

FR_GERICHTE 608 2014 10 vom 26. August 2015

FR Kantonsgericht, 2015-08-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_10

FR: FR_GERICHTE 608 2014 10 du 26 août 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2014 10 del 26 agosto 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 12

octobre 2007, confirmé par décision du 21 novembre 2007, il a rejeté la demande de prestations sur la base d'un degré d'invalidité de 0,86%, considérant que son assuré était en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps. Aucun recours n'a été déposé contre cette décision. B. Dans une deuxième requête du 24 novembre 2008, l'assuré a derechef requis l'octroi de prestations, indiquant des troubles au genou gauche et au dos. Par projet de décision du 26 novembre 2008, l'office a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande. Suite aux rapports et certificats médicaux des médecins traitants et du SMR, il a, dans un second projet de décision du 15 décembre 2009, considéré que l'assuré n'avait pas subi d'aggravation de son état. Le 10 février 2010, ce dernier a déposé des objections contre ce projet, alléguant désormais souffrir de problèmes de mémoire et devoir prochainement consulter le Dr D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 19 mars 2010, ce médecin a posé le diagnostic de syndrome amnésique organique (F04) et de troubles dépressifs récurrents (F33.9). Il considérait alors son patient comme totalement incapable de travailler depuis septembre 2010. L'OAI a diligencé une expertise pluridisciplinaire auprès du Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et du Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 15 décembre 2010, le premier diagnostiquait une "dysthymie, (F34.1) existant depuis fin 2006", ainsi qu'une "majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), existant depuis septembre 2009", tous deux sans influence sur la capacité de travail. Il estimait qu'il n'y a pas de limitations au plan psychique, mental ou social. Pour sa part, dans son rapport du 15 décembre 2010, le second diagnostiquait une "gonarthrose interne gauche [...]" ainsi que des "lombalgies sur discrets troubles dégénératifs", tous deux avec influence sur la capacité de travail. Si, selon lui, les activités habituelles n'étaient plus exigibles, la capacité de travail demeurerait entière dans une activité adaptée. Par décision du 22 décembre 2010, s'appuyant sur les expertises précitées, l'OAI a maintenu son refus de prester. Aucun recours n'a été déposé contre cette décision. C. Le 5 août 2013, l'assuré a déposé une troisième requête de prestation auprès de l'OAI, alléguant que ses troubles psychiques s'étaient aggravés "depuis l'emprisonnement à Berne (Arbitraire)".

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 Dans un projet de décision de refus d'entrée en matière du 20 août 2013, l'OAI a précisé qu'un nouvel examen ne pouvait pas être envisagé sans certificat médical rendant plausible l'aggravation de son état de santé et mentionnant clairement les raisons de celle-ci. Dans ses objections du 9 septembre 2013, complétées le

11 novembre 2013, l'assuré a indiqué avoir été accusé à tort de terrorisme, emprisonné à Berne et libéré après trois mois. Il a invité l'OAI à s'informer sur son état de santé auprès de son médecin, le Dr D. _____, dont étaient joints des certificats d'incapacité totale de travail. Un rapport du Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, affirmant que l'état de santé s'était péjoré, était aussi annexé. Suite à la consultation de son SMR, qui concluait que la pose d'une prothèse totale du genou aurait plutôt pour effet d'amender la symptomatologie douloureuse, l'OAI a rejeté la demande de prestation par décision du 4 décembre 2013. D. Le 20 janvier 2014, contre cette décision, l'assuré, représenté par CAP protection juridique, interjette recours devant le Tribunal cantonal, concluant au renvoi du dossier à l'OAI et à l'octroi d'une équitable indemnité. A l'appui de ses conclusions, il se plaint que son dossier a été géré avec désinvolture, le projet de décision lui ayant déjà été transmis quinze jours après le dépôt de sa demande. Il critique également le fait que l'avis de son médecin somaticien a été écarté sans approfondissement et que l'OAI n'a pas du tout investigué les problèmes psychiques qu'il alléguait. Sur ce plan, il produit un rapport du Dr D. _____ du 15 janvier 2014, dans lequel celui-ci indique avoir diagnostiqué une sévère aggravation de l'état de santé psychique de son patient suite à "son arrestation pour de graves délits dont il a été disculpé après trois mois de prison". Le 7 février 2014, le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de 800 francs. Dans ses observations du 18 mars 2014, l'OAI conclut au rejet du recours. Il soutient que la nouvelle demande mentionnait des problèmes psychiques présents depuis 2009. Il ajoute que le rapport et les certificats présentés dans le cadre des objections ont été soumis au SMR qui a conclu à l'absence d'aggravation, voir même à une amélioration, s'agissant des problèmes du genou. En référence au rapport du Dr D. _____ du 15 janvier 2014, il indique que, renseignements pris "auprès des autorités cantonales, aucune arrestation de ce genre n'a été opérée par leurs soins. A toutes fins utiles, le service social de la ville de C. _____ nous a indiqué qu'une plainte pénale pour escroquerie était actuellement pendante devant le ministère public". Dans ses contre-observations du 19 mai 2014, l'assuré estime que le fait qu'il doive porter une prothèse, bien que celle-ci ne soit pas forcément posée, permet de conclure à une aggravation de l'état de santé. Il souligne que les renseignements obtenus par l'OAI en relation avec son arrestation sont erronés et produit divers documents relatifs à son arrestation et son emprisonnement. Sur ce plan, il se plaint que l'aggravation de ses troubles psychiques a été écartée sans investigation. Dans ses ultimes remarques du 25 juin 2014, l'OAI souligne à nouveau que les limitations fonctionnelles du genou sont demeurées inchangées depuis 2010. Il souligne que les pièces relatives à l'emprisonnement du recourant sont non-médicales et ne permettent pas de conclure à la présence d'une aggravation de l'état de santé ni n'amènent d'élément permettant de conclure à une incapacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, 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 et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale 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 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une

infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 et 2 LAI, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, 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. La rente est échelonnée comme susmentionnée (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2008). L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 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). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (arrêt TF I 946/05 du 11 mai 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres références citées). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement

exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 346 consid. 5.3 et 6). c) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon ce principe, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties. Il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Ainsi, le recourant et l'autorité intimée sont en droit de produire de nouveaux rapports médicaux en cours de procédure et le juge se doit de les accepter en vertu de la maxime d'office. C'est ensuite, dans le cadre de l'appréciation des preuves, que le juge décidera s'il doit en tenir compte ou non (cf. arrêt TF 9C_286/2008 du 6 novembre 2008 consid. 4.1 et la référence citée). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il appartient au juge de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références). La portée du principe précité est toutefois restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (cf. art. 43 et 61 let. c LPGA; voir également ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195; arrêt TF I 90/04 du 6 mai 2004 consid. 2 et les références in REAS 2004 p. 242). d) D'après l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2014 (aRAI; RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De manière générale, une rente d'invalidité peut être modifiée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, conformément à l'art. 17 LPGA applicable par analogie pour des nouvelles demandes après un refus et qui prévoit que 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. e) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a). 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le tribunal des assurances 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'ancien art. 87 al. 4 aRAI 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). Lorsque l'administration est entrée en matière, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; cf. ég. arrêt du Tribunal fédéral 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2). f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et les références citées). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Il appartient notamment au juge de vérifier si les médecins, dans leurs rapports et dans le cadre de l'appréciation des preuves, ont tenu compte de ces facteurs étrangers à l'invalidité dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré (arrêt TF 9C_521/2012 du 17 janvier 2012 consid. 3). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure

néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4). 3. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est péjoré au point de justifier l'octroi d'une rente. Il s'agit dès lors de comparer ici les faits qui prévalaient au moment du dernier refus d'octroi de rente entière, par décision du 22 décembre 2010, avec ceux prévalant au moment de la décision attaquée, le 4 décembre 2013. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si l'état de santé du recourant s'est ou non modifié entre ces deux dates. Dans sa nouvelle demande, l'assuré se plaint essentiellement d'une péjoration de son état de santé, notamment sur le plan psychique (dossier OAI, pièce 328). Dans un premier temps, l'autorité intimée a refusé d'entrer en matière, l'aggravation alléguée n'ayant pas été rendue plausible. Lors de la procédure devant l'autorité intimée, l'assuré a ensuite produit plusieurs certificats médicaux de son psychiatre traitant, le Dr D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier y précisait seulement que son patient était en incapacité totale de travailler, sans autre indication (dossier OAI, pièces 335, 341 et 342). Or, en comparaison avec les précédents rapports du médecin précité de 2009 et 2010 donnant des conclusions identiques (dossier OAI, pièce 256, 260, 335, 341 et 342), ces nouveaux certificats ne permettaient en effet pas seuls de conclure à la présence d'une quelconque aggravation ou modification de l'état de santé psychique. Le recourant l'admettait par ailleurs implicitement dès lors qu'il invitait l'OAI à demander un rapport médical au psychiatre précité (dossier OAI, pièce 337). Toutefois, puisqu'il avait également été produit un rapport médical attestant d'une péjoration de la problématique au genou, l'autorité intimée s'est renseignée sur le plan somatique. Elle a alors remplacé le projet de décision de non-entrée en matière par une décision de refus de prestation, tout en retenant que l'état de santé ne s'était pas péjoré sur le plan somatique.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 En ce qui concerne le volet psychique, ce n'est qu'en appui des allégués présentés devant l'instance de céans que l'assuré produit spontanément un rapport plus détaillé du Dr D. _____. Celui-ci y souligne que son patient souffre, depuis son arrestation, d'un "retrait social, une hyper vigilance, des symptômes psychotiques de type paranoïaques, d'un dysfonctionnement cognitif marqué et une modification durable de sa personnalité". Aux dires du médecin, l'épouse et les enfants du recourant sont également pris en charge "sur un plan psychologique suite à l'arrestation de leur père après que leur domicile ait été violé, porte défoncée, appartement fouillé et saccagé à 4 heures du matin par la police. Les enfants ont été cagoulés et menottés et le père violenté comme de vulgaires terroristes". Le médecin ajoute finalement ce qui suit: "on peut aisément imaginer dans quel état mental se trouve le père et la famille après cette expérience traumatique. Enfin nous confirmons que l'état mental et troubles psychiatriques dont souffre [l'assuré] ne sont pas compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle" (cf. rapport du 15 janvier 2014, bordereau recours). Il est manifeste que les affirmations du Dr D. _____ reflètent surtout les affirmations unilatérales de son patient. Par exemple, au moment de son arrestation, le lundi 8 avril 2013, celui-ci vivait séparé de son épouse et de ses enfants mineurs (cf. arrêt du Tribunal cantonal 101 2013 41 du 1er juillet 2013 relatif aux mesures protectrices de l'union conjugale). Les affirmations relatives au traumatisme subi par les membres de sa famille lors de l'arrestation (les enfants ayant été prétendument cagoulés) méritent, à ce titre, certainement des éclaircissements avant de pouvoir être confirmées. Pour leurs parts, celles relatives au fait que le recourant serait disculpé ne sont aucunement prouvées par les documents en possession de la Cour. Cela

étant, l'assuré a effectivement été objet d'un mandat d'arrêt du 8 avril 2013 du Ministère public de la Confédération et prévenu des infractions suivantes: financement du terrorisme (art. 260quinquies CP), participation respectivement soutien à une organisation criminelle (art. 260ter CP) et blanchiment d'argent (art. 305bis CP). Il a été mis en liberté par ordonnance du 9 juillet 2013 après trois mois de détention provisoire (cf. bordereau contre-observations). Même si l'avis du médecin traitant ne peut manifestement pas suffire pour confirmer la présence d'une maladie psychique invalidante, le recourant a néanmoins produit un document qui doit être soumis à une appréciation médicale. Puisque l'autorité intimée est entrée en matière sur la nouvelle demande sur le plan somatique, le certificat médical ayant trait à la situation du recourant durant la période concernée doit être pris en compte. Or, l'autorité intimée n'a pas diligemment mesuré d'instruction s'agissant des troubles psychiques médicalement attestés. Dans son rapport du 4 décembre 2013, le Dr H._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR, se contente de traiter des troubles somatiques mais ne se prononce pas sur les troubles psychiques (cf. dossier OAI, pièce 352). En l'absence de toute mesure d'instruction, aucun élément ne permet de confirmer ou d'infirmer les conclusions du Dr D._____. Son rapport du 15 janvier 2014, bien que sans valeur probante, constitue le seul avis médical récent s'agissant des troubles psychiatriques. Force est dès lors en l'état de constater que la cause est insuffisamment instruite et que les pièces au dossier ne permettent pas à la Cour de statuer en connaissance de cause. Dans la mesure où aucune mesure d'instruction n'a été effectuée s'agissant des troubles psychiques, question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie, un renvoi à l'assureur est justifié. En raison de l'admission du recours, il n'est pas nécessaire d'approfondir les plaintes relatives à l'instruction de l'aggravation alléguée des troubles somatiques (compartiment interne du

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 genou gauche, kystes poplités). Elles feront, cas échéant, l'objet de mesures d'instruction complémentaire de la part de l'autorité. 4. Au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, bien fondé, doit être admis et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour mesures d'instructions complémentaires. a) Selon l'art. 61 LPGA, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. L'art. 61 let. g LPGA précise que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. En vertu de l'art. 69 al. 1bis LAI, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs. L'art. 131 al. 1 du Code de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) prescrit qu'en cas de recours ou d'action, la partie qui succombe supporte les frais de procédure. Si elle n'est que partiellement déboutée, les frais sont réduits en proportion. L'al. 2 précise que des frais peuvent être mis à la charge de la partie qui obtient gain de cause si elle les a occasionnés sans nécessité, par sa faute ou en violation des règles de procédure. Pour sa part, l'art. 137 al. 1 CPJA prévoit qu'en cas de recours, de révision ou d'interprétation devant une autorité statuant en dernière instance cantonale et en cas d'action, l'autorité de la juridiction administrative alloue, sur requête, à la partie qui obtient gain de cause une indemnité pour les frais nécessaires qu'elle a engagés pour la défense de ses intérêts. L'art. 138 CPJA précise que la partie qui, par sa

faute, n'a pas obtenu satisfaction dans la procédure antérieure n'a pas droit à une indemnité de partie. b) Dans le projet de décision du 20 août 2013, l'assuré avait été invité à produire des attestations médicales. Il était alors expressément indiqué que celles-ci devaient clairement mentionner les raisons pour lesquelles il ne serait plus en mesure d'exercer une activité telle que décrite dans la décision du 22 décembre 2010. En l'absence de telles pièces, il ne serait pas entré en matière sur la nouvelle demande (dossier OAI, pièce 330). Or, l'assuré n'a présenté, s'agissant des troubles psychiques, que divers certificats médicaux non motivés. Comme relevé ci-avant (consid. 3), il ne fait aucun doute que l'OAI ne pouvait pas, sur cette base, constater une quelconque modification de l'état de santé. Pour sa part, l'assuré aurait pu invoquer et produire les informations et pièces justificatives qui ont donné lieu au présent arrêt en procédure d'objection déjà. Par conséquent, en application des art. 61 let. g LPGA et 131 al. 2 CPJA, il convient de mettre à la charge du recourant une partie des frais de procédure. Ceux-ci, par CHF 800.-, sont dès lors mis, à raison de CHF 400.- à la charge du recourant et de CHF 400.- à la charge de l'autorité intimée. De l'avance de frais de CHF 800.- versée, seuls CHF 400.- lui sont restitués. c) Au même titre, l'équitable indemnité allouée à son assurance protection juridique doit être réduite. Compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives du litige, il se justifie de fixer l'indemnité de partie à laquelle le recourant pourrait prétendre pour ses frais de défense à un

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 montant ex aequo et bono de CHF 1'000.-, honoraires, débours et éventuelle TVA inclus. Ce montant est réduit à la moitié du prix coûtant. Le recourant a ainsi droit à une indemnité de partie de CHF 500.-, qui est mise à la charge de l'autorité intimée. la Cour arrête: I. Le recours de A. _____ est admis. Partant, la décision du 4 décembre 2013 est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour mesures d'instruction complémentaire dans le sens des considérants. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis par CHF 400.- à la charge de l'autorité intimée et par CHF 400.- à la charge du recourant; ce dernier montant est compensé par l'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant et CHF 400.- lui sont restitués. III. Une indemnité de partie de CHF 500.- est allouée au recourant. Elle est mise à la charge de l'autorité intimée. IV. Communication. 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 26 août 2015/pte Président Greffier

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