



**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

www.fr.ch/tc

608 2024 50

608 2024 51

Arrêt du 24 mars 2025

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente : Daniela Kiener
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur : David Jodry

Parties

A. _____, recourante, représentée par Me Paolo Ghidoni, avocat
contre

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

Objet

Assurance-invalidité – nouvelle demande, refus d'entrer en matière
Recours (608 2024 50) du 8 avril 2024 contre la décision du 19 février
2024 et requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2024 51)
du même jour

considérant en fait

A. A. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante) est née en 1963 et mariée. Elle est la mère de trois enfants, tous désormais majeurs. Sans formation professionnelle, elle a exercé en tant que dame de nettoyage en août 2005 et en juillet-août 2015, à temps partiel.

B. Le 27 avril 2017, elle a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI). Elle expliquait avoir été en incapacité totale de travail du 14 septembre au 13 octobre 2015, ainsi qu'à partir du 8 mars 2017. Elle avait eu beaucoup d'autres arrêts, non datés, entre le 11 novembre 2015 et le 1^{er} février 2017.

Par décision du 20 mars 2018 faisant suite à son projet du 8 février de la même année, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a retenu que celle-ci était femme au foyer de profession et que, selon ses propres déclarations, sans atteinte à la santé, elle n'exercerait pas d'activité lucrative aujourd'hui. En outre, il avait été constaté – l'assurée n'en avait rien dit – récemment qu'elle était titulaire d'une entreprise inscrite au registre du commerce le 15 décembre 2017, offrant des services de nettoyage et débarrassage d'appartements et de maison pour des particuliers et des entreprises, ainsi que de vente d'agrumes de toutes sortes. De tout évidence, elle n'était pas ou plus en incapacité de travail et le droit à des prestations devait être nié. Cette décision n'a pas été contestée.

C. Le 9 novembre 2023, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations. Elle indiquait que les dernières activités exercées avaient été celles de vendeuse salariée, à 10%, pour un revenu de CHF 2'000.-, et de vendeuse indépendante, à 10% également, pour CHF 2'500.-. Au titre de l'atteinte, elle mentionnait une dépression ainsi qu'une prothèse au genou droit ayant fait l'objet de deux opérations en une année et demie, du fait de complications amenant un changement de prothèse; l'atteinte existait depuis le 2 février 2022.

Le 12 janvier 2024, l'OAI a projeté ne pas entrer en matière sur la demande de prestations susmentionnée. L'assurée n'a pas formulé d'objections à cet égard, et l'OAI a refusé, par décision formelle du 19 février 2024, d'entrer en matière sur la demande. Il retenait que l'assurée, quoique requise de le faire par courrier du 13 décembre 2023, n'avait pas transmis d'attestation médicale décrivant son nouveau problème de santé. Elle n'avait pas rendu plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué selon le nouveau droit pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente ou à un reclassement.

D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Paolo Ghidoni, avocat, recourt auprès du Tribunal cantonal le 8 avril 2024, concluant, sous suite de dépens, à ce que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande de prestations. A l'appui de son recours, elle produit une série de pièces médicales et invoque une violation du principe inquisitoire de la part de l'OAI. Il était en effet évident qu'elle disposait de certains documents et qu'elle a été en mesure d'en produire d'autres. Il est peu probable qu'elle ne l'ait pas fait par paresse ou négligence; sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, c'est en raison de sa faible scolarisation, et de surcroît dans une langue étrangère, qu'elle ne l'a pas fait. Il n'aurait pas été un luxe de lui téléphoner ou de la convoquer, et on pouvait attendre de l'OAI qu'il vérifie la bonne compréhension de l'assurée. L'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) n'a pas été respecté non plus: elle ne

devait en effet pas apporter une preuve indiscutable de l'aggravation de son état de santé, des indices de la survenance de celle-ci suffisaient. Or, les documents produits montrent que tel est le cas. Au vu de ses atteintes, elle est lourdement handicapée dans son activité professionnelle. D'ailleurs, son entreprise a été radiée du registre du commerce en janvier 2024. La dégradation de sa santé est suffisamment justifiée.

Par le même acte, l'assurée a déposé une requête d'assistance judiciaire gratuite totale (ci-après: AJT).

Dans ses observations du 24 avril 2024, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il s'en remet à justice s'agissant de l'AJT. Il relève que, malgré une demande écrite de sa part, l'assurée n'a produit aucune pièce jusqu'à la décision. Ce n'est que dans le cadre du recours qu'elle l'a fait. Une faible scolarisation, une connaissance insuffisante de la langue française ou une nature psychologique particulière ne sauraient justifier ce manque de collaboration au regard de la jurisprudence idoine. De manière générale, dans l'administration de masse, comme en l'espèce, l'autorité peut s'en tenir à des mesures standard. En outre, la recourante admet qu'elle disposait de certains documents et qu'elle était en mesure d'en produire d'autres. Enfin, jusqu'à preuve du contraire, sa capacité de discernement est entière et elle n'est pas au bénéfice d'une curatelle au sens des art. 308 ss CC. Elle aurait pu donc, compte tenu du délai raisonnable imparti, prendre contact avec l'OAI afin de demander un rendez-vous pour se faire expliquer, voire demander de l'aide pour répondre au courrier du 13 décembre 2023 en temps utile, ce qu'au demeurant elle n'a pas manqué de faire, par exemple en mandatant un avocat à réception de la décision attaquée.

Les 14 mai et 6 septembre 2024, la recourante a produit spontanément deux nouvelles pièces médicales.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné.

Pour autant que cela soit utile à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions 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 par une assurée dûment représentée et directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.

2.1. Selon l'art. 87 al. 3 RAI, 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], applicable à l'assurance-invalidité 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 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'écartier 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.).

2.2. 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).

2.3. 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. 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.

En l'espèce, doit être examiné si l'OAI était fondé de se refuser à entrer en matière sur la nouvelle demande, faute pour l'assurée d'avoir rendu plausible une aggravation déterminante de son état de santé.

Il n'est pas contesté que l'assurée n'a fourni aucune pièce à l'appui de sa nouvelle demande, qu'elle ne l'a pas davantage fait suite au courrier de l'OAI du 13 décembre 2023 l'y enjoignant expressément, ni dans le délai pour formuler d'éventuelles objections au projet du 12 janvier 2024, projet qui rappelait ce qui précède. Aucun grief ne saurait être fait à l'OAI à cet égard, étant rappelé de surcroît le cadre de l'administration de masse dans lequel il agissait. Cas échéant, il revenait à l'assurée de prendre contact avec l'autorité pour demander des éclaircissements ou de l'aide. Aucun prétendu empêchement du fait d'une mauvaise compréhension de la langue, etc., ne saurait justifier cette absence de production de pièces – dont elle disposait déjà pour partie, qui plus est – chez une assurée non empêchée civilement ni dans les faits, et qui pouvait notamment chercher de l'aide auprès d'un tiers, au besoin, par exemple ses enfants majeurs ou d'autres encore, ainsi qu'elle a d'ailleurs été en mesure de le faire pour le dépôt du présent recours.

En outre, ainsi que vu plus haut (cf. consid. 2.3.), le principe inquisitoire ne s'applique pas en la matière. En d'autres termes, il n'appartenait pas à l'OAI de procéder à de quelconques mesures d'instruction au stade de l'entrée en matière sur la nouvelle demande. Bien plus, c'était à l'assurée qu'il incombait de rendre plausible une notable aggravation de son état de santé, en produisant des pièces médicales à cet effet, ce qu'elle a omis de faire.

Pour sa part, la Cour ne peut prendre en considération que les rapports médicaux produits devant l'OAI, non ceux déposés en procédure de recours. Or, précisément, il n'y en eut aucun.

Force est dès lors de constater que l'assurée n'a pas rendu plausible une modification notable des faits déterminants influant sur le droit aux prestations, singulièrement pas une aggravation significative de son état de santé depuis la décision matérielle du 20 mars 2018.

Il s'ensuit que le recours (608 2024 50) doit être rejeté, la non-entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations étant pleinement fondée, et la décision attaquée ainsi confirmée.

4.

4.1. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), les frais de justice, par CHF 400.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe.

4.2. Elle a cependant requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite (608 2024 51).

Aux termes de l'art. 142 al. 1 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire celui qui ne possède pas les ressources suffisantes pour couvrir les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence ou à celle de sa famille; l'al. 2 prévoit en outre que l'assistance n'est pas accordée lorsque la cause paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable.

En l'espèce, sans devoir encore examiner la condition de l'indigence, force est de constater que le recours était d'emblée dénué de chance de succès, conformément à une jurisprudence constante, dès lors que l'assurée n'avait produit devant l'OAI strictement aucune pièce sur son état de santé ainsi que sa capacité de gain, et que la Cour ne doit pas examiner celles qui furent déposées en procédure de recours, pour laquelle elle est représentée.

La requête d'AJT sera rejetée sans frais.

la Cour arrête :

- I. Le recours (608 2024 50) est rejeté.
- II. La requête d'assistance judiciaire gratuite (608 2024 51) est rejetée.
- III. Les frais de la procédure de recours, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. Notification.

Fribourg, le 24 mars 2025/djo

La Présidente

Le Greffier-rapporteur