



**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 161

## **Arrêt du 23 avril 2020**

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

#### **Composition**

Président : Johannes Frölicher  
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Yann Hofmann  
Greffier-stagiaire : Florian Demierre

#### **Parties**

**A.**\_\_\_\_\_, **recourante**, représentée par Me Charles Guerry,  
avocat

contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité; rente d'invalidité, refus d'entrer en matière  
Recours du 4 juin 2019 contre la décision du 6 mai 2019

## considérant en fait

A. A.\_\_\_\_\_, née en 1964, domiciliée à B.\_\_\_\_\_, a travaillé depuis 1984 en qualité d'ouvrière auprès de l'entreprise C.\_\_\_\_\_ SA sise à D.\_\_\_\_\_. Elle a été déclarée médicalement incapable de travailler à compter du 28 octobre 1998 et n'a depuis lors plus repris d'activité lucrative.

Une première demande de rente a été déposée le 15 octobre 1999 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), en lien avec une fatigue généralisée et des douleurs affectant l'ensemble de sa musculature et de ses articulations.

Par décision du 21 janvier 2000, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée avec effet au 1<sup>er</sup> octobre 1999 (taux d'invalidité de 86%). Le droit à la rente entière a été confirmé les 21 février 2001 (taux d'invalidité inchangé), 14 juin 2004 (taux d'invalidité nouvellement fixé à 100%) et 18 septembre 2007 (taux d'invalidité inchangé), aux termes de procédures de révision successives.

B. Par décision du 30 août 2017, l'OAI a supprimé la rente entière d'invalidité dont bénéficiait l'assurée, en application des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 précitée de la LAI (ci-après: Disp. Fin 6a LAI). L'office a alors en effet considéré, en s'appuyant sur l'expertise psychiatrique du Dr E.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et sur l'expertise rhumatologique de la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en rhumatologie, que les diagnostics qui avaient été à l'origine du droit à la rente étaient liés à un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et qu'ils ne pouvaient dès lors fonder une incapacité de travail durable.

Par arrêt du 16 avril 2018, entré en force de chose jugée, le Tribunal de céans a admis partiellement le recours dirigé contre la décision du 30 août 2017 (608 2017 230). Il a, en substance, confirmé que le trouble somatoforme douloureux, un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, n'était pas invalidant et que la suppression de la rente en application des Disp. Fin 6a LAI était dès lors justifiée; il a, par contre, renvoyé la cause à l'autorité intimée, afin qu'elle statue sur les mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI et reprenne, cas échéant, le versement de la rente.

Le 30 mai 2018, l'OAI a décidé de maintenir le versement de la rente entière d'invalidité durant les mesures de nouvelle réadaptation mais au plus tard jusqu'au 31 octobre 2019. A ce titre, un stage de préparation à une activité professionnelle a été organisé auprès de l'institution G.\_\_\_\_\_ à B.\_\_\_\_\_ du 25 septembre au 23 décembre 2018.

L'assurée a toutefois été déclarée incapable de travailler à compter du 2 octobre 2018 et a été hospitalisée à H.\_\_\_\_\_ du 11 au 31 octobre puis du 8 novembre au 7 décembre 2018.

Par décision du 17 janvier 2019, l'OAI a interrompu les mesures de nouvelle réadaptation avec effet au 2 octobre 2018 et décidé de cesser de verser au 30 novembre 2018 la rente dont continuait à bénéficier l'assurée, conformément à sa décision du 30 août 2017.

C. En date du 14 janvier 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de rente auprès de l'OAI, en alléguant que son état de santé se serait sensiblement péjoré.

Par décision du 6 mai 2019, l'OAI, faisant siennes les conclusions de son service médical régional (SMR), s'est refusé à entrer en matière sur la nouvelle demande de rente de l'assurée.

D. Contre la décision précitée, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours le 4 juin 2019 auprès de la Cour de céans, en concluant à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'ordre soit donné à l'autorité intimée d'entrer en matière sur la nouvelle demande et de procéder aux investigations médicales nécessaires. En substance, elle allègue, en se fondant sur des rapports médicaux de ses médecins traitant, que son état de santé se serait péjoré sur les plans somatique et psychique depuis la décision de suppression de rente du 30 août 2017.

Dans ses observations du 23 août 2019, l'autorité intimée conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, sans se déterminer plus avant.

Il n'a pas été ordonné d'autre échange d'écritures.

E. Il sera fait état des arguments des parties, 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 une assurée 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, LPGS; 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 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).

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 références citées).

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 références citées).

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. *ibid.*; 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.

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la recourante a établi de manière plausible une éventuelle modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits, conformément à l'art. 87 al. 2 RAI.

