



**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 2019 131

## **Arrêt du 14 novembre 2019**

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

#### **Composition**

Président : Johannes Frölicher  
Juges : Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud  
Greffier-rapporteur : David Jodry

#### **Parties**

**A.**\_\_\_\_\_, **recourante**, représentée par Me Julien Membrez,  
avocat

contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité (nouvelle demande / non-entrée en matière)

Recours du 13 mai 2019 contre la décision du 26 mars 2019

## considérant en fait

A. L'assurée, née en 1997, célibataire, s'est vu diagnostiquer dans son enfance un retard de développement mental modéré/léger, avec une dysphasie et une dysgraphie, ainsi que des troubles mnésiques à court terme et antérograde verbaux. Elle a bénéficié du soutien de l'assurance-invalidité (AI) pour sa scolarité et sa formation spécialisées. Elle a en particulier achevé avec succès sa formation initiale d'assistance en soin et accompagnement (ASA) effectuée de février 2014 à fin août 2016, obtenant une attestation de formation professionnelle (AFP). Un encadrement en entreprise et un stage de préparation à une activité professionnelle lui furent alors octroyés, pour la période de septembre à novembre 2016. Ces mesures furent cependant interrompues avant la date précitée, l'assurée ayant choisi de travailler, dès le 17 octobre 2016, à 80% auprès d'un EMS, en qualité d'aide-soignante ASA.

Par décision du 29 novembre 2017, après objections de l'assurée du 6 février 2017, l'Office AI du canton de Fribourg (ci-après: OAI) a confirmé la réussite des mesures professionnelles de l'assurée et la fin de sa réadaptation. L'activité dans laquelle elle s'était formée pouvant être exercée à plein temps, avec un rendement de 90%, un droit à une rente a été nié, le degré d'invalidité s'élevant à 12%. L'assurée n'a pas contesté cette décision.

B. Le 14 septembre 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, sur laquelle l'OAI a indiqué, le 7 novembre 2018, projeter de ne pas entrer en matière, ce à quoi objecta l'intéressée, le 28 février 2019.

C. Par décision du 26 mars 2019, l'Office s'est refusé formellement à entrer en matière sur la nouvelle demande, faute pour l'assurée d'avoir rendu plausible une modification de sa situation avec effet sur son droit aux prestations depuis la dernière décision. Il se fondait à cet égard notamment sur l'avis de son Service médical régional (SMR) selon lequel les documents médicaux produits n'attestaient aucun nouvel élément ni preuve d'une péjoration.

D. Le 13 mai 2019, l'assurée recourt contre cette décision auprès du Tribunal cantonal et conclut, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande. Elle soutient qu'une importante péjoration de son état de santé depuis la décision de novembre 2017 est avérée, au vu des pièces médicales et des témoignages fournis, ainsi que de la cessation de son activité professionnelle.

Le 6 juin 2019, la recourante verse l'avance de frais de CHF 400.- requise.

E. Dans ses observations du 5 juillet 2019, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, renvoyant à la motivation y figurant. Le rapport du 19 avril 2019 produit spontanément par la recourante le 15 juillet 2019 lui est transmis pour information.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, 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 par une assurée, dûment représentée, directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.

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'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références); le but est ainsi lié, sur un plan théorique, à la force matérielle de la décision (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, *in* RSAS 47/2003 p. 395).

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, 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.).

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).

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. *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).

3.

Doit seul être examiné ici le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande, faute pour l'assurée d'avoir rendu plausible une aggravation déterminante de son état de santé.

3.1. Les pièces médicales à prendre en compte dans le cadre de la nouvelle demande sont les suivantes:

Dans son rapport pour l'assurance perte de gain du 7 juillet 2018 (dos. OAI 380), le spécialiste en médecine interne générale Dr B.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics d'intelligence limite avec dysphasie légère, dysorthographe modérée, dyslexie légère, dyscalculie sévère et trouble de la mémoire à court terme sévère chez une patiente présentant des crises psychogènes non épileptiques. Il ne constate aucun signe ou symptôme évocateur de décompensation dépressive ou psychotique. Les séquelles cognitives développementales ont rendu la confrontation au monde du travail, et en particulier aux colloques avec les soignants nécessitant une intégration rapide de multiples avis et concepts, difficile avec exacerbation d'une symptomatologie ancienne de malaises pour lesquels de multiples examens spécialisés ont permis d'infirmier une origine comitiale, pour retenir une psychogène. Cela motive à juste titre, au vu des risques d'accidents secondaires, un arrêt de travail complet depuis le 17 janvier 2018 dans l'emploi d'aide-soignante à 80%, qui n'apparaît plus exigible. Elle demeure apte dans ce contexte à tout emploi simple à 50%, sans dépendance d'autrui ni travail en hauteur et/ou avec des machines ainsi que tenant compte de ses multiples allergies, pour lequel un projet de réinsertion devrait rapidement être initié. Une rente AI de 50% devrait être allouée pour le solde, dont l'indication devrait pouvoir être évaluée dans quelques années, après qu'elle aura intégré un emploi que sa maîtrise et son expérience rendront moins stressant. Le médecin indique que ce point de vue a obtenu l'accord des généraliste, neurologue et psychiatre traitants.

Le 14 novembre 2018 (dos. OAI 427), la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie (épileptologie), indique que sa patiente présente des malaises d'origine non épileptique, et des migraines, avec actuellement une importante recrudescence de ces phénomènes. Les malaises surviennent sans signes avant-coureurs, sont en nette augmentation, et rendent impossible la poursuite de son activité professionnelle. L'aggravation de l'état de santé est tout à fait réelle, claire et documentée.

Le spécialiste en médecine interne général traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_ (lettre du 26 novembre 2018, dos. OAI 428), relate également une aggravation de l'état de santé ces derniers mois au point d'empêcher la poursuite de l'activité professionnelle, la capacité de travail n'étant plus entière et une activité mois stressante étant conseillée. La patiente présente des crises PNES (Psychogenic Non Epileptic Seizures) en nette recrudescence et dont la survenue était toujours clairement liée au stress professionnel et à l'angoisse anticipative. Selon le praticien, un rapport du 27 novembre 2018 (d'une psychologue en délégation ou de la nouvelle psychiatre traitante?) mentionne la présence d'un trouble anxieux et dépressif.

Pour le généraliste Dr E.\_\_\_\_\_ (rapport du 20 février 2019, dos. OAI 426), l'assurée avait connu sa dernière crise trois mois plus tôt environ avant sa consultation d'urgence à la date précitée. Ce jour, elle a probablement fait une crise (convulsion), avec une probable perte de connaissance. La question d'un trouble crânien est posée (mais la radiologie n'a pas montré de saignement intercârien); elle présente des céphalées très intenses (et survenant régulièrement les derniers temps). Elle n'a pas plus de stress que d'habitude. La neurologue traitante a indiqué que le diagnostic était entre la crise d'épilepsie et celle convulsive. La patiente a pu rentrer chez elle le même jour, sans augmentation du traitement.

Dans ses avis du 24 octobre 2018 et du 19 mars 2019 (dos. OAI 413 et 455), le SMR, Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecin générale, retient que quelle que soit l'étiologie de ces crises convulsives, il en a déjà été tenu compte dans la décision du 29 novembre 2017 et les éléments médicaux produits n'attestent aucun élément nouveau. Il n'y a pas de preuve – la seule perte du travail n'en est pas une, les raisons pouvant en être multiples et pas seulement médicales – d'une péjoration; les crises étaient déjà décrites comme "pluri-hebdomadaires" en 2017. L'assurée indiquant que ces troubles existaient déjà avant le début de sa formation professionnelle, on peine à saisir pourquoi ils n'étaient pas mentionnés au dossier avant décembre 2016 et pourquoi ils seraient si invalidants à présent; il n'y a en outre pas de diagnostic clair qui fut posé à leur égard. En sus, selon le rapport du Dr E.\_\_\_\_\_, il n'y en aurait pas eu de crise durant les trois mois avant la consultation d'urgence. Enfin, si elles étaient des crises psychogènes, il s'agirait d'un trouble de la conversion n'ouvrant en général pas de droit à des prestations AI, étant assimilé aux troubles somatoformes.

Il n'y a pas lieu d'examiner ici le rapport médical de consultation d'urgence du 19 avril 2019, dont ne disposait pas l'OAI lorsqu'il a rendu sa décision et qui n'apparaît pas déterminant.

Furent encore déposées deux pièces, une, du 11 décembre 2018 (dos. OAI 441) d'une ancienne collègue de son dernier emploi, indiquant être infirmière de formation et avoir constaté plusieurs fois des crises d'épilepsies de l'assurée sur son lieu de travail. L'autre d'une voisine, du 20 novembre 2018 (dos. OAI 442), attestant de fréquentes et soudaines crises d'épilepsie; elle l'a retrouvée plusieurs fois étendue sur le chemin.

3.2. Dans le cadre de cette procédure de caractère sommaire, la Cour retient ce qui suit:

La présence de crises survenant plusieurs fois par semaines dès l'enfance avait déjà été mentionnée avant que n'a été rendue la décision de novembre 2017, et l'OAI et son SMR, Dresse G. \_\_\_\_\_ (avis du 5 septembre 2017, dos. OAI 359), psychiatrie pour enfants et adolescents, avaient écarté une influence (significative) sur la capacité de travail dans l'activité apprise (rendement de 80 à 100%) – à noter cependant l'appréciation de l'ancienne neurologue traitante, selon laquelle la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% depuis le 2 mai 2017 (cf. dos. OAI 347). Et malgré ce caractère pluri-hebdomadaires des crises et céphalées allégué, on ne retrouve mention de ces atteintes et d'une incidence (déterminante) de celle-ci (incapacité de travail, empêchements, etc.) dans les différents rapports relatifs à la formation et les pièces médicales antérieures, hormis l'indication d'une brève hospitalisation (en février 2016, semble-t-il; cf. rapport intermédiaire du 4 mai 2016, dos. OAI 298); c'est essentiellement sur une base anamnestique que les praticiens les relateront ultérieurement. En outre, selon le dossier (cf. certificats médicaux, dos. OAI 386 ss), c'est peu après la notification de la décision de fin novembre 2017 qu'une incapacité de travail totale et durable a été médicalement attestée; auparavant, l'assurée paraît avoir assumé son emploi à 80% (taux maximal défini par l'employeur, sans relation avec l'état de santé) débuté le 17 octobre 2016, hors une incapacité de travail de 50% (d'un 100%) certifiée du 2 mai au 3 juin 2017, et du 15 juin au 17 juillet 2017. Enfin, une origine comitiale des malaises paraît avoir été écartée par les médecins traitants, au profit d'une (uniquement) psychogène, en relation (en particulier) avec du stress au travail.

Cela étant, force est de constater aussi que l'assurée a séjourné du 12 au 17 janvier 2018 dans un service de neurologie (dos. OAI 392), et que, toujours ultérieurement à la décision du 29 novembre 2017, plusieurs médecins ont attesté son incapacité totale d'exercer son activité habituelle, ainsi qu'une péjoration de la situation (fréquence et intensité des crises et céphalées, ...), qualifiée même d'importante recrudescence, avec malaises en nette augmentation. En outre, si l'origine de ses malaises devait être psychogène, il est rappelé qu'une atteinte psychique peut, cas échéant, avoir un caractère invalidant. A cet égard, une absence de crise durant trois mois (cf. le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_) ne peut, ici, être considérée comme seule déterminante, dans la mesure où à cette époque, l'assurée avait cessé depuis plusieurs mois son travail lui procurant un certain stress, selon ses dires. En outre, si elle n'a produit aucune pièce médicale élaborée relative à un suivi psychiatrique/psychologique, un psychiatre traitant a toutefois certifié sur une période de six mois une incapacité totale dans son activité, et l'existence d'un tel suivi ressort d'autres pièces médicales, dont une rapporte la mention d'un trouble anxieux et dépressif (cf. dos. OAI 387 ss et *supra*).

Dans cette mesure, compte tenu des circonstances du cas d'espèce, et malgré le dépôt de la nouvelle demande intervenant peu après la décision de fin novembre 2017 et le fait que ne peut être exclu ici un certain caractère réactionnel des crises qu'indique subir l'assurée (à une maladie d'un proche [cf. rapport intermédiaire du 4 mai 2016, dos. OAI 298], à un projet ou une décision de l'OAI, ...; cf. également l'incidence d'une grande anxiété sur la formation rapportée le 29 mai 2012 par le SMR, Dresse G. \_\_\_\_\_), il apparaît qu'elle a tout de même rendu suffisamment plausible une aggravation de son état de santé. Il se justifie dès lors que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande de prestations et procède à toute mesure d'instruction utile, cas échéant (aussi) sur le plan psychique. Cela justifie l'admission du recours et l'annulation de la décision attaquée. Le dossier sera renvoyé à l'OAI, qui rendra ensuite une nouvelle décision.

4.

4.1. Les frais de procédure, par CHF 400.-, seront mis à la charge de l'autorité intimée, qui succombe. Partant, l'avance de frais du même montant versée par la recourante lui sera intégralement restituée.

4.2. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

Conformément à la liste de frais de son mandataire déposée le 11 novembre 2019, l'indemnité pour ses frais de défense sera fixée à un total de CHF 2'904.20 (soit CHF 2'625.05 d'honoraires, plus CHF 71.50 de débours, ainsi que CHF 207.65 au titre de la TVA à 7.7%), montant mis intégralement à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

### **la Cour arrête :**

I. Le recours est admis.

Partant, le dossier est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande et rende une nouvelle décision.

II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

III. L'avance de frais d'un montant de CHF 400.- est intégralement restituée à la recourante.

IV. L'équitable indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'904.20, soit CHF 2'625.05 d'honoraires, plus CHF 71.50 de débours, ainsi que CHF 207.65 au titre de la TVA à 7.7%, montant mis intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton 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 14 novembre 2019/djo

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :