

# FR\_GERICHTE 605 2020 131 vom 5. Februar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-02-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2020\\_131](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_131)

FR: FR\_GERICHTE 605 2020 131 du 5 février 2021

IT: FR\_GERICHTE 605 2020 131 del 5 febbraio 2021

## Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 26

décembre 2019 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI) une cinquième demande de prestations AI pour adultes. Sous la rubrique des données sur l'atteinte à la santé, il a indiqué "Dépression et exaltation bi polarité destructrice plus de gout à la vie et attente de la mort !!! Problème psychiatrique depuis l'enfance" (dossier OAI, p. 642). Le recourant a indiqué que cette atteinte à la santé existait depuis 1968 et qu'il avait été au bénéfice d'une rente AI de 1997 à 2007. Ce droit à la rente reconnu durant un peu plus de dix ans ressort également du dossier (dossier OAI, p. 17). En 1999, son psychiatre traitant avait posé le diagnostic d'"états dépressifs majeurs récidivants, hépatite C active et ancienne polytoxicomanie, act. stabilisée chez borderline (sic)" (dossier OAI, p. 38). La rente avait ensuite été supprimée avec effet rétroactif au 1er août 2007 car il avait repris une activité habituelle d'informaticien à 81% depuis le 1er mai 2007 et n'en avait pas informé l'OAI (dossier OAI, p. 190). Puis, en lien avec une incapacité de travail totale attestée médicalement, il avait déposé une nouvelle demande de prestations AI le 14 septembre 2009 (dossier OAI, p. 208). La demande avait été rejetée par décision du 14 juin 2010 parce que sa capacité de travail comme informaticien était redevenue entière depuis le 1er février 2009. Il avait encore déposé une troisième demande de prestations le

### E. 30

avril 2014 dans laquelle il indiquait uniquement que l'atteinte à la santé était causée par une maladie. Le 8 juillet 2014, l'OAI avait refusé d'entrer en matière (dossier OAI, p. 354 s.). Enfin, il avait encore formulé une quatrième demande le 3 mars 2015 (dossier OAI, p. 356 ss). Dans le cadre de celle-ci, l'OAI avait mandaté le Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, pour une expertise psychiatrique (dossier OAI, p. 474 ss). Se fondant sur les conclusions de celui-ci, l'OAI a rejeté la demande le 6 juin 2018 (dossier OAI, p. 614 s.). Dans les jours suivant la cinquième demande, par courrier daté du 2 janvier 2020, le Dr C. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a notamment écrit à l'OAI: "A. \_\_\_\_\_ a porté à mon intention son initiative pour une nouvelle demande AI. Assurant son suivi d'un point de vue thérapeutique depuis le début de l'année 2019 j'aimerais apporter mon soutien à cette initiative. [...] Force est de constater cependant que malgré la présence d'une prétendue capacité de travail, le patient n'exerce pas d'activité lucrative depuis plusieurs années et dépend pour sa subsistance du service social. Malgré des projets qu'il peut avoir, de temps à autre pour une reprise professionnelle, ces derniers ne sont jamais concrétisés" (dossier OAI, p. 633). B. Le 23 mars 2020, l'OAI a fait parvenir son projet de décision au recourant. Il indiquait tout d'abord que la précédente demande de prestations, qui invoquait déjà la

présence de troubles psychiques, avait été rejetée par décision du 6 juin 2018, notamment sur la base d'une expertise psychiatrique. Il expliquait ensuite qu'un nouvel examen du droit aux prestations de l'assurance- invalidité ne peut être envisagé que si le recourant rend plausible que l'état de fait pris en considération lors de la décision précédente a subi des modifications déterminantes par rapport aux conditions existantes lors de dite décision. Enfin, il invitait le recourant à faire parvenir une attestation médicale explicitant en quoi l'état de santé s'était modifié depuis la dernière décision. Le 22 avril 2020, le Dr C.\_\_\_\_\_ a transmis à nouveau son courrier du 2 janvier 2020 à l'OAI. Par décision du 4 juin 2020, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière sur la demande de prestations. Il a retenu que les documents produits avaient été soumis à son Service médical régional (ci-après: le SMR) pour détermination et qu'il en ressortait que ces nouveaux

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 éléments se limitaient à rapporter une appréciation différente d'un état de fait objectif qui était resté inchangé. C. Contre cette décision, le recourant, représenté par Me Anna Gruber, avocate, dépose un mémoire de recours en langue allemande le 3 juin 2020 et conclut, avec suite de frais et dépens, à ce que l'OAI entre en matière sur sa nouvelle demande. A titre subsidiaire, il conclut à ce que des prestations de l'assurance-invalidité lui soient accordées. A titre procédural, il demande qu'un délai d'au moins quinze jours dès la notification du dossier de l'OAI lui son imparti pour déposer une motivation complémentaire (Nachbegründung) à son recours. Par mémoire séparé du même jour, il requiert d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale. Le 22 juillet 2020, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Le 11 août 2020, le recourant produit une lettre de sortie datée du 6 août 2020 du Réseau fribourgeois de santé mentale (ci-après: RFSM) informant qu'il avait séjourné dans leur centre de soins hospitaliers du 12 au 17 juin 2020. Le 23 décembre 2020, le recourant produit un rapport médical du Dr D.\_\_\_\_\_ suite à une intervention du 2 décembre 2020 sur son genou gauche. Il sera fait état des arguments, développés par les parties 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. 1.1. Alors que la décision attaquée concerne une non-entrée en matière sur une nouvelle demande, le recourant conclut également, certes à titre subsidiaire, à l'octroi de prestations. Une telle conclusion portant sur le fond est en principe irrecevable dans le cadre d'un recours contre une décision de refus d'entrer en matière. 1.2. Pour le reste, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touchée par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 1.3. La décision attaquée étant rédigée en français, la langue de la procédure de recours est également le français (voir art. 37 al. 1 du Code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]). Le fait que le mémoire de recours a été écrit en allemand n'y change rien. 2. 2.1. Le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu. Sa mandataire fait tout d'abord valoir qu'elle ne sait pas si l'OAI avait préparé un projet de décision et si ce projet était parvenu au recourant. Le recourant affirme ensuite qu'il était incapable de discernement durant ces derniers mois et qu'il n'était pas apte à faire valoir son droit d'être entendu, ce d'autant qu'il n'était pas encore représenté à ce moment. Cela explique selon lui pourquoi il était dans l'impossibilité de faire parvenir d'autres rapports étayant son état de santé.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 Ce grief formel doit être examiné en premier lieu. 2.2. Aux termes de l'art. 42 1ère phrase 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), les parties ont le droit d'être entendues. Celui-ci comprend, en particulier, le droit pour l'assuré de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées). La jurisprudence a également déduit du droit d'être entendu le devoir pour une autorité ou un juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient (ATF 129 I 232 consid. 3.2; arrêt TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.1). Pour répondre à ces exigences, l'autorité ou le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références citées). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté. Le point de savoir si la motivation présentée est fondée n'est quant à lui pas déterminant pour établir si le droit d'être entendu a été observé (arrêt TF 8C\_757/2018 du 28 mars 2019 consid. 3.2 et les références). 2.3. 2.3.1. En l'occurrence, il ressort du dossier à disposition de la Cour que l'OAI a élaboré un projet de décision daté du 23 mars 2020 (dossier OAI, p. 646). Dans ce projet, il invitait le recourant à produire une attestation médicale. Le 22 avril 2020, le Dr C.\_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OAI une copie de son rapport du 2 janvier 2020. Dans son courrier de transmission, le médecin indiquait: "A.\_\_\_\_\_ m'a également dit avoir reçu un courrier de votre part il y a quelques semaines, lui demandant de produire un rapport qui pouvait justifier cette demande" (dossier OAI, p. 655). L'on observe ainsi que l'OAI a effectivement élaboré un projet et que celui-ci est parvenu au recourant. Force est dès lors de constater que, sous cet angle, le droit d'être entendu du recourant n'a pas été violé. 2.3.2. S'agissant de la prétendue incapacité de discernement du recourant durant ces derniers mois, celui-ci ne produit aucune pièce l'attestant. En outre, dans son courrier du 22 avril 2020, le Dr C.\_\_\_\_\_ indiquait avoir été en contact avec le recourant mais ne mentionnait à aucun moment cette incapacité. Enfin, il ressort certes du rapport du RFSM produit par le recourant qu'il a séjourné dans leur centre de soins hospitaliers du 12 au 17 juin 2020 et qu'il était admis sous PAFa médical pour mise à l'abri après multiples injections successives de Méthadone et de Ritaline depuis le 7 juin 2020. Néanmoins, cela ne suffit pas à démontrer qu'il était incapable de discernement depuis plusieurs mois, comme il le prétend dans son recours. Il en résulte que, sous cet angle également, le grief relatif à une violation du droit d'être entendu est mal fondé. 3. 3.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 3.2. En ce qui concerne les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, le Tribunal fédéral a modifié récemment sa jurisprudence en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifient en principe pas la

reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (ATF 145 V 215 consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndrome de dépendance. Il s'agit dorénavant de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué selon les règles de l'art influence dans le cas examiné la capacité de travail (ATF 145 V 215 consid. 5.3.2). Selon l'arrêt publié aux ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des toxicomanies doit ainsi être établi dorénavant dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4; 143 V 409 consid. 4.4). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il y a lieu d'examiner si elles permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8). D'après l'art. 28 al. 1 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 LPGGA) 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 LPGGA) à 40% au moins (let. c). 3.3. Selon l'art. 16 LPGGA, 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 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 132 V 393 consid. 2.2; 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). 4. 4.1. Aux termes de 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, selon 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).

4.2. 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'entrer 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. 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. 2 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).

4.3. Toutefois, 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 (arrêts TF 9C\_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 3.3; 9C\_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 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 (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 (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 (arrêt TF 9C\_838/2011 du 28 février 2012 consid. 3.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). 5. Sous l'angle des griefs matériels, la question litigieuse est de savoir si le recourant a établi de manière plausible une éventuelle modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits, conformément à l'art. 87 al. 2 RAI. 5.1. Cela implique, dans un premier temps, d'examiner les motifs ayant conduit l'OAI à rejeter la précédente demande de prestations. En l'espèce, la décision du 6 juin 2018 de rejet de la quatrième demande de prestations déposée en 2015 par le recourant constatait que celui-ci ne souffrait d'aucune atteinte invalidante au sens de la LAI. L'OAI a considéré à cette occasion que le recourant avait une capacité de travail entière dans toutes activités adaptées à ses compétences. Il se référait alors à l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il motivait ainsi sa décision: "le diagnostic posé par le médecin psychiatre traitant ne remplit pas les critères diagnostiques d'une classification connue (CIM-10 et DSM-5). De plus, l'incapacité de travail attestée, découlant d'une appréciation erronée de l'atteinte à la santé, ne peut pas être validée. L'avis du psychiatre-traitant ne jette aucun doute sérieux sur les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 23.03.2017, lesquelles ne sont donc pas remises en cause. [...] Concernant la problématique orthopédique, nous avons obtenu un rapport du chirurgien orthopédique en date du 16.05.2018. Ce dernier mentionne une incapacité de travail du 21.02.2017 au 26.05.2017, reprise à 100% dès le 27.05.2017, évolution bonne. Le patient ne s'est pas présenté à la consultation du mois d'août 2017 ni à celle prévue en novembre 2017. Nous n'avons dès lors pas à poursuivre l'instruction médicale sur ce point." (dossier OAI, p. 614 s.). Bien que successivement représenté par une avocate de l'association E. \_\_\_\_\_ puis par un avocat indépendant ayant tous les deux demandé de leur faire parvenir le dossier de l'OAI, le recourant n'a pas contesté la décision; celle-ci est donc entrée en force. 5.2. C'est sur cette base qu'il convient d'examiner s'il a été rendu plausible que l'état de santé du recourant a évolué depuis 2018. 5.2.1. Dans le cadre de sa demande du 26 décembre 2019, le recourant a indiqué qu'il était en incapacité de travail à 100% "depuis 2013 jusqu'à aujourd'hui" (dossier OAI, p. 640). Suite au projet de décision de l'OAI, le psychiatre traitant du recourant a produit un avis médical. Celui-ci

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 mentionne que "A. \_\_\_\_\_ a bénéficié de rapports en sa faveur par toute une série de collègues qui l'ont précédemment suivi sur le plan psychothérapeutique. Ces rapports ont abouti à l'octroi d'une rente AI il y a plusieurs années en arrière. Cette rente a été stoppée et plus jamais réoctroyée par la suite, sur la base de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ [recte: la rente a été supprimée en 2007 car le recourant avait recommencé à travailler sans avertir l'OAI]. Force est de constater cependant que malgré la présence d'une prétendue capacité de travail, le patient n'exerce pas d'activité lucrative depuis plusieurs années et dépend pour sa subsistance du service social. Malgré des projets qu'il peut avoir, de temps à autre pour une reprise professionnelle, ces derniers ne se sont jamais concrétisés. Cela tient à mon avis d'une grande instabilité émotionnelle et des changements d'humeur permanents qui portent le patient à surestimer ses capacités ou alternativement à se dévaloriser au point de vouloir en finir. Cette instabilité mais également une multitude d'autres traits psychopathologiques (traits de paranoïa, troubles anxieux, troubles affectifs) ont déjà été documentés à plusieurs reprises. Des diagnostics multiples ont été avancés comme celui de la bipolarité, du TDAH ou des troubles de la personnalité. Aucun diagnostic ne semble décrire précisément la nature des troubles mais chacun apporte en partie une clé de compréhension sur le polymorphisme symptomatique