3.1. La dernière décision ayant procédé à un examen matériel du droit à la rente de l'assurée est celle du 30 août 2017.

L'OAI avait alors supprimé la rente entière d'invalidité dont bénéficiait l'assurée, en application des Disp. Fin 6a LAI. Il avait considéré, en s'appuyant sur le rapport d'expertise psychiatrique du 7 avril 2015 du Dr E. \_\_\_\_\_ (dossier AI pce p. 282 à 305), et sur le rapport d'expertise rhumatologique du 13 mars 2015 de la Dresse F. \_\_\_\_\_ (dossier AI pce p. 268 à 280), que les diagnostics qui avaient se trouvaient à l'origine du droit à la rente étaient liés à un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et qu'ils ne pouvaient dès lors fonder une incapacité de travail durable. Les experts n'avaient retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et avaient considéré que, sur le plan médico-théorique, l'assurée présentait une capacité de travail entière dans toute activité. Comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, l'experte-rhumatologue avait noté une fibromyalgie, un syndrome cervico-brachial chronique, une myogélose bilatérale, des muscles trapèzes ainsi qu'un syndrome lombo-vertébral chronique; l'expert-psychiatre retenait quant à lui des troubles dissociatifs (de conversion), sans précision (F44.9), une somatisation (F45.0) et une dysthymie (F34.1).

Le Tribunal de céans avait confirmé cette décision par arrêt du 16 avril 2018 (608 2017 230), entré en force de chose jugée.

3.2. Les documents médicaux suivants ont pour l'essentiel été produits depuis lors:

- La lettre de sortie du 5 juillet 2018 de la Dresse I. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a fait état d'une première hospitalisation de l'assurée à J. \_\_\_\_\_ de H. \_\_\_\_\_ du 5 juin au 4 juillet 2008 (dossier AI pce p. 694 s.).
- Le certificat médical du 2 octobre 2018 du Dr K. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine générale, médecin traitant de l'assurée, qui a ordonné un arrêt de travail du 2 au 31 octobre 2018 pour cause de maladie (dossier AI pce p. 651).
- Le certificat médical du 14 novembre 2018 de la Dresse L. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a fait état d'une hospitalisation de l'assurée à H. \_\_\_\_\_ à partir du 8 novembre 2018 (dossier AI pce p. 661, 668).
- La lettre de sortie du 16 novembre 2018 de la Dresse M. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu les diagnostics suivants: « *F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen; F45.40 Syndrome douloureux somatoforme persistant; F61 Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité. Traits dépendants et passifs-agressifs; F13.2 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques: syndrome de dépendance. Dépendance aux benzodiazépines; M79.70 Fibromyalgie: sièges multiples* » (dossier AI pce p. 685 à 687).
- Le rapport médical du 20 novembre 2018 de la Dresse N. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitante de l'assurée, qui a estimé que « *les symptômes*

*dépressifs se sont aggravés (idées suicidaires fréquentes), en plus des états de dissociations plus fréquents et sévères (troubles de conversion F44.7) » (dossier AI pce p. 667).*

- La lettre de sortie du 27 décembre 2018 de la Dresse O. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a noté les facteurs de crise suivants: « *Départ en vacances de sa psychiatre; perte de sa rente AI après 14 ans de rente, avec sentiment de non reconnaissance de sa maladie* ». Elle a posé les diagnostics de: « *F13.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques: Syndrome de dépendance. Dépendance aux benzodiazépines; F60.7 Personnalité dépendante avec des traits anxieux et abandonniques sévères; F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques idées suicidaires scénarisées; F45.40 Syndrome douloureux somatoforme persistant* » (dossier AI pce p. 682 s., 736 s.).

- La prise de position du 18 février 2019 du Dr P. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en anesthésiologie, du SMR, qui a estimé qu'il n'existait aucun fait médical nouveau avec effet durable sur la capacité de travail médico-théorique exigible (dossier AI pce p. 721).

- Le rapport médical du 26 février 2019 de la Dresse N. \_\_\_\_\_ qui a attesté d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis novembre 2018. Elle a retenu un trouble dépressif grave (F32.2) et un trouble de personnalité mixte (F 61) résistant au traitement (dossier AI pce p. 734, 766).

- L'attestation du 27 février 2019 du Dr K. \_\_\_\_\_ qui a noté une aggravation de l'état de santé de sa patiente (dossier AI pce p. 728, 735).

- Le courrier du 28 mars 2019 du Dr K. \_\_\_\_\_ qui a relevé que sa patiente marchait avec un déambulateur et exposé que les « *douleurs qui existaient auparavant se sont nettement péjorées en raison d'une dysautonomie de plus en plus importante et en raison d'un état psychiatrique qui a nécessité une hospitalisation à H. \_\_\_\_\_* » (dossier AI pce p. 747 s.).

