



**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 16
608 2019 17

Arrêt du 9 avril 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud
Greffière : Angelika Spiess

Parties

A. _____, recourant,

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (non-entrée en matière sur une nouvelle demande)

Recours (608 2019 16) du 14 janvier 2019 contre la décision du 14 décembre 2018

Requête d'assistance judiciaire partielle (608 2019 17) déposée le 14 janvier 2019 dans le cadre de la procédure de recours

considérant en fait

A. A. _____, né en 1969, domicilié à B. _____ et employé de commerce de formation, a déposé une première demande de prestations le 5 novembre 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison d'un état psychique fragilisé suite à un conflit du travail. Dans ce contexte, son généraliste ainsi que son psychiatre traitant au sein de C. _____ ont attesté, après des périodes d'incapacité de travail passagères depuis mars 2010, une incapacité de travail totale dès mai 2012.

Au vu de l'amélioration de son état de santé et de la reprise de son travail à 100% à la mi-août 2013, l'OAI lui a refusé le droit à des prestations par décision du 3 juillet 2014.

B. Le 18 avril 2017, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations, se prévalant d'une incapacité de travail médicalement attestée depuis juin 2016 en raison d'une aggravation de son état de santé.

Par décision du 6 septembre 2017, l'OAI n'est pas entré en matière sur sa demande, motif pris que l'assuré n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé depuis la dernière décision. L'assuré n'a pas recouru contre cette décision.

C. Le 8 août 2018, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations, appuyée par un rapport médical de C. _____.

Procédant à l'analyse de ce rapport médical en date du 10 octobre 2018, le Service médical régional Berne/Soleure/Fribourg (ci-après: SMR) a estimé qu'il s'agit toujours du même problème réactionnel à un conflit avec son ex-employeur et qu'aucune modification objective de l'état de santé n'est rendue plausible.

Sur la base de cette prise de position, l'OAI s'est refusé, par décision du 14 décembre 2018, à entrer en matière sur la troisième demande de l'assuré.

D. Contre cette décision, l'assuré interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 14 janvier 2019, concluant, en substance, à l'annulation de la décision.

A l'appui de son recours, il soutient que son état psychique, fragilisé depuis 2010, ne lui a plus permis de reprendre une activité lucrative, nonobstant le traitement thérapeutique et pharmacologique ainsi qu'une prise en charge à la clinique de jour. Il se déclare motivé à retrouver un travail et déplore l'échec des tentatives de réinsertion mises en place jusque-là. Pour attester de sa fragilité psychique, il produit un rapport médical – non daté – de sa psychiatre traitante ainsi que le bilan de sortie de D. _____ du 31 juillet 2018.

Pour la procédure de recours, il requiert le bénéfice de l'assistance judiciaire partielle.

Dans ses observations du 21 février 2019, l'OAI propose le rejet du recours, estimant que le rapport de C. _____, trop vague et similaire à ceux versés au dossier lors des deux précédentes demandes, ne permet de rendre plausible ni l'existence d'une nouvelle atteinte à la santé, ni l'aggravation des problèmes existants susceptibles de diminuer la capacité de travail de l'assuré. Enfin, il relève que le rapport médical de la psychiatre traitante produit à l'appui du recours a vraisemblablement été rédigé postérieurement à la décision contestée, de sorte que celui-ci ne saurait être pris en considération dans le cadre de la présente demande.

Il n'a pas été procédé à un autre échange d'écritures entre les parties.

Pour autant que cela soit utile à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière par un assuré directement touché par la décision attaquée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, le cas échéant, annulée ou modifiée, le recours est recevable.

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 renvoi 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 (art. 7 al. 1 LPGA) totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGA), d'une maladie (art. 3 al. 1 LPGA) ou d'un accident (art. 4 LPGA).

2.2. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsqu'une nouvelle demande est déposée suite à un refus de rente pour degré d'invalidité insuffisant, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; 130 V 71 consid. 2.2).

Saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit dès lors 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. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la nouvelle demande. L'administration doit en effet se limiter à examiner uniquement si les allégations de l'intéressé à l'appui de sa nouvelle demande sont crédibles (arrêts TF 9C_841/2014 du 17 avril 2015 consid. 3.3; 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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.

Quand il s'agit de rendre plausible une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, il faut comparer – en application par analogie des principes découlant de l'art. 17 LPGA – la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'époque de la dernière décision de refus d'allouer des prestations à celle prévalant au moment de la décision litigieuse de non entrée en matière (arrêts TF 9C_944/2011 du 6 décembre 2012 consid. 2; 8C_732/2009 du 18 août 2010 consid. 5.1 et les références citées). 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 LPGA; il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande après un refus de prestations entré en force, comme ici.

2.3. Des rapports médicaux produits après que la décision attaquée a été rendue 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 consid. 3.4.1). Dans le cadre d'une procédure de recours, le juge n'a en effet 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).

2.4. La conviction de l'administration ou du juge n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement apportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment de la décision de refus de rente; des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (arrêts TF I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa; 9C_881/2007 du 22 février 2009 consid. 2.2 et les références; 9C_676/2018 du 27 novembre 2018).

3.

Est ici litigieuse la non-entrée en matière de l'OAI sur la troisième demande de l'assuré, déposée le 8 août 2018, par laquelle il allègue une aggravation de son état de santé en relation avec ses problèmes psychiques.

Plus précisément, le litige porte sur la question de savoir si, sur le plan psychiatrique, dite demande établit de façon plausible que l'état de santé de l'assuré se serait modifié, depuis la dernière décision matérielle de refus de prestations du 3 juillet 2014, de manière à influencer ses droits.

Il s'agit donc d'examiner comment la santé de l'assuré a évolué durant le laps de temps entre la dernière décision matérielle du 3 juillet 2014 (consid. 3.1) et celle ici litigieuse du 14 décembre 2018 (consid. 3.2).

3.1. La décision du 3 juillet 2014 (dossier OAI p. 165 s.) est principalement fondée sur le rapport médical du 18 novembre 2013 de la Dresse E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, confirmant une amélioration clinique de l'état de santé ayant permis la reprise de travail progressive à 100% (dossier OAI p. 127 s.), après une période d'incapacité de travail totale de mai 2012 à juillet 2013 et une capacité de travail réduite à 50% jusqu'à la mi-août 2013 (dossier OAI p. 114, 127) pour des problèmes psychiques (trouble mixte de la personnalité borderline paranoïaque, épisode dépressif léger, avec syndrome somatique CIM-10: F32.01) (dossier OAI p. 104).

3.2. Dans son rapport médical du 6 avril 2017, cette même psychiatre a fait état d'une aggravation de l'état de santé, en indiquant que l'assuré se trouvait en incapacité de travail depuis juin 2016 en raison d'un épisode dépressif majeur (dossier OAI p. 177).

Le 28 juillet 2018, la Dresse F._____, médecin-chef de clinique adjointe ainsi que la psychologue G._____ de C._____ ont adressé un rapport médical à l'OAI pour demander une réouverture du dossier AI en raison d'une détérioration de l'état de santé de l'assuré, se manifestant par une augmentation des symptômes dépressifs et anxieux qu'elles décrivent comme suit: *"Il présente une angoisse aiguë avec manifestations physiques: tachycardie, sueurs, des pleurs fréquents, un désarroi identitaire portant sur la perte de l'estime de soi, avec un profond sentiment de dévalorisation. Une perte inhabituelle des repères, une restriction de la vie sociale et*

affective, des atteintes cognitives: troubles de concentration et de logique ainsi qu'une anticipation anxieuse omniprésente pour le futur concernant ses 2 enfants et épouse à charge" (dossier OAI p. 243).

Le 10 octobre 2018, le Dr H. _____, anesthésiologue et médecin SMR, a considéré que le rapport médical de C. _____ évoquait le même *"tableau anxio-dépressif majeur, qui perdure"* pour lequel la psychiatre traitante avait déjà attesté une incapacité de travail depuis 2016. A part faire remarquer que *"[l]a reprise d'une activité professionnelle serait thérapeutique sur l'estime de soi, la dévalorisation, la vie sociale et affective et l'anticipation anxieuse du futur"*, il conclut à ce qu'aucune modification objective de l'état de santé n'est rendue plausible (dossier OAI p. 264).

3.3. Dans le cadre de la procédure de recours, le recourant a versé au dossier un rapport médical émanant de sa psychiatre traitante – qui n'est pas daté, mais qui a été établi postérieurement à la décision querellée, vu qu'il s'adresse à l'Instance de céans – ainsi que le bilan de sortie de D. _____ du 31 juillet 2018.

4.

Appelée à statuer, la Cour constate que le rapport médical de C. _____ du 28 juillet 2018 – comme par ailleurs déjà le rapport de la psychiatre traitante du 6 avril 2017 – sont, sans doute possible, aptes à rendre plausible une péjoration de l'état de santé de l'assuré depuis la dernière décision, compte tenu de l'épisode dépressif majeur que celui-ci a traversé depuis juin 2016 et des répercussions évoquées de cette atteinte sur sa capacité de travail.

En effet, lors de la dernière décision matérielle du 3 juillet 2014, l'assuré avait retrouvé – grâce à l'amélioration temporaire de son état anxiodépressif – entièrement sa capacité de travail. Toute autre était en revanche la situation au moment où la décision attaquée a été rendue, soit le 14 décembre 2018, puisque l'assuré était alors en incapacité de travail totale médicalement attestée depuis juin 2016 en raison d'un épisode dépressif majeur. Cette détérioration de son état de santé est attestée par la même psychiatre traitante qui, auparavant, avait conclu à une capacité de travail entière; ceci parle en faveur d'une objectivité certaine de sa part. Son avis est par ailleurs confirmé par le médecin et la psychologue de C. _____. Le fait que leur rapport du 28 juillet 2018 ne pose pas de diagnostic précis selon le code CIM est certes regrettable, mais pas réhibitoire. Enfin, les troubles anxio-dépressifs sont souvent sujets à récurrences, ce qui va aussi dans le sens des rapports médicaux évoqués et de l'aggravation qui y est observée.

Devant ces constats, la Cour de céans ne parvient pas à suivre les conclusions prises par le médecin SMR dans sa prise de position du 10 octobre 2018, lesquelles manquent par ailleurs de motivation intelligible. En outre, s'agissant de rapports psychiatriques, l'analyse de la situation médicale incombe à un spécialiste de ce domaine et non pas à un spécialiste en anesthésiologie.

Au vu de ce qui précède, force est de considérer que les rapports figurant au dossier ont rendu plausible une aggravation de l'état de santé du recourant depuis 2014, tout en sachant qu'une entrée en matière ne signifie pas d'emblée qu'une instruction plus poussée établira une modification déterminante de l'état de santé avec effet sur la capacité de travail (cf. arrêt TF 9C_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 3.3 et les réf.).

5.

Partant, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande de l'assuré. Dite autorité aura l'occasion, dans ce cadre, d'examiner les mérites du rapport médical de la psychiatre traitante

ainsi que du bilan de sortie de D. _____, tous deux produits postérieurement à la décision litigieuse, avant que de rendre une décision.

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

6.

Au vu du sort du litige, la requête d'assistance judiciaire gratuite partielle (608 2019 17), devenue sans objet, est rayée du rôle.

la Cour arrête :

I. Le recours (608 2019 16) est admis.

Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 14 décembre 2018 est annulée et la cause lui est renvoyée pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande et rende une décision matérielle.

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

III. La requête d'assistance judiciaire gratuite partielle (608 2019 17), devenue sans objet, est rayée du rôle.

IV. 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 9 avril 2019/asp

Le Président :

La Greffière :