

FR_GERICHTE 608 2019 195 vom 10. Januar 2020

FR Kantonsgericht, 2020-01-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_195

FR: FR_GERICHTE 608 2019 195 du 10 janvier 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 195 del 10 gennaio 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 15

juin 2001, le droit à une demi-rente d'invalidité lui sera reconnu, pour une période allant du 1er novembre 1999 au 31 mai 2001. Le recours déposé par l'assurée conduira toutefois au renvoi de la cause à l'Office précité, pour expertise pluridisciplinaire. Finalement, par décision du 1er mai 2007, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève lui octroiera une demi-rente d'invalidité à partir du mois d'août 2005, retenant la présence d'une atteinte chronique à l'épaule et d'une maladie psychique, lesquelles influençaient la capacité de travail depuis août 2004. Le recours formé devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, puis devant le Tribunal fédéral a été rejeté. Par la suite, le suivi du dossier a été assumé par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne, l'assurée s'étant établie dans ce canton. B. Dans le cadre d'une demande de révision engagée entre-temps, une expertise pluridisciplinaire a été réalisée par C._____. Sur la base des conclusions de l'expertise remise le 1er novembre 2013 et de l'enquête ménagère effectuée en octobre 2014, l'Office précité a supprimé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, par décision datée du 8 juillet 2016. Il a retenu que cette dernière était en mesure d'exercer une activité lucrative légère à plein temps et que son degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 10%. Le recours déposé à l'encontre de cette décision a été déclaré irrecevable par le Tribunal administratif du canton de Berne, par jugement du 30 septembre 2016, faute pour l'assurée d'avoir versé l'avance de frais requise dans le délai imparti. Le recours formé devant le Tribunal fédéral a également été rejeté, par arrêt du 2 juin 2017. C. Le 10 décembre 2018, A._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI). Elle indiquait subir des atteintes au niveau rhumatologique, cardiologique, nutritionnel et psychiatrique; elle mentionnait en outre la présence d'acouphènes depuis juillet 2018, résistant au traitement médicamenteux. Suite au projet de décision de l'OAI envisageant de ne pas entrer en matière sur cette nouvelle demande, l'assurée a déposé trois rapports médicaux dans le but de démontrer que son état de santé s'était aggravé. Suivant l'avis du médecin SMR, l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur cette nouvelle demande, par décision du 4 juin 2019, au motif que l'assurée n'avait pas rendu plausible que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il relevait en particulier que l'opération de chirurgie bariatrique lui avait permis de perdre du poids et qu'il s'agissait dès lors d'une amélioration de son état de santé. Quant aux troubles de l'humeur, ils ont été considérés comme réactionnels à un facteur extra-médical (emprisonnement de son époux).

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 D. Contre cette décision, A. _____, représentée par Me Lorenz Fivian, avocat, interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 8 juillet 2019, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée afin qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande de prestations. Elle demande également le remboursement des frais liés à l'établissement des rapports médicaux liés à cette procédure. A l'appui de ses conclusions, elle reproche à l'autorité intimée, respectivement au SMR, une lecture biaisée des rapports remis à l'appui de ses objections. Elle relève en outre la présence de longue date d'un diagnostic de fibromyalgie et de problèmes psychiques; compte tenu du changement de jurisprudence intervenu en 2015 s'agissant des troubles somatoformes douloureux, puis en 2018 en ce qui concerne les troubles psychiques, elle considère qu'