- Les prises de position des 1<sup>er</sup> et 17 avril 2019 du Dr P. \_\_\_\_\_, qui a exposé que « *la Dresse N. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante de l'assurée, décrit un épisode dépressif réactionnel à la tentative de mesures de réadaptation professionnelle. Un épisode dépressif réactionnel est un phénomène aigu. Sous traitement, il se résout en quelques mois selon l'expérience clinique et la littérature médicale. La situation médicale sera à réévaluer en cas de persistance d'un épisode dépressif incapacitant au-delà d'une année* ». Il a considéré que les rapports des Drs N. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ ne rendaient pas plausible une aggravation durable de l'état de santé de l'assurée (dossier AI pces p. 743 et 754).

3.3. Dans la présente occurrence, il ressort des pièces médicales produites que l'épisode dépressif sévère nouvellement présenté par la recourante a été qualifié de réactionnel et qu'il aurait été généré par l'échec des mesures de réadaptation professionnelle (prise de position du 1<sup>er</sup> avril 2019 du Dr P. \_\_\_\_\_), voire par un départ en vacances de la psychiatre traitante de l'assurée ou la suppression de sa rente d'invalidité (lettre de sortie du 27 décembre 2018 de la Dresse O. \_\_\_\_\_). La Dresse N. \_\_\_\_\_ a estimé que l'aggravation de l'état de santé de sa patiente était survenue en novembre 2018.

Certes, au regard du fait qu'un épisode dépressif réactionnel se résorbe habituellement en quelques mois (prise de position du 1<sup>er</sup> avril 2019 du Dr P. \_\_\_\_\_), de l'absence d'examen médical récent opéré avec une méthode structurée au sens de la jurisprudence publiée aux ATF

141 V 281 et de la discordance précédemment observée entre les manifestations de l'assurée et les constatations médicales objectives (arrêt TC 608 2017 230 du 16 avril 2018 consid. 4), la plausibilité d'une aggravation sensible de l'état de santé de la recourante ne saurait d'ores et déjà être reconnue.

Toutefois, au jour de la décision entreprise soit environ 5 mois après l'éventuelle aggravation, il n'est pas exclu que cet épisode dépressif, quelle qu'en soit la cause, ne se résorbe finalement pas et entraîne une certaine incapacité de travail. Au contraire, la question de savoir si l'épisode dépressif constaté a persisté et causé une incapacité de travail ne peut être tranchée qu'au terme du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI – qui s'applique en cas de suppression de rente par les Disp. Fin 6a LAI (cf. à cet égard notamment l'arrêt TC 608 2018 224 du 5 novembre 2019 consid. 3.1.) –, comme l'avait justement laissé entendre le Dr P. \_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 1<sup>er</sup> avril 2019.

En somme, l'autorité intimée ne pouvait, pendant ce délai d'attente, valablement décider de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante (cf. SVR 2011 IV 60 181, arrêt TC 605 2008 245 du 10 octobre 2010). Au regard des circonstances mais aussi au vu des intérêts de la recourante, force est d'admettre qu'elle a donc statué de manière prématurée.

4.

4.1. Partant, le recours est admis au sens des considérants et la décision du 6 mai 2019 annulée.

La cause est renvoyée à l'autorité intimée, afin qu'elle soumette le dossier pour appréciation à son SMR puis décide nouvellement d'entrer en matière ou non sur la nouvelle demande déposée par l'assurée.

4.2. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

L'avance de frais de CHF 800.- consentie par la recourante lui est restituée.

4.3. Ayant obtenu par là gain de cause (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), la recourante a droit à des dépens. Conformément aux art. 137 ss du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et au tarif fribourgeois du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), il sied de fixer les dépens auxquels elle peut prétendre à CHF 2'166.50 – à savoir 8 heures et 40 minutes à CHF 250.- de l'heure (ainsi que requis par liste du 21 avril 2020) –, plus CHF 367.20 au titre de débours (étant précisé que les 849 photocopies sont indemnisées à CHF 0.40 et non pas à CHF 0.50), plus CHF 195.10 au titre de la TVA à 7.7%. Cette indemnité totale de CHF 2'728.80 est intégralement à la charge de l'autorité intimée.

(dispositif en page suivante)

## la Cour arrête :

I. Le recours est admis au sens des considérants.

Partant, la décision du 6 mai 2019 est annulée et la cause est renvoyée à l'autorité intimée, afin qu'elle soumette le dossier pour appréciation à son SMR puis décide nouvellement d'entrer en matière ou non sur la nouvelle demande déposée par l'assurée.

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 de CHF 800.- consentie par A. \_\_\_\_\_ lui est restituée.

IV. L'indemnité de dépens allouée à A. \_\_\_\_\_ est fixée à CHF 2'166.50, plus CHF 367.20 au titre de débours, plus CHF 195.10 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 2'728.80. Elle est 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 23 avril 2020/yho

Le Président :

Le Greffier-stagiaire :