

FR_GERICHTE 608 2021 200 vom 21. März 2022

FR Kantonsgericht, 2022-03-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_200

FR: FR_GERICHTE 608 2021 200 du 21 mars 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2021 200 del 21 marzo 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 15

juin 2016, il a communiqué la fin du paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 juin 2016. Par décisions du 24 octobre 2016, puis, sur opposition, du 13 avril 2017, il a retenu que l'assurée ne subissait pas de perte de gain dans une activité adaptée et a nié le droit à une rente d'invalidité; il lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 10%. Cette décision a été confirmée dans deux procédures de recours successives (cf. arrêts TC FR 605 2017 111 du 13 mars 2019 et TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020). C. Invoquant cette rupture partielle du tendon du sous-épineux de l'épaule droite et une incapacité de travail de 100% depuis son accident du 18 mars 2014, l'assurée a déposé, le 26 janvier 2015, une demande de prestations auprès de l'Office AI du canton de Fribourg (ci-après: OAI). Ce dernier l'a rejetée le 16 août 2017, retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et un degré d'invalidité nul. L'assurée n'a pas contesté cette décision. D. Le 28 août 2020, elle a demandé à nouveau des prestations AI, arguant d'une atteinte à la santé due à une complication après son opération à l'épaule droite susmentionnée ainsi qu'à une gonalgie permanente. L'OAI s'est refusé à entrer en matière sur cette demande, le 26 octobre 2020. Il n'a pas été recouru contre la décision précitée.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 E. Le 10 juin 2021, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations. Au titre de l'atteinte à la santé, elle a mentionné une rupture partielle du tendon du sous-épineux de l'épaule droite ainsi que des problèmes "psy." existant depuis son accident du 18 mars 2014, avec une incapacité de travail totale depuis cette date. A l'appui de sa demande, elle invoquait les trois pièces médicales qu'elle produisait, des séances de physiothérapie toujours en cours, et le fait qu'une expertise psychosomatique avait été recommandée. Après un projet de l'OAI de refus d'entrer en matière, du 16 août 2021, l'assurée a objecté, le

E. 20

septembre 2021, qu'il ressortait de l'ensemble des rapports médicaux fournis que sa situation tant physique, notamment du fait d'une augmentation des douleurs, de son obésité et d'autres symptômes et maladies survenus ces dernières années, que psychique s'était dégradée. Elle produisait en outre un courriel de sa psychiatre traitante, du même jour, contenant son diagnostic et son traitement médicamenteux actuel. Par décision du 22 octobre 2021, l'OAI s'est formellement refusé à entrer en matière sur cette nouvelle demande. Pour lui, les pièces médicales qui avaient été soumises à son Service Médical Régional (SMR) se limitaient à rapporter une appréciation différente d'un état de fait

objectif resté, pour l'essentiel, inchangé. Le diagnostic psychiatrique annoncé par courriel ne rendait pas non plus plausible une modification de l'état de santé. F. Contre cette décision, l'assurée recourt auprès du Tribunal cantonal, le 19 novembre 2021 (608 2021 200). Elle conclut, sous suite de frais et dépens, au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la demande. En effet, comparativement à la situation médicale retenue en 2017, son généraliste et sa psychiatre évoquent à ce jour plutôt une problématique psychique liée à l'état physique avec peu de chance d'amélioration. Les trois rapports de ses médecins traitants mettent en évidence une impossibilité d'exercer une quelconque activité lucrative et une aggravation de son état de santé, en constante péjoration. Sur le plan physique, elle invoque des maladies supplémentaires, telles l'arthrose du rachis et le syndrome lombaire dont elle ne souffrait pas en 2017, et fait valoir que sa gonarthrose n'est désormais plus simplement débutante. Psychiquement, elle allègue qu'elle souffre d'un trouble dépressif avec symptômes psychotiques, lesquels n'existaient pas en août 2017, et que ses douleurs physiques influencent sa problématique psychique qui était liée, au départ, à son vécu lors de la guerre de Bosnie. Son généraliste traitant estime utile la mise en œuvre d'une expertise psychosomatique dans un contexte de problématique douloureuse paraissant "chronifiée", mais aussi augmentée. Le même jour, l'assurée dépose une requête d'assistance judiciaire gratuite totale (AJT; 608 2021 201), pour laquelle elle produit des pièces supplémentaires le 13 décembre 2021. Dans ses observations du 24 janvier 2022, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il s'en remet à justice pour la requête d'AJT. Il considère qu'au stade de la demande formelle de prestations, l'assurée n'a présenté aucun élément pertinent rendant plausible l'aggravation significative de son état de santé dont elle souffrirait depuis la notification de la décision du 16 août 2017, entrée en force. Par conséquent, cet état de fait ne permet pas une appréciation nouvelle de la capacité de travail, ni de réévaluer le degré d'invalidité. Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives ci-dessous, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; 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 (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 [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'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références); 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 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, 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 (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 à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande, faute pour l'assurée d'avoir rendu plausible une aggravation déterminante de son état de santé.

3.1. La décision de refus de prestations AI du 16 août 2017 (dos. OAI 826) reposait sur un examen matériel du droit de l'assurée à des prestations de l'AI. L'OAI a admis que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais retenu une capacité de travail de 100%, sans perte de rendement, dans une activité adaptée épargnant l'épaule droite (manque de force), ne

demandant pas de soulever plus de 5kg au-dessus de l'horizontale, et aucun port de charges sur échelles ou échafaudages, ce dans l'industrie légère ou les services, par exemple le montage à l'établi, le contrôle de produits finis, ou le conditionnement léger; le degré d'invalidité était nul. Considérant qu'il s'agissait d'un cas commun pur LAA, l'instruction pluridisciplinaire de l'assureur-accidents a été prise en considération (cf. not. avis du SMR des 18 janvier et 10 août 2016, ainsi que du 12 juillet 2017, dos. OAI 260, 764 et 824; arrêt TF 8C_281/2019 précité consid. 5.2; rapports et examens du médecin d'arrondissement du

E. 21

décembre 2015, 23 mai et 7 juin 2016, dos. OAI 302, 423, 434; rapport de séjour clinique du 4 février 2016 ainsi que des différentes évaluations y menées, dos. OAI 377 ss). Outre l'atteinte à l'épaule droite (cf. supra), les comorbidités suivantes avaient été aussi appréciées: une obésité morbide (stade II), une hypercholestérolémie, des troubles dépressifs récurrents (sous médicament Cymbalta; selon le généraliste Dr B. _____, qui avait débuté un traitement à cet égard après l'accident, un état anxieux-dépressif chronique avait été décrit dès 2011, cf. rapport du

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11

E. 22

septembre 2016, dos. OAI 802), une gonarthrose (chondrocalcinose et chondropathie) débutante du genou G, de nature exclusivement malade, dégénérative, ainsi qu'un syndrome lombo- spondylogène sur discopathies lombaires (syndrome lombo-vertébral récidivant, syndrome lombo- radiculaire L5/S1 en 2011, plaintes douloureuses de lombosciatalgies irradiant dans les deux jambes, etc.: cf. rapports du Dr B. _____ du 14 octobre 2015, dos. OAI 213 et ég. 802: avant l'accident de 2014, plusieurs apparitions de polyarthralgies non-inflammatoires, probablement à caractère fibromyalgiques, dans un contexte dépressif également et avec un suivi psychiatrique initié; hyperlordose lombaire, mais avec mobilité du rachis conservée; rapports du SMR du 18 janvier 2016 dos. OAI 260, du médecin d'arrondissement du 22 décembre 2015, dos OAI 302 et de l'orthopédiste Dr C. _____ du 31 mars 2017, dos. OAI 812). A plusieurs reprises, il avait été souligné que les limitations fonctionnelles et les plaintes douloureuses (omalgies, etc.; parmi d'autres, cf. rapport du 4 février 2016, dos. OAI 380) paraissaient disproportionnées par rapport aux lésions objectives, que l'assurée faisait preuve d'une sévère autolimitation (effort, force), qu'il y avait ainsi des facteurs non médicaux, des incohérences et un manque de participation avec exagération de la description des symptômes comme l'estimation des douleurs. Le généraliste traitant Dr B. _____ avait lui-même évoqué des notions de fibromyalgie, un possible syndrome douloureux chronique, une probable somatisation (cf. dos. OAI 213 et 802, ég. 260). Une prise en charge en service psychosomatique était au demeurant intervenue, avec consilium psychiatrique et pose du diagnostic F33.11 susmentionné (cf. rapport de clinique du 2 février 2016, dos. OAI 384; ég. du 4 février 2016, dos. 380). Sur ce plan psychique, l'assurée soutenait avoir été en bonne santé habituellement avant l'accident (cf. ég. rapport du 21 décembre 2015, dos. OAI 304: dépression qu'elle lie uniquement à sa douleur chronique à l'épaule). Elle reconnaissait cependant avoir connu des épisodes dépressifs après son arrivée en Suisse, en 1995, et eu un traitement au Citrallex. L'instruction relevait un sentiment de découragement, de changement de vie, de perte, ainsi qu'un manque de volonté et de motivation, une fatigue, des problèmes de sommeil, des anxiétés (pour l'avenir, son mari chômeur, etc.). Si le

trouble dépressif récurrent pouvait être rattaché au vécu de la guerre, il y avait 20 ans, l'assurée ne présentait pour autant ni phénomène de réviviscence, ni élément manifeste d'un TSPT, ni du registre psychotique. C'est un syndrome somatique qui était observé. La médication de Cymbalta 30 mg/j. paraissant faible pour un épisode dépressif, le dosage journalier avait été négocié avec la patiente à 60 mg. 3.2. A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a produit les réponses de trois médecins traitants au questionnaire de sa mandataire. Elles sont reportées ci-dessous. - Le 4 février 2021 (cf. dos. OAI 869), le Dr B. _____, généraliste traitant depuis mai 2015 (cf. dos. OAI 213), indique voir sa patiente environ une fois par mois depuis octobre 2020 - soit l'époque du refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations précédente - alors qu'à partir de 2017, le rythme était variable, dépendant de son état de santé fluctuant. S'agissant de l'évolution, notamment des douleurs, depuis la décision du 16 août 2017, l'évolution était d'abord plutôt favorable, puis fluctuante. Actuellement, la problématique douloureuse paraît "chronifiée" et, subjectivement, en pénétration, avec une tendance à la généralisation des douleurs. Du point de vue de médecine interne, elle n'a pas de maladie hormis une obésité et une hypercholestérolémie non traitée. L'état de santé est bon. Au plan ostéo-articulaire, différents problèmes douloureux limitent fortement sa qualité de vie et son état psychique (épaule douloureuse, gonarthrose, arthrose du rachis, syndrome lombaire). L'exercice d'une activité lucrative est peut-être envisageable du point de vue théorique, mais en pratique, cela ne semble pas réalisable. La problématique physique est

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 liée à l'état psychique avec peu de chance d'amélioration. Une expertise psychosomatique pourrait être utile. - Le 11 mai 2021 (dos. OAI 877), le Dr C. _____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indique ne plus suivre l'assurée, qu'il a vue la dernière fois le 9 septembre 2020. Son suivi à partir de fin mars 2017, pour des troubles de l'épaule droite, était d'abord aux 6 semaines, puis aux 3 mois. La situation n'a pas évolué. Il y a eu quelques progrès entre mars et août - 2017, semble-t-il -, notamment pour la mobilité passive et dans une moindre mesure pour celle active. Cependant, la problématique principale algique reste inchangée. A la dernière consultation, le bras droit, dominant, n'était pas fonctionnel en raisons des douleurs; les traitements antalgiques, sans effet, avaient été arrêtés; elle évaluait ses douleurs à 7/10. En 2017, l'exercice d'une activité lucrative ne lui paraissait pas possible, et lui semble toujours impossible ce jour. La patiente s'est montrée très motivée, d'où ses progrès de mobilité susmentionnés; seul un suivi régulier en thérapie permet cela. - Le 25 janvier 2021 (dos. OAI 873), la Dre D. _____, psychiatre traitante, explique que son suivi a débuté le 28 novembre 2016, à la demande du généraliste traitant B. _____; elle ne répond pas s'agissant de la fréquence des consultations. Elle était intervenue du fait d'une insomnie qui s'était installée avec un épuisement physique par rapport à de fortes douleurs au niveau de l'épaule et de la partie cervicale du côté droit; la correction faite par une intervention chirurgicale n'a pas donné les résultats escomptés et la symptomatologie douloureuse a toujours été très importante. Depuis le 16 août 2017, il y a eu peu d'évolution par rapport à son état physique et psychique, la symptomatologie douloureuse ainsi que le handicap par rapport à l'épaule droite sont toujours présents et elle a beaucoup de peine dans nombre de mouvements, ce qui la handicape dans la vie quotidienne. En même temps, l'insomnie et son état dépressif ont une très mauvaise influence sur son état physique également. La praticienne parlerait plutôt d'une aggravation que d'une amélioration de l'état de santé actuellement, car la symptomatologie douloureuse est toujours présente et celle dépressive montre peu de soulagement par le traitement médicamenteux. La patiente se dit

désespérée, son handicap n'ayant jamais été reconnu, ce qu'elle vit très mal et qui est présent sur le plan physique et psycho-affectif. La psychiatre ne la voit pas exercer une quelconque activité lucrative vu que le handicap se situe au niveau de l'épaule droite et de la partie cervicale. La surcharge de l'épaule gauche est très importante et l'assurée a beaucoup de difficultés dans sa vie quotidienne. Après communication de l'avis du SMR du 16 août 2021 (dos. OAI 901), faisant état notamment de l'absence d'un diagnostic, d'une constatation objective ou de la mention d'un traitement dans la pièce susmentionnée, et téléphone de la mandataire du 20 septembre 2021, la psychiatre traitante a posé dans son courriel du même jour le diagnostic F33.3 de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, et le traitement médicamenteux suivant: Cipralex 10 mg, 1/2 cp 2x/j., Mag 2 1x/j. sachet (magnésium), Cymbalta 30 mg 1x/j., Dafalgan 1 gr, 1x/j. (dos. OAI 903). 3.3. Par rapport à la situation déterminante en août 2017 détaillée plus haut, la Cour ne distingue pas où et en quoi ces réponses des médecins traitants témoigneraient d'une péjoration notable de l'état de santé, d'une portée significative subséquente de celle-là sur le droit aux prestations AI, par exemple en relation avec la capacité de travail, et quelle en serait la temporalité. L'assertion de la recourante que cette péjoration serait constante est insuffisante et ne clarifie pas ces interrogations, au contraire. Ce d'autant que les praticiens susmentionnés paraissent plutôt évaluer leur suivi passé, et relever une situation demeurée (globalement, à tout le moins) inchangée, voire des modifications

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 positives observées, même si parfois temporaires, fluctuantes. Une augmentation des consultations et du traitement médicamenteux due à une péjoration de l'état de santé n'est au reste pas mentionnée. Il semble même y avoir une certaine atténuation de la prescription médicinale par rapport à ce que l'assurée indiquait antérieurement prendre, y compris sur le plan antalgique (cf. dos. OAI 435: Dafalgan, Co Dafalgan, myorelaxan, 60 mg/j de Cymbalta). Aucun nouveau résultat d'un examen objectif (radiologie, etc.) n'a été annoncé. Les trois praticiens avaient auparavant déjà exprimé leur scepticisme quant à l'exercice effectif d'une activité adaptée, ce qui avait été apprécié par l'assureur-accidents (et les instances de recours) ainsi que l'OAI. Le Dr B. _____ admet au demeurant son exigibilité théorique et ces médecins ne remettent pas en cause les limitations fonctionnelles retenues. De plus, à nouveau, le généraliste, qui avait diagnostiqué la réapparition d'une atteinte psychique en 2015 et initié son traitement médicamenteux, se prononce de façon conséquente sur l'aspect psychique, et la psychiatre, sur celui somatique, sortant tous les deux de leur domaine de spécialité (cf. arrêt 605 2017 111 FR TC consid. 3 in fine). On ne voit pas en quoi serait pertinent ici le fait qu'ils mettraient à présent l'accent plutôt sur la problématique psychique; d'autant que ce ne paraît pas être véritablement le cas, les deux continuant d'invoquer et d'imbriquer l'un et l'autre aspects. Le Dr B. _____ soutient d'ailleurs que c'est le plan ostéo-articulaire douloureux qui limite fortement l'état psychique et la qualité de vie de l'assurée. Quant à la Dre D. _____, elle souligne que c'est spécifiquement parce que son handicap se trouve au niveau de l'épaule et de la partie cervicale droites, avec une surcharge consécutive très importante de l'épaule gauche, que sa patiente ne peut faire quelque activité que ce soit et a beaucoup de difficultés dans sa vie quotidienne. Or, selon son rapport du 23 août 2017 tel que cité dans l'arrêt TC susmentionné, elle avait déjà soutenu que l'état dépressif d'intensité sévère à moyenne était dû aux problèmes physiques. De fait, c'est toujours la problématique des plaintes douloureuses, singulièrement à l'épaule droite et au genou gauche, et de leur quasi-permanence qui est mise en exergue; le généraliste traitant la considère d'ailleurs comme "chronifiée", ce qui implique en soi une certaine absence de changement notable,

malgré une perception subjective de l'assurée rapportée péjorée, généralisée. A cet égard, il est de surcroît souligné qu'auparavant, une amplification (très) importante des douleurs, souvent décrites à 10/10, ainsi que des limitations fonctionnelles, ce sans substrat objectif, avaient déjà été observées, y compris lors d'une prise en charge psychosomatique. Et que l'assurée avait aussi allégué combien cela pesait sur sa vie quotidienne et sa thymie. S'agissant de l'arthrose du rachis et du syndrome lombaire mentionnés par le généraliste traitant, ces atteintes ne sont pas nouvelles: des plaintes douloureuses ostéo-articulaires y relatives avaient déjà été faites et appréciées par le passé. Que la gonarthrose ne serait plus simplement débutante (mais permanente) est propre à son caractère dégénératif. Au demeurant, le rapport d'IRM du genou gauche du 17 septembre 2015 (cf. dos. OAI 282) mentionnait déjà un grade 4 pour la chondropathie focale trochléaire. En tout état de cause, cette seule mention de problèmes douloureux ostéo-articulaires, sans aucune autre précision, ne permet nullement de rendre plausible leur péjoration (objective) notable et significative. Enfin, que l'assurée présenterait un état dépressif récurrent avec symptômes psychotiques, et non plus avec syndrome somatique, n'est de toute manière pas concluant ici: la pose d'un diagnostic en partie modifié ne rend pas à lui seul plausible que les conditions permettant une entrée en matière sur une nouvelle demande sont remplies. En outre, dans ses réponses de fin janvier 2021, la

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 psychiatre traitante avait soutenu que la situation psychique (et celle physique) avait peu évolué depuis août 2017, que la problématique dépressive montrait peu de soulagement par le traitement médicamenteux - ce qui montre tout de même une petite amélioration et exclut à tout le moins une péjoration notable -, et continuait de mettre l'accent sur la problématique physique. Comme par le passé chez elle, et comme dans les autres éléments de nature psychique au dossier, aucune mention n'était faite de symptômes psychotiques. Son courriel produit dans les objections annonçant soudainement cet aspect ne donne en tous les cas aucune information quant à son fondement, sa survenance, son importance, ses conséquences (traitement, capacité de travail, etc.). C'est à raison que l'OAI ne lui a pas donné une valeur suffisante quant à l'entrée en matière, à l'instar des autres éléments ci-dessus (cf. rapport SMR du 16 août 2021 dos. OAI 902 et décision attaquée). Ces différentes remarques peuvent être reprises, s'agissant de l'allégation selon laquelle l'épisode du trouble dépressif récurrent serait sévère.

3.4. L'assurée n'a donc 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 du 16 août 2017. Partant, c'est à juste titre que l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur sa nouvelle demande. Il s'ensuit que le recours (608 2021 200) doit être rejeté et la décision attaquée, confirmée.

4. 4.1. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 400.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe. Il ne sera pas alloué de dépens.

4.2. La recourante a cependant requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite. 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.

4.2.1. En l'espèce, s'agissant d'une nouvelle demande de prestations à l'appui de laquelle l'assurée et ses médecins se sont prononcés très largement de la même façon que dans la procédure ayant abouti à la décision matérielle du 16 août 2017, de surcroît sans

apporter d'allégués médicaux (objectifs) nouveaux et/ou pertinents rendant plausible une péjoration significative de l'état de santé, la cause était d'emblée vouée à l'échec. 4.2.2. S'agissant de surcroît de la condition d'indigence, il est rappelé que conformément à l'art. 145 al. 2 CPJA, la demande doit contenir des renseignements suffisants sur l'état des ressources du requérant et être accompagnée des pièces permettant d'en établir le bien-fondé. En outre, la procédure d'assistance judiciaire est sommaire et la maxime inquisitoire y est limitée par le devoir de collaborer du requérant, lequel induit en particulier qu'il doit justifier de sa situation financière; pour déterminer cette dernière, il convient de prendre en considération l'ensemble de sa situation, celui-ci devant indiquer de manière complète et établir autant que faire se peut ses revenus, sa situation de fortune, ainsi que ses charges (et leur paiement régulier); il y a lieu de mettre en balance, d'une part, la totalité des ressources effectives du requérant et, d'autre part, l'ensemble de ses engagements financiers; le soutien de la collectivité publique n'est en principe pas dû lorsque les

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 ressources dont dispose le requérant lui permettent d'amortir les frais judiciaires et d'avocat en une année au plus, pour les procès relativement simples, et en deux ans pour les autres (cf. arrêts TF 4A_700/2016 du 24 janvier 2017 consid. 3.2 et 4.3 et les références citées; 5A_380/2015 du 1er juillet 2015 consid. 3.2.2 et 3.2.3; 5P.295/2006 du 24 octobre 2006 consid. 3.4; ATF 125 IV 161 consid. 4a; 135 I 221 consid. 5.1; TF 5A_103/2014 du 4 juin 2014 consid. 3.1 et 5). Selon la requérante, son époux et elle ont pour seule source de revenu les quelque CHF 3'116.- mensuels d'indemnités que perçoit ce dernier, à l'assurance-chômage depuis janvier 2020; leur seule fortune à tous deux, immobilisée et dont ils ne peuvent disposer librement, est la maison dans laquelle ils vivent, dont la valeur assurée ECAB 2021 est de CHF 692'600.-; chaque mois, leur situation financière, après prise en compte de leurs minimum vital, revenu et charges, accuse un déficit d'environ CHF 2'182.-. Déjà à ce stade, la Cour observe qu'avec un tel déficit mensuel allégué, il n'est pas vraisemblable que les époux ne bénéficient pas en sus d'autres sources de revenu (aide financières, ...), de réductions de primes, etc., et paient néanmoins régulièrement et effectivement toutes leurs charges. Par ailleurs, la situation financière, singulièrement de fortune, n'a été établie que par des fiches d'indemnités chômage, des factures, une estimation des impôts 2020 et l'acompte provisoire y relatif, et non les derniers avis de taxation, ainsi que des extraits du compte immeuble. Il n'y a pas d'autres extraits de leurs comptes bancaires, postaux, etc., pas d'autre information quant à un éventuel autre bien ou élément de fortune. Il en va de même s'agissant de l'impossibilité alléguée de pouvoir disposer de la valeur de la maison, de l'engager, ou d'augmenter très modestement son crédit hypothécaire pour couvrir les frais de procédure. Certes, la requérante affirme que leur propriété immobilière est leur unique fortune et l'indemnité de chômage leur seul revenu; mais outre la difficulté relevée plus haut de faire coïncider ce revenu unique et le paiement des charges, force est de relever en sus les quelques incohérences suivantes, au vu des pièces présentées: Les intérêts hypothécaires invoqués concernent non seulement la maison individuelle du couple, mais aussi celle d'un de leurs enfants, dans la même rue (cf. extraits de compte de l'immeuble et facture bancaire produits). Il est vraisemblable qu'il ne puisse dès lors être tenu compte que de la moitié du montant de CHF 1'023.- mensuel allégué. Il ressort en outre de deux décomptes d'impôt pour prestation en capital qu'une telle prestation, dont on ne sait rien, a été perçue à tout le moins en 2021. De plus, au vu de l'estimation d'impôts 2020, la charge fiscale sur le revenu et la fortune devrait être d'environ CHF 80.- mensuels, et non CHF 300.-. Enfin, sans devoir examiner encore dans quelle mesure un véhicule privé serait nécessaire au mari pour

rechercher du travail ou amener son épouse chez le médecin, ou si les transports publics pourraient être utilisés, force est de constater qu'en définitive, trois voitures ont été mentionnées dans les documents produits, une Mercedes-Benz et deux BMW; rien n'a en revanche été dit quant à leur acquisition, leur vente éventuelle, etc., le tout en sus dans le cadre d'une situation financière dite très difficile. La requérante n'a donc pas rendu vraisemblable, à satisfaction de droit, que la condition d'indigence fût remplie. Au vu des frais de procédure relativement modeste susmentionnés, elle paraît en mesure de supporter, au besoin par acomptes, ceux-ci et les honoraires de sa mandataire liés au dépôt du recours de 9 pages. 4.2.3. La requête d'AJT (608 2021 201) doit ainsi être rejetée. Il ne sera pas perçu de frais de justice pour elle.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours (608 2021 200) est rejeté. II. Les frais de la procédure de recours, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. La requête d'assistance judiciaire gratuite (608 2021 201) est rejetée. V. 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 21 mars 2022/djo Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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