



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

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

608 2018 148

Arrêt du 19 novembre 2018

II^e Cour des assurances sociales

Composition	Président:	Johannes Frölicher
	Juges:	Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud
	Greffière-rapporteuse:	Carine Sottas

Parties

A. _____, recourant

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (refus d'entrer en matière)

Recours du 30 mai 2018 contre la décision du 8 mai 2018

considérant en fait

A. A. _____, né en 1961, séparé, père de deux enfants majeurs, domicilié à B. _____, travaillait comme tailleur de pierres. Il s'est vu octroyer avec effet au 1^{er} mars 2003 un quart de rente de l'assurance-invalidité par décision du 31 mars 2006 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après OAI), en raison de troubles rhumatologiques et psychiques.

Par décision du 19 mars 2010, l'OAI a supprimé le quart de rente en raison d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré entraînant une capacité de travail de 100% avec diminution du rendement de 5 à 10% dans une activité adaptée. Cette décision a été confirmée sur recours par arrêt du Tribunal de céans du 3 mai 2012 (605 2010 123).

L'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations AI le 20 septembre 2012 en raison de l'aggravation de son état de santé. Le 25 mars 2015, l'OAI lui a refusé l'octroi d'une rente, la capacité de travail étant restée la même. Le Tribunal de céans a rejeté le recours dirigé contre cette décision par arrêt du 15 février 2017 (605 2015 102), aucune modification des atteintes tant physiques que psychiques n'ayant été constatée, de sorte qu'une activité adaptée restait exigible.

Le 15 mars 2018, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI en raison d'une maladie coronarienne, de rhumatisme, de diabète et d'apnées du sommeil, sans toutefois fournir de document médical. Dans son projet de décision du 28 mars 2018, l'OAI l'a informé qu'un nouvel examen de son dossier n'était envisageable que s'il rendait plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la précédente décision du 25 mars 2015. Il lui a donc accordé un délai de 30 jours pour fournir une attestation médicale en ce sens, tout en l'avertissant qu'à défaut, il n'entrerait pas en matière sur sa demande.

L'assuré n'ayant pas produit de rapports médicaux, l'OAI s'est refusé à entrer en matière en l'absence de modification de la situation par décision du 8 mai 2018.

B. A. _____ interjette recours contre cette dernière décision le 30 mai 2018. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, concluant ainsi implicitement à ce qu'il soit entré en matière sur sa demande. A l'appui de ses conclusions, il produit divers documents et allègue qu'au vu de tous ses graves troubles, il serait totalement incapable de travailler.

Le 21 juin 2018, le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 400.-.

Dans ses observations du 4 juillet 2018, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Elle relève que les pièces produites avec le mémoire de recours sont toutes postérieures à la décision attaquée et qu'elles n'ont de ce fait pas à être prises en compte.

Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable, sous réserve des conclusions sur le fond du litige, lesquelles sont irrecevables dans un recours portant sur un refus d'entrer en matière.

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

2.2. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

2.3. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En effet, selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur

demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

L'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale (arrêts TF 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, Cst.; RS 101; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et les références citées).

La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est – en application par analogie des principes découlant de l'art. 17 LPGA – 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 (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

3.

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si le recourant a établi de manière plausible une éventuelle modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits.

3.1. La dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente est la décision de refus de rente du 25 mars 2015, confirmée sur recours le 15 février 2017.

Il en ressort que le recourant souffrait d'arthrose métatarso-phalangienne du pied gauche, de lombalgies chroniques, d'une polyarthrite rhumatoïde, d'hypertension et de dépression qui ne lui permettaient plus d'exercer sa profession de tailleur de pierres ou une profession analogue, mais une activité adaptée.

Plus spécifiquement, l'assuré a également été atteint par un infarctus qui a nécessité des opérations justifiant une incapacité totale de travail, mais dont il a récupéré à partir de la fin octobre 2012, son état de santé, ses limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale étant celles prévalant avant l'infarctus. S'agissant de la polyarthrite rhumatoïde, cette atteinte n'empêchait pas l'exercice d'une activité adaptée légère, l'assuré pouvant rester assis 8h par jour, travailler avec alternance assis/debout et marche, occasionnellement à genoux et accroupi, porter occasionnellement des charges jusqu'à 5 kg et se déplacer sur un sol irrégulier ou en pente. Les atteintes rhumatismales existaient quant à elles déjà depuis mai 2011 et, stationnaires depuis de nombreuses années, n'avaient pas empêché le recourant de travailler à plein temps comme chauffeur poids lourds de juillet 2011 à février 2012, soit jusqu'à l'infarctus, ce qui démontrait qu'il était en mesure d'exercer une activité lucrative légère et adaptée. Enfin, sur le plan psychique, l'expertise réalisée en avril 2014 a établi l'absence de maladie psychiatrique invalidante et de limitations aux plans psychique, mental ou social, la capacité de travail étant entière de ce point de vue.

3.2. Le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations le 15 mars 2018. Aucun rapport médical n'a toutefois été produit avec cette demande, même après que l'assuré a été expressément rendu attentif à son devoir de produire des certificats attestant de l'aggravation de sa situation.

L'assuré a déposé divers rapports médicaux à l'appui de son recours. Ceux-ci ne changent cependant, au vu de la jurisprudence précitée, rien au bien-fondé de la décision. En effet, le juge se limite à l'examen des rapports versés au dossier jusqu'au moment de la mesure litigieuse pour décider si un refus d'entrée en matière est justifié (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêt TF 9C_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2.). De ce fait, la lettre provisoire de sortie du 16 février 2017 de l'HFR, bien qu'antérieure à cette décision, et le rapport du 17 mai 2018 du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré (dossier OAI p. 794), qui n'ont été produits qu'après celle-ci, n'ont pas à être examinés. Il en est de même des ordonnances et du plan de traitement du 14 mai 2018, s'agissant uniquement des médicaments prescrits (dossier OAI p. 849), et du rapport du 16 mai 2018 de la Dresse D._____, spécialiste en cardiologie et médecine interne générale (dossier OAI p. 842).