présenté par le patient. J'estime de mon côté que tous ces diagnostics sont valables dans une certaine mesure mais qu'ils s'inscrivent (et découlent probablement) dans un contexte plus large des consommations multiples et abusives de substances psychoactives au long cours. En effet A. \_\_\_\_\_ a consommé de l'héroïne, de la cocaïne et de l'alcool depuis l'âge de 14 ans et pendant de très nombreuses années. Il est aujourd'hui sous substitution de méthadone 40 mg et rapporte une consommation occasionnelle des drogues. Il souffre au long cours des troubles mentaux et du comportement lié à la consommation de substances psychoactives multiples. Ces troubles pourraient à mon avis expliquer et les symptômes actuels et l'incapacité de A. \_\_\_\_\_ au travail. J'estime en conclusion que le dépôt d'une nouvelle demande AI par A. \_\_\_\_\_ est justifié d'un point de vue clinique et qu'elle recevra l'attention nécessaire de votre part." 5.2.2. Dans la décision querellée, l'OAI motive son refus d'entrer en matière ainsi: "Les documents produits ont été soumis au Service Médical Régional pour détermination. Il en ressort que les documents produits en procédure d'objection se limitent à rapporter une appréciation différente d'un état de fait objectif qui est resté inchangé. Les éléments médicaux fournis par votre psychiatre ont déjà été pris en considération lors de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_". 5.2.3. A l'appui de ses conclusions, le recourant indique que son état de santé s'est massivement détérioré ces derniers mois. Il explique qu'il a dû être hospitalisé en urgence après une tentative de suicide et qu'il souffre d'un trouble de bipolarité ainsi que d'un lourd épisode dépressif de longue durée. A cela s'ajoute qu'il a un trouble du déficit de l'attention et suit une méthode de substitution à base de méthadone. Il estime que le séjour dans un hôpital psychiatrique fermé démontre à lui seul suffisamment la situation pour que l'OAI entre en matière. Enfin, il indique que deux ans se sont passés depuis la dernière décision de rejet de prestations et que depuis il a effectué plusieurs séjours stationnaires en psychiatrie. Il arrive à la conclusion que la modification de son état de santé est rendue plus que "crédible" (mehr als glaubhaft gemacht). 5.2.4. Le recourant a déposé deux rapports médicaux à l'appui de son recours. Ceux-ci ne sont cependant pas susceptibles de remettre en cause le bien-fondé de la décision. En effet, le juge se limite à l'examen des rapports versés au dossier jusqu'au moment de la mesure litigieuse pour décider si un refus d'entrer en matière est justifié (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêt TF 9C\_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2.). De ce fait, le rapport du RFSM datant du 6 août 2020

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 relatant un séjour dans leur centre de soins hospitaliers qui a eu lieu entre le 12 et le 17 juin 2020 suite à de multiples injections de Méthadone et de Ritaline à partir du 7 juin 2020 ne sera pas examiné dans le cadre de la présente procédure. Il en est de même du rapport opératoire du Dr D. \_\_\_\_\_ suite à l'intervention du 2 décembre 2020 pour une gonarthrose gauche. L'argument du recourant consistant à dire qu'il n'y a pas de renversement du fardeau de la preuve et que c'est à l'OAI de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires en vertu de l'art. 43 LPGA n'est d'aucun secours dans le cas d'espèce. 5.3. La Cour constate que, dans le cadre de la nouvelle demande, le recourant a produit uniquement un rapport, à savoir celui du Dr C. \_\_\_\_\_, son psychiatre traitant depuis 2019. Le Dr C. \_\_\_\_\_ ne remet pas en cause l'expertise probante du Dr B. \_\_\_\_\_ et les diagnostics posés. Au contraire, il prétend que chacun des diagnostics "apporte en partie une clé de compréhension sur le polymorphisme symptomatique présenté par le patient" et que "tous ces diagnostics sont valables dans une certaine mesure mais qu'ils s'inscrivent (et découlent probablement dans un contexte plus large des consommations multiples et abusives de substances psychoactives au long cours". Le médecin fait état de "troubles mentaux et de consommation de substances psychoactives

multiples. Ces troubles pourraient à mon avis expliquer et les symptômes actuels et l'incapacité de A. \_\_\_\_\_ au travail" Il utilise une terminologie large et vague en parlant de "troubles mentaux" et ne les précise guère. Ce type de troubles a déjà été constaté dans le rapport d'expertise mais, malgré ce constat, l'expert concluait que "sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée à ses compétences, sa motivation et le marché de l'emploi" (dossier OAI, p. 517). Le Dr C. \_\_\_\_\_ ne rapporte pas d'aggravation de l'état de santé ou de nouveau symptôme. Au contraire, il dit même que le recourant "souffre au long cours des troubles mentaux et du comportement lié à la consommation de substance psychoactives multiples". Il se contente de dire que son patient est dans une incapacité de travail et relève des problèmes de santé qui sont déjà connus et qui n'empêchent pas le recourant dans sa capacité de travailler. Il convient également de rappeler que la décision de rejet du 6 juin 2018 se fondait sur une expertise détaillée décrivant de façon précise de l'état de santé du recourant. Elle comprenait une anamnèse très fouillée de seize pages faisant état notamment de son parcours professionnel, des différents traitements de substitution et tentatives de sevrage, des hospitalisations en milieu psychiatrique et des diagnostics posés par différents médecins depuis 1998. L'expert a analysé les indications du recourant et effectué des constatations objectives sur la base de tests et un examen clinique. Il a ensuite posé le diagnostic principal de "personnalité état limite, avec traits caractériels et antisociaux. Le léger fond dysthymique ou cyclothymique est largement insuffisant pour justifier d'une incapacité de travail. Celui-ci n'est pas non plus retenu dans le dernier rapport de l'hôpital de Marsens de novembre 2015. Enfin, les troubles de l'usage de l'héroïne, cocaïne et les abus d'alcool ne semblent actuellement pas être au premier plan. En d'autres termes, le seul trouble de la personnalité ne suffit pas à expliquer ou à justifier une incapacité de travail durable. Des éléments qui sortent du champ médical, tels la désinsertion psychosociale, les problèmes financiers, expliquent peut-être le désir – inconscient ou non – de A. \_\_\_\_\_ de se réfugier dans un statut d'invalidé qui le dispense de ses responsabilités. Pour autant, la situation n'a guère évolué depuis la décision de refus de l'assurance invalidité. Il s'agit donc actuellement, en grande partie, d'un cas plus psychosocial que strictement psychiatrique. Rien ne l'empêche de retrouver une activité de son choix s'il en a l'opportunité". A la question de la prise en compte des motifs d'exclusions tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, et de leur ampleur, l'expert a répondu "l'assuré est assez revendicateur d'une invalidité".

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 La Cour relève que cette expertise étoffée et convaincante n'a pas été remise en question. Dans le sens de la nouvelle jurisprudence selon laquelle il s'agit dorénavant de déterminer l'influence du syndrome de dépendance sur la capacité de travail, en se fondant sur différents indicateurs, cette expertise se prononce expressément sur cette question. Elle constate notamment à cet égard que les troubles liés à la consommation de stupéfiants semblent désormais secondaires et que ce sont plutôt des éléments sortant du champ médical qui limitent la réinsertion du recourant sur le marché du travail. Rappelons également qu'en 2007, alors que le recourant touchait une rente entière, il n'avait pas annoncé sa reprise d'activité lucrative. L'OAI avait alors supprimé la rente avec effet rétroactif. En reprenant le travail, le recourant avait démontré sa capacité à travailler. L'expertise vient attester cela en 2017: il est capable de travailler mais des facteurs extra-médicaux l'en empêchent. Sur la base du dossier et de l'expertise, on observe que la situation concernant l'état de santé et la capacité de travail du recourant en 2007 paraît être inchangée par la suite. Du reste, s'agissant de la nouvelle demande et de la décision querellée de non-entrée en matière, le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ ne mentionne aucune

aggravation non plus. Au contraire, il arrive à des conclusions similaires à celles de l'expert s'agissant de sa capacité de travail : "Force est de constater cependant que malgré la présence d'une prétendue capacité de travail, le patient n'exerce pas d'activité lucrative depuis plusieurs années et dépend pour sa subsistance du service social. Malgré des projets qu'il peut avoir, de temps à autre pour une reprise professionnelle, ces derniers ne sont jamais concrétisés. Cela tient à mon avis d'une grande instabilité émotionnelle et des changements d'humeurs qui portent le patient à surestimer ses capacités ou alternativement à se dévaloriser au point de vouloir en finir". Force est en conséquence de retenir que l'unique rapport produit par le recourant dans sa demande de prestations n'apporte aucun élément allant dans le sens d'une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision rendue par l'OAI et ceci vraisemblablement même depuis la suppression de sa rente en 2007. 5.4. Il résulte de ce qui précède que le recourant n'a pas rendu plausible que son degré d'invalidité se serait modifié, de manière à influencer ses droits, depuis la précédente décision du 6 juin 2018 niant le droit à une rente. Partant, c'est à bon droit que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 26 décembre 2019. 6. 6.1. Mal fondé, le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision querellée confirmée. 6.2. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, compte tenu de l'assistance judiciaire totale accordée (cf. consid. 7). 6.3. Vu le sort du recours, il n'est pas non plus alloué de dépens. 7. Le recourant a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. 7.1. Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Aux termes de l'art. 142 CPJA, a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). 7.2. S'agissant de la première condition, il ressort de la pièce produite que le recourant est soutenu financièrement par le Service social communal de F. \_\_\_\_\_ qui atteste un déficit de CHF 1'590.- de sorte que l'on peut admettre qu'il ne dispose manifestement pas des ressources suffisantes pour supporter les frais de la procédure de recours sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence. S'agissant de la seconde condition, même si les arguments du recourant n'étaient pas d'un très grand poids dans le cadre d'un recours contre un refus d'entrer en matière, il peut encore être admis que celui-ci n'était pas d'emblée dénué de toute chance de succès. Enfin, l'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans se trouve ici justifiée. Il s'ensuit que la requête d'assistance judiciaire gratuite totale est admise et que Me Anna Gruber, avocate à Fribourg, est désignée comme défenseur d'office. 7.3. En vue de la fixation de l'indemnité de défenseur d'office, Me Anna Gruber a produit sa liste de frais le 11 août 2020 et l'a actualisée le 23 décembre 2020. Cette dernière fait état de 13 heures 55 de travail, dont notamment 1 heure 30 d'entretien avec le recourant, 2 heures 30 pour la rédaction du recours, 2 heures 30 pour la prise de connaissance du dossier de l'OAI et 1 heure pour la prise de connaissance de l'arrêt. Me Gruber explique qu'il faut tenir compte des circonstances et notamment que le recourant n'était pas en mesure d'apporter lui-même des documents médicaux. Ces explications peinent à convaincre. Pour un recours totalisant

juste cinq pages contre une décision de refus d'entrer en matière, le nombre d'heures de travail qui ressort de la liste produite dépasse le temps raisonnable nécessaire à la défense des intérêts du recourant, de telle sorte qu'il convient de s'en écarter. Ce d'autant plus qu'une partie des démarches invoquées a trait à des rapports médicaux qui concernaient des périodes postérieures à la décision de l'OAI et qui n'ont en conséquence pas été pris en compte par la Cour, conformément à la jurisprudence constante. Tenant compte d'un tarif horaire de CHF 180.-/heure (art. 57 al. 2 du Règlement du 30 novembre 2010 sur la justice [RJ; RSF 130.11] applicable par renvoi de l'art. 145b al. 1bis, 2ème phrase CPJA), l'indemnité sera fixée à un montant forfaitaire de CHF 1'500.-, correspondant à un peu plus de huit heures de travail ainsi qu'à des débours de l'ordre de CHF 40.-, plus CHF 115.50 de TVA (7.7%). Cette indemnité est mise à la charge de l'État de Fribourg et sera versée directement à Me Anna Gruber, étant rappelé qu'en application de l'art. 145b al. 3 CPJA, la collectivité publique peut exiger du bénéficiaire de l'assistance judiciaire qu'il rembourse ses prestations s'il revient à meilleure fortune.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours (605 2020 131) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire totale (605 2020 132) est admise et Me Anna Gruber est désignée en tant que défenseur d'office. L'indemnité de partie allouée à Me Anna Gruber, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'500.- d'honoraires et CHF 40.- de débours, plus CHF 115.50 au titre de la TVA à 7.7%, soit au total CHF 1'655.50. Elle sera mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. III. Les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire totale octroyée. 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 5 février 2021/rte Le Président :  
Le Greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.