

## FR\_GERICHTE 608 2017 110 vom 6. März 2018

FR Kantonsgericht, 2018-03-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2017\\_110](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_110)

FR: FR\_GERICHTE 608 2017 110 du 6 mars 2018

IT: FR\_GERICHTE 608 2017 110 del 6 marzo 2018

### Regeste

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

### Volltext

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 [www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc) — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 608 2017 110 608 2017 111 Arrêt du 6 mars 2018 IIe Cour des assurances sociales Président: Johannes Frölicher Juges: Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux Greffière-rapporteuse: Muriel Zingg Parties A. \_\_\_\_\_, recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE FRIBOURG, autorité intimée Objet Assurance-invalidité, nouvelle demande, refus d'entrer en matière Recours (608 2017 110) du 15 mai 2017 contre la décision du 26 avril 2017 et requête d'assistance judiciaire gratuite partielle (608 2017 111) déposée le même jour Tribunal cantonal TC Page 2 de 7 considérant en fait A. A. \_\_\_\_\_, né en 1972, divorcé et père d'un enfant, domicilié à B. \_\_\_\_\_, a déposé une première demande de prestations AI pour adultes en date du 6 mars 2012 en raison d'une hernie discale. Par décision du 19 novembre 2012, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci- après: OAI) a constaté que l'assuré avait repris son activité lucrative habituelle de manœuvre à plein temps dès le 1er mai 2012 et qu'il ne présentait plus d'incapacité de travail depuis cette date, de sorte qu'il lui a donc refusé le droit à une rente d'invalidité. Le 28 avril 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes en invoquant une tendinite au bras gauche ainsi que des problèmes à la colonne vertébrale. Par décision du 5 octobre 2015, l'OAI a à nouveau refusé de lui octroyer une rente d'invalidité, retenant un taux d'invalidité de 6 %. Il a considéré que l'assuré ne pouvait certes plus travailler dans son activité habituelle de maçon, mais qu'il bénéficiait d'une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans une activité légère adaptée. Une troisième demande de prestations a été déposée par l'assuré en date du 15 décembre 2016 en faisant valoir "des douleurs lombaires sur plusieurs problèmes dont une hernie discale L5-S1 G et des problèmes psychiatriques". Par décision du 26 avril 2017, l'OAI s'est refusé à entrer en matière, au motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. B. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_ interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 15 mai 2017, concluant à l'annulation de la décision querellée et implicitement au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction du dossier sur le fond en tenant compte de ses problèmes physiques et psychologiques. A l'appui de son recours, il relève qu'il a eu un suivi régulier avec un psychiatre depuis le mois de décembre 2016 et que c'est sur les conseils de cette dernière que le suivi a pris fin en raison de problèmes de compréhension liés à la langue. Il signale également qu'il a eu un suivi psychologique auprès d'un autre médecin durant l'année 2015. En outre, s'agissant de l'absence de traitement psychotrope, il indique qu'il

prend depuis cinq ans un traitement assez lourd contre le virus VIH et qu'il redoute fortement les effets secondaires s'il prend d'autres médicaments. Enfin, étant soutenu par le Service social de C. \_\_\_\_\_, il sollicite d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite partielle. Dans ses observations du 7 juin 2016, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Elle relève qu'à l'appui de sa demande de prestations, l'assuré n'a produit qu'un seul rapport médical émanant de son médecin traitant et que celui-ci a été soumis au Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), lequel a conclu qu'aucune aggravation de l'état de santé n'était rendue plausible. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 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 et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. a) 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 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 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. b) 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). c) 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). 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. 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 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). 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 (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 1er 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 (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). Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 3. 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 (cf. supra 2c). a) Au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision du 5 octobre 2015, la situation médicale du recourant a été évaluée sur la base du rapport d'expertise du 16 juin 2014 du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en

rhumatologie. Cet expert retenait les diagnostics de lombosciatalgies chroniques dans un contexte de discopathies lombaires avec hernie L5-S1 droite, d'épicondylite gauche inflammatoire et de scapulalgies bilatérales d'origine indéterminée. Il estimait que le recourant ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle de manœuvre de chantier depuis décembre 2013, mais que des mesures professionnelles semblaient indiquées en vue de reprendre une activité professionnelle adaptée. Il relevait en outre que le pronostic en termes de reprise du travail était réservé également pour des raisons non médicales, telles que la longue durée d'incapacité de travail et l'absence de certification professionnelle. Dans son rapport du 18 décembre 2014, la Dresse E. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, évoquait une évolution défavorable. Elle indiquait que le patient se plaignait moins de ses problèmes de bras et d'épaule, mais qu'il souffrait toujours de sa jambe droite. En outre, elle relevait qu'il avait de grandes difficultés digestives liées à son changement de traitement contre le HIV et qu'il présentait probablement un état dépressif réactionnel. Dans son rapport du 18 mars 2015, cette praticienne retenait comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail une omalgie droite, une épicondylite gauche, un état dépressif et un changement de traitement contre le VIH avec nausées. Elle considérait néanmoins que l'assuré pouvait travailler à 100 %, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée. Dans son rapport du 10 avril 2015, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), a repris les diagnostics retenus et l'appréciation concordante de l'expert et du médecin traitant. Il a ainsi conclu qu'un changement d'activité professionnelle était nécessaire, mais que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement. Sur cette base, l'autorité intimée a procédé au calcul du taux d'invalidité et a retenu qu'il était insuffisant (6%) pour ouvrir le droit à des prestations. b) Au moment de sa nouvelle demande, le recourant indique qu'il présente des douleurs lombaires sur plusieurs problèmes dont une hernie discale L5-S1 gauche ainsi que des problèmes psychiatriques. Comme médecins traitants, il mentionne le nom de la Dresse E. \_\_\_\_\_ et celui de la Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Aucun rapport médical n'est toutefois produit à l'appui de sa demande. Suite au projet de décision de refus d'entrer en matière du 12 janvier 2017, lequel mentionne clairement que l'assuré doit rendre plausible, dans un délai de 30 jours, une éventuelle aggravation de son état de santé, le seul rapport médical produit émane de la Dresse E. \_\_\_\_\_. Cette dernière, qui n'est au demeurant pas spécialisée en psychiatrie, fait certes état, dans son rapport du 26 janvier 2017, d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré en précisant qu'actuellement ce sont les problèmes psychiatriques qui prédominent. Elle ne pose toutefois aucun diagnostic précis et se contente de donner des exemples de difficultés de compréhension Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 avec son patient qui laisseraient entendre qu'il souffre de problèmes psychiques depuis de nombreuses années. En outre, il ressort de ce rapport médical que l'assuré n'a consulté la Dresse G. \_\_\_\_\_ qu'à deux ou trois reprises et que cette dernière ne peut pas se prononcer. Ce seul rapport médical n'est manifestement pas suffisant pour rendre plausibles les allégations du recourant, selon lesquelles son état de santé se serait modifié de manière à influencer ses droits. Dans ces conditions, il faut conclure que le recourant n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, en particulier sur le plan psychique, et que c'est à juste titre que l'autorité intimée s'est refusée à entrer en matière. Le recours (608 2017 110), mal fondé, doit donc être rejeté et la décision querellée confirmée. 4. Le recourant sollicite également l'octroi de l'assistance judiciaire partielle (608 2017 111) dans le cadre de la procédure de recours. a) En vertu de l'art. 29 al. 3 de la Constitution fédérale

du 18 avril 1999 de la Confédération suisse (Cst.; RS 101), toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause ne paraisse d'emblée dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. Ainsi, selon l'art. 61 let. f, 2ème phrase, LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant. Sur le plan cantonal, conformément à l'art. 142 al. 1 et 2 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de 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). b) En l'espèce, au vu des considérants qui précèdent, il faut considérer que le recours était d'emblée dénué de chance de succès, de sorte que la requête d'assistance judiciaire gratuite partielle doit être rejetée. Toutefois, bien que la procédure de recours soit en principe onéreuse (art. 69 al. 1bis LAI), il est ici renoncé, exceptionnellement, à la perception de frais de justice, compte tenu du fait que le recourant est soutenu financièrement par le Service social de C.\_\_\_\_\_.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête: I. Le recours (608 2017 110) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite partielle (608 2017 111) est rejetée. III. Il n'est pas perçu de frais de procédure. 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 6 mars 2018/meg Président Greffière-rapporteure

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