).

Certes ces deux médecins évoquent-ils les diagnostics d'hyperlaxité ligamentaire et de taux plus faible en petites fibres. Cependant, ces deux diagnostics ne sauraient attester d'une évolution notable de la situation. En effet, le diagnostic d'hyperlaxité n'est pas nouveau puisqu'il est évoqué depuis 2000 et a été écarté par le Dr G. \_\_\_\_\_, lequel s'est fondé sur les critères de Beighton (dossier OAI, page 360 et 361). Pour sa part, en l'absence d'un avis neurologique spécialisé permettant d'en confirmer les conséquences et l'évolution, le faible taux de petites fibres ne s'accompagne pas nécessairement d'un caractère douloureux expliquant les plaintes de l'assurée.

Au demeurant, en l'absence de biopsie comparative, ce faible taux ne signifie pas que l'état de santé se serait effectivement péjoré depuis 2016. Il peut, tout autant, s'agir d'une appréciation médicale différente d'un état de santé resté globalement inchangé.

Ces différents rapports ne permettent pas de constater la présence d'une péjoration notable de l'état de santé de la recourante, avec impact sur son droit aux prestations.

6.3. Sur le plan psychiatrique ensuite, force est de constater que la nouvelle demande n'était accompagnée d'aucun rapport du psychiatre traitant qui puisse être pris en compte au stade du recours (cf. consid. 3 ci-avant). Il convient donc de se fonder sur les rapports de non-spécialistes en psychiatrie, à savoir le Dr H.\_\_\_\_\_ et le Dr M.\_\_\_\_\_. Or, s'agissant d'une atteinte entrant dans la catégorie des affections psychiques, c'est en principe à médecin-psychiatre qu'il appartient de poser un diagnostic et de se prononcer sur l'incapacité de travail qui peut ou non en résulter. Dans ce contexte, les constats figurant dans ces rapports doivent être pris en compte avec une certaine réserve.

Dans ses rapports, le Dr H.\_\_\_\_\_ retient que l'assurée a fait un tentamen en 2020, qu'elle a bénéficié d'un suivi psychiatrique de courte durée. Si ces éléments pourraient être un indice allant dans le sens d'une péjoration de l'état de santé, il est le lieu de noter que ce tentamen a eu lieu dans un contexte de suppression des prestations d'assurance sociale. Or, alors qu'il évoquait en février 2022 la mise sur pied d'un traitement psychiatrique, il souligne en juin 2022 que sa patiente refuse de prendre des antidépresseurs sans évoquer d'autre traitement psychiatrique (dossier OAI, p. 515 et 517). Pour sa part, dans son rapport du 18 août 2022, le Dr M.\_\_\_\_\_ indique que sa patiente a souffert d'un état anxiodépressif par le passé (anamnèse) mais n'évoque aucun suivi ou traitement d'ordre psychique ou psychiatrique (dossier OAI, p. 521).

L'existence d'une tentative de suicide pourrait aller dans le sens d'une péjoration de l'état de santé. Néanmoins, face à un suivi initial de courte durée et un refus de poursuivre, après quelques mois, un traitement en juin 2022, le caractère durable et invalidant de cette péjoration n'est pas rendu plausible. Au final, demeurent donc les seules déclarations de l'assurée, selon lesquelles elle aurait commencé un suivi auprès du Dr J.\_\_\_\_\_ après février 2022 (dossier OAI, page 514), dont, faut-il le rappeler, aucun rapport n'avait toutefois été remis à l'appui de la nouvelle demande.

Même dans le présent contexte d'une telle nouvelle demande, la mise sur pied d'un suivi psychiatrique ne saurait à lui seul attester de la péjoration de l'état de santé de la recourante, qui plus est avec des conséquences sur son droit aux prestations d'assurance.

Force est, quoi qu'il en soit, de constater que les pièces au dossier ne rendent pas plausible l'existence d'une péjoration durable de l'état de santé sur le plan psychique.

6.4. Ceci étant souligné, il est pris acte des rapports du Dr L.\_\_\_\_\_ et du Dr J.\_\_\_\_\_ produits en procédure de recours. Ces rapports sont sans pertinence pour l'examen du cas d'espèce puisque le juge n'a pas à prendre en considération les rapports postérieurs à la décision de refus d'entrer en matière (cf. consid. 3 ci-avant).

Pour autant, ces rapports, en particulier celui du psychiatre traitant, pourront être produit par l'assurée à l'appui d'une éventuelle nouvelle demande de prestations (cf. courrier de l'OAI du 8 mars 2023).

7.

#### *Sort du recours*

Il s'ensuit que, mal fondé, le recours (605 2022 179) doit être rejeté et la décision de refus d'entrer en matière du 26 septembre 2022 est ainsi confirmée.

Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe.

Le recours ayant été rejeté sur le fond, il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

8.

#### *Demande d'assistance judiciaire*

La recourante sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire totale (605 2022 180) dans le cadre du recours interjeté contre la décision du 26 septembre 2022.

8.1. 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 et 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 CPJA, l'assistance judiciaire comprend, pour le bénéficiaire, la dispense totale ou partielle des frais de procédure (al. 1 let. a), et de l'obligation de fournir une avance de frais 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). L'octroi de l'assistance judiciaire peut être subordonné au paiement d'une contribution mensuelle aux prestations de la collectivité publique (al. 3). L'assistance judiciaire ne dispense pas du versement de l'indemnité de partie visée aux articles 137 et suivants (al. 4).

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).

8.2. En l'occurrence, la recourante est soutenue par le service de l'aide sociale de sa commune. Dans ces circonstances et sans de plus amples démonstrations, la condition de l'indigence est en l'occurrence vraisemblablement remplie.

S'agissant de la seconde des conditions des chances de succès, il convient de relever que les arguments invoqués à l'appui du recours n'apparaissaient, à première vue, pas d'un très grand poids. Pour autant, l'examen du dossier auquel a dû se livrer la Cour a tout de même présenté certaines particularités (sur la question, notamment, du droit d'être entendu), de sorte qu'il n'est pas possible d'en conclure que le recours était d'emblée dénué de toute chance de succès.

Cela étant, les conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière étaient manifestement irrecevables, ce qui aurait d'emblée dû apparaître à un avocat habitué des litiges d'aide sociale. Ces conclusions étant dénuées de chance de succès, il sera tenu compte de l'irrecevabilité partielle du recours lors de l'examen du montant de l'indemnité du défenseur d'office.

Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2022 180) peut être admise et Me Duc, avocat, désigné comme défenseur d'office.

8.3. Le 31 mars 2023, le mandataire de l'assurée a produit une liste de frais, d'un montant total de CHF 3'441.04, à savoir CHF 3'195.- au titre d'honoraires (17:45 heures à CHF 180.-), CHF 15.90 au titre de frais et CHF 247.27 au titre de la TVA (7.7%).

Le montant réclamé ne peut être approuvé. En effet, le temps consacré à cette affaire dépasse manifestement le temps qu'aurait dû consacrer un avocat, qui plus est doté d'une certaine expérience professionnelle, pour contester un refus d'entrer en matière. On relèvera, en particulier, que l'avocat n'a pas été confronté à des questions de fait ou de droit inhabituelles ou exceptionnellement ardues et qu'il n'a pas non plus eu à étudier un dossier particulièrement volumineux. On peut également rappeler que le procès en matière d'assurances sociales est gouverné par la maxime inquisitoire (cf. ATF 114 V 87 consid. 4b).

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans fixe l'indemnité du défenseur d'office *ex aequo et bono* à CHF 1'500.-, plus CHF 115.50.- au titre de la TVA (7.7%). Un tel montant, qui correspond à environ huit heures de travail, permet de tenir compte des circonstances du présent cas ainsi que des problématiques en cause.

8.4. Les frais de justice, par CHF 400.-, mis à la charge de la recourante ne sont dès lors pas prélevés, cette dernière étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale.

(dispositif en page suivante)

## la Cour arrête :

- I. Le recours (605 2022 179) est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (605 2022 180) est admise et Me Duc, avocat, est désigné défenseur d'office.
- III. Les frais de justice, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante ; ils ne sont pas prélevés, cette dernière étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale.
- IV. L'indemnité allouée à Me Duc en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 1'500.-, plus CHF 155.50.- au titre de la TVA. Elle est intégralement prise en charge par 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 juillet 2023/pte

Le Président

La Greffière