3.3. En revanche, trois rapports que le recourant a produit avec son recours avaient déjà été envoyés à l'assurance avant la date de la mesure litigieuse, de sorte qu'on ne saurait les écarter.

Ainsi, le 30 juin 2017, la Dresse E._____, spécialiste en cardiologie auprès de l'HFR F._____, atteste que le patient souffre désormais d'une cardiomyopathie dilatée avec une dysfonction ventriculaire gauche actuellement sévère, d'origine mixte (ischémique, rythmique – fibrillation auriculaire tachycarde – probable micro-angiopathie dans un contexte de diabète) et nécessite l'implantation d'un pacemaker de défibrillation (dossier OAI p. 804). La doctoresse ne se prononce cependant pas sur l'éventuelle influence supplémentaire des troubles sur la capacité de

travail dans une activité qui doit déjà être légère au vu des problèmes de santé dont la dernière décision de refus de rente a tenu compte. Partant, ce rapport n'a pas vocation à rendre plausible que la capacité de travail est restreinte d'une manière supplémentaire.

Le second document est le rapport provisoire de sortie du 5 septembre 2017 de l'HFR G. _____ (dossier OAI p. 794), qui atteste que le recourant a été hospitalisé du 28 août 2017 au 6 septembre 2017 pour une dyspnée, le diagnostic principal étant une décompensation cardiaque gauche dans le cadre d'une fibrillation auriculaire tachycardique. Les diagnostics secondaires consistent en un diabète de type 2, des douleurs peu claires dans le haut de l'abdomen à droite et des douleurs épigastriques, une hypokaliémie avec diagnostic différentiel et thérapie diurétique, et une insuffisance rénale aigue en lien avec la décompensation cardiaque. Les médecins retiennent encore comme comorbidité des troubles dépressifs et anxieux réactionnels, une BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) non stadée, des apnées du sommeil avec la thérapie CPAP qui n'est pas supportée, une polyarthrite rhumatoïde traitée et une dyslipidémie. Il n'y a dans ce rapport aucune indication relative au fait que de tels diagnostics pourraient influencer la capacité de travail et encore moins que celle-ci serait davantage réduite par rapport à la situation de 2015. On ne sait pas non plus si une thérapie entre en ligne de compte. Ainsi, ce rapport ne rend pas non plus plausible un changement notable.

Un rapport du 1^{er} octobre 2015 du Dr H. _____ a encore été envoyé à l'OAI entre la dernière décision et la nouvelle demande, sans pourtant avoir été joint au recours (dossier OAI p. 774). Le médecin traitant y diagnostique une polyarthrite rhumatoïde, un status après infarctus du myocarde le 26 février 2012, un status après pontage coronarien le 1^{er} mars 2012, un syndrome métabolique avec hypertension artérielle, diabète de type II non insulino-dépendant, dyslipidémie et obésité de stade II à III. Comme autres diagnostics, il retient un status après arthrodèse métatarso-phalangienne du 1^{er} orteil du pied gauche en 1977 sur fracture ouverte de l'avant-pied gauche, des troubles anxio-dépressifs et une périarthrite scapulo-humérale à droite. Il estime que la capacité de travail est de 50% pour les seuls troubles physiques. Toutefois, ce rapport n'atteste ni ne motive une aggravation de l'état de santé du recourant. De plus, certains diagnostics sont antérieurs à la dernière décision entrée en force (p. ex. la polyarthrite) ou ne ressortent pas de sa spécialité (p. ex. les troubles cardiaques), et l'on ignore quel est le traitement prescrit et son efficacité. Partant, ce rapport n'a pas non plus vocation à rendre plausible une aggravation.

En outre, aucun rapport médical émanant d'un spécialiste en psychiatrie ne figure au dossier, de sorte qu'il n'est pas établi qu'il y aurait eu une aggravation de l'état de santé psychique.

Or, pour rendre plausible en l'espèce une aggravation de la situation, il est nécessaire que les médecins se réfèrent à la situation antérieure pour la comparer à celle qui est actuelle.

Il faut ainsi constater qu'aucun rapport figurant au dossier avant la date de la décision litigieuse ne pose de diagnostics avec un effet négatif supplémentaire sur la capacité de travail, ni n'atteste une aggravation de l'état de santé de nature à influencer celle-ci dans une activité déjà adaptée.

La Cour relève encore une fois que le recourant n'a pas utilisé la possibilité qui lui a été offerte par l'OAI le 28 mars 2018 (dossier OAI p. 834) d'apporter d'autres preuves rendant plausible l'aggravation ou de formuler des objections.

3.4. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'assuré n'a pas rendu plausible que son état de santé s'était modifié de manière à influencer sa capacité de travail depuis la décision

de refus de rente du 25 mars 2015. Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée s'est refusée à entrer en matière sur la nouvelle demande présentée par l'assuré.

4.

4.1. Partant, le recours est rejeté et la décision attaquée est confirmée

4.2. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont toutefois compensés avec l'avance de frais versée le 21 juin 2018.

la Cour arrête:

I. Le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.

II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de A._____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 21 juin 2018.

III. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 19 novembre 2018/cso

Le Président:

La Greffière-rapporteuse: