



**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
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

608 2020 75

Arrêt du 15 octobre 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Johannes Frölicher

Juges :

Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud

Greffier-rapporteur :

Michel Bays

Parties

A. _____, recourant, représenté par Swiss Claims Network SA

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – Nouvelle demande, refus d'entrer en matière

Recours du 20 avril 2020 contre la décision du 3 mars 2020

considérant en fait

A. A. _____, né en 1962 à B. _____, marié, domicilié à C. _____, a travaillé en Suisse depuis 1986 en tant que maçon sans CFC. Victime d'un accident de football en 1997 (fracture au fémur gauche) ayant entraîné une incapacité totale de travail, il a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en juillet 1998. Par décision du 12 mai 1999, ce dernier lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} juin et le 31 août 1998. Cette décision a été confirmée sur recours par le Tribunal de céans (alors Tribunal administratif) par arrêt du 7 juin 2001.

B. En raison d'un accident professionnel survenu en 2010 (chute d'un train en marche) ayant causé une fracture au fémur gauche, A. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI en février 2011. Par décision du 24 septembre 2013, il s'est vu reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} août 2011 et le 31 décembre 2012. Se fondant principalement sur l'avis du médecin d'arrondissement de l'assurance-accidents, l'OAI a retenu qu'il demeurerait capable d'exercer une activité légère adaptée, de sorte que l'invalidité ne s'élevait qu'à 19%. Le recours déposé à l'encontre de cette décision a été partiellement admis par le Tribunal de céans, en ce sens que le droit à la rente a été prolongé jusqu'au 30 avril 2013 (arrêt TC FR 608 2013 164 du 7 mai 2015).

Un stage de réentraînement au travail a ensuite été organisé, en janvier 2016, mais a été interrompu après une dizaine de jours déjà, l'assuré se plaignant de douleurs à la jambe et ayant produit un certificat médical de son chirurgien orthopédique traitant.

L'assuré a ensuite déposé de nouvelles demandes en vue d'obtenir des prestations AI, en mars 2016 d'abord, puis en janvier 2018. Ces démarches se sont soldées par des décisions de refus d'entrer en matière, l'OAI retenant qu'il n'était pas parvenu à rendre vraisemblable une modification de son état de santé.

C. Le 10 janvier 2020, A. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Il faisait référence à son accident du travail, au polytraumatisme à la jambe gauche et à la hanche, ainsi qu'aux limitations fonctionnelles, aux douleurs chroniques et à la perte de force qui en découlaient.

Suite au projet de décision de l'OAI envisageant de ne pas entrer en matière sur cette nouvelle demande, l'assuré a déposé des objections, à l'appui desquelles il a remis deux rapports médicaux, dans le but de démontrer que son état de santé s'était aggravé. Suivant l'avis du médecin du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur cette nouvelle demande, par décision du 3 mars 2020, au motif que l'assuré n'avait pas rendu plausible que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

D. Contre cette décision, A. _____, représenté par Swiss Claims Network SA, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 20 avril 2020. A l'appui de ses conclusions, il invoque que, suite à l'arrêt rendu par la Cour de céans en mai 2015, il n'a pas été en mesure de recouvrer une capacité de travail complète et ce, dans toute activité. Il fait en particulier référence aux nombreuses interventions chirurgicales auxquelles il s'est soumis depuis lors (notamment en 2016, 2018 et 2019), rendant plausible la présence d'une modification notable

des circonstances. Il conclut ainsi, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée, afin qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Le 18 mai 2020, il s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 400.-.

Par observations du 3 juin 2020, l'autorité intimée conclut au rejet du recours, renvoyant à la motivation de sa décision et au dossier constitué.

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 auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, 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 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 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 (al. 1).

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).

3.

3.1. 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, d'après 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).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d).

3.2. Dans le cadre d'une nouvelle demande, 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'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. 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).

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 (actuellement 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).

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 (cf. 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 Cst.; 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 (cf. 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 – par application analogique des règles régissant la révision 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 (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

4.

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si le recourant a établi de manière plausible une éventuelle modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits, conformément à l'art. 87 al. 2 RAI. Afin de pouvoir trancher ce point, il y a lieu d'examiner comment son état de santé a évolué depuis la dernière décision matérielle et celle, ici litigieuse, du 3 mars 2020.

4.1. En l'occurrence, la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente est celle qui a été rendue par l'OAI le 24 septembre 2013. Dans la mesure où le bien-fondé de cette décision a d'ores et déjà été examiné en détail par l'Instance de céans, point n'est besoin de rappeler la totalité des rapports médicaux qui ont précédé la décision de l'OAI.

Tout au plus peut-on rappeler que l'OAI s'était principalement basé sur l'avis du Dr D. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et rhumatologie œuvrant en tant que médecin d'arrondissement de la SUVA qui, dans son rapport du 8 janvier 2013, constatait certaines limitations liées au membre inférieur gauche (amyotrophie, limitation de la mobilité du genou, développement d'une gonarthrose), tout en ajoutant que la boiterie à la marche était déjà présente auparavant et ne semblait pas s'être accentuée. Il retenait la présence d'une non-consolidation ou d'une consolidation imparfaite au fémur gauche. Tout en recommandant une consultation spécialisée de la douleur et en confirmant l'impossibilité pour l'assuré de reprendre une activité de maçon, il considérait néanmoins comme exigible, à plein temps, l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Tout en admettant que les suites des accidents s'étaient

notablement et significativement aggravées, il estimait que les appréciations antérieures de l'exigibilité demeuraient valables et considérait que la situation clinique était stabilisée.

Cet avis a reçu l'aval de l'Instance de céans, laquelle a retenu qu'il était le plus détaillé et qu'il avait été établi sur la base d'un examen personnel du recourant. Elle a en particulier écarté les avis divergents des spécialistes en chirurgie orthopédique traitants, à savoir le Dr E. _____ et le Dr F. _____, lesquels concluaient à une capacité de travail de 50% environ. Il était notamment constaté que le Dr E. _____ remettait en cause les conclusions du Dr D. _____ *"sur la base de motifs exclusivement non médicaux, à savoir l'âge et les capacités limitées de reconversion professionnelle, facteurs exogènes qui ne dépendent pas de l'atteinte à la santé"*. La conclusion était semblable s'agissant du Dr F. _____. Diverses contradictions ont par ailleurs été relevées à l'encontre de l'évaluation de la capacité de travail effectuée par le Dr E. _____ justifiant de privilégier l'avis du médecin d'arrondissement de la SUVA, sans même encore tenir compte du lien particulier unissant un patient à son médecin traitant. Finalement, le rapport lié au stage suivi par l'assuré n'a, lui non plus, pas convaincu la Cour de se distancier de l'avis du Dr D. _____, dès lors qu'il n'émanait pas d'un médecin et que les activités proposées n'étaient pas adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

C'est sur cette base que le droit de l'assuré à une rente d'invalidité accordée à partir du 1^{er} août 2011 a été supprimé dès le 1^{er} mai 2013.

4.2. Le recourant n'a pas produit de documents médicaux à l'appui de sa nouvelle demande, mais il a déposé deux rapports, établis par le Dr G. _____, médecin adjoint auprès du département de chirurgie de H. _____, dans le cadre de ses objections au projet de décision de l'OAI.

Dans son rapport du 15 novembre 2019 (dossier AI p. 1495), ce dernier annonce que son patient a effectué en septembre un séjour d'une vingtaine de jours à la clinique I. _____. Il constate que les exercices de charge effectués lors dudit séjour *"ont déclenché de fortes douleurs"* dans le membre inférieur gauche. Il précise que celui-ci *"n'avait pas encore effectué de tels exercices en charge depuis qu[il] le connai[t]. A l'examen clinique, [il] retrouve une contracture des adducteurs avec un examen clinique du genou qui est tout à fait rassurant et qui ne [lui] laisse pas suspecter de lésions ménisco-ligamentaires"*. Le fait de déclencher des douleurs à la palpation lui fait supposer qu'une grande partie des douleurs est d'origine musculaire, ce d'autant que *"le squelette osseux sous-jacent semble tout à fait correct"* et même si *"la radiographie montre les séquelles de plus de 20 chirurgies réalisées sur le fémur gauche"*, ce qui peut expliquer que les masses musculaires alentour aient également souffert. *"Pour conclure, [il] pense qu'il faut faire tout ce qui est possible pour que le patient puisse garder des activités de base normales et non douloureuses [...]"*.

Le courrier du 10 décembre 2019 (dossier AI p. 1493) consiste en une série de réponses à des questions posées par le mandataire du recourant. Le médecin rappelle tout d'abord être l'orthopédiste traitant du patient et recommande de ce fait qu'une éventuelle expertise soit effectuée par un confrère: *"Je pense que des séances de rééducation devraient permettre au patient de conserver des activités de base normales et peu douloureuses, c'est-à-dire une marche prolongée et station debout avec le moins de douleurs possibles"*. Il ajoute que ces séances de physiothérapie ne lui permettront en revanche pas de remettre sa jambe gauche en charge importante *"en raison des séquelles musculaires et osseuses du traumatisme initial et des nombreuses chirurgies effectuées"*.

Dans un rapport du 8 novembre 2019 (dossier AI p. 1501), le Dr J._____, spécialiste en anesthésiologie auprès du SMR, estime que le recourant n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé avec effet sur la capacité de travail depuis la décision rendue en 2013. *"Il s'agit toujours de la même affection. Il s'agit toujours d'un cas commun pur LAA. Il n'y a aucun fait nouveau sur le plan médical objectif. Les limitations mentionnées par le Dr G._____ dans ses réponses à l'avocat du 10.12.2019 sont compatibles avec une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, comme défini précédemment par le médecin d'arrondissement de la SUVA"*.

4.3. Appelée à statuer, la Cour rappelle d'emblée que si la présence d'une aggravation ne doit pas être prouvée, mais seulement rendue plausible par l'assuré, c'est bien à ce dernier qu'il incombe de fournir les éléments déterminants à cet égard. Le principe inquisitoire prévu à l'art. 43 al. 1 LPGA ne s'applique en effet pas à ce type de procédure (cf. supra consid. 3.1).

Il sied dès lors uniquement d'examiner si les documents médicaux déposés par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande rendent plausibles une aggravation de son état de santé.

Une grande partie de son argumentaire repose sur le fait qu'il a subi 4 interventions chirurgicales entre 2016 et 2019, ce qui démontrerait que son état de santé s'est détérioré depuis que l'OAI s'est prononcé matériellement sur le droit à la rente. Dès lors qu'il n'a fourni aucun document médical se rapportant expressément à ces interventions et à leurs conséquences éventuelles, il est, en l'état, impossible de le suivre sur ce terrain. Il s'impose en revanche de se pencher attentivement sur les deux documents effectivement produits par l'assuré, établis par le Dr G._____.

Même si celui-ci fait état des difficultés rencontrées lors d'exercices réalisés dans le cadre d'un séjour auprès de la clinique I._____, le rapport établi en novembre 2019 relève que lesdits exercices étaient nouveaux. Cela étant, dans le cadre de son examen clinique, l'orthopédiste traitant dresse un tableau pour le moins rassurant, sans dénier l'existence des douleurs à la jambe gauche, découlant des accidents et des nombreuses interventions chirurgicales ultérieures. A tout le moins ses constatations ne permettent-elles pas de s'écarter des conclusions préexistantes, à savoir le fait que, en dépit de ses difficultés, le recourant reste fondamentalement en mesure d'exercer une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Quant au rapport du mois de décembre 2019, il convient de relever qu'il consiste en des réponses de l'orthopédiste traitant à une série de questions posées par le mandataire du recourant. Il convient donc de l'apprécier avec prudence, ce d'autant plus que l'on ne connaît pas la teneur de ces questions, le courriel les contenant ne figurant pas au dossier, ni dans les pièces jointes au recours. Quoi qu'il en soit, hormis le fait que le spécialiste recommande la tenue d'une expertise orthopédique, ce courrier ne contient aucun élément allant dans le sens d'une aggravation significative de l'état de santé de l'assuré. Au contraire le Dr G._____ renvoie-t-il en grande partie à son précédent rapport qui, comme on vient de le voir, ne justifie pas d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Globalement, on retient surtout que le Dr G._____ ne se prononce en aucune manière sur la capacité de travail de son patient et qu'il ne remet en particulier nullement en question l'évaluation prévalant jusqu'alors.

Compte tenu de ce qui précède, l'appréciation du SMR, consistant à dire que l'assuré n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé, est parfaitement convaincante, de sorte que c'est à bon droit que l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur cette nouvelle demande.

Cette conclusion s'impose d'autant plus qu'elle rejoint celle de l'assureur-accidents qui, par décision du 5 mars 2020 (dossier AI p. 1509), a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, qu'il subissait de ce fait une perte de gain de 3% seulement suite à l'accident du 24 août 2010 et qu'il n'avait dès lors pas droit à une rente, hormis celle préalable de 10% découlant de l'accident subi en juin 1997.

5.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée.

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 400.- et mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le 18 mai 2020.

Pour les mêmes motifs, l'assuré n'a pas droit à des dépens.

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté
- II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais versée.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- 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 15 octobre 2020/mba

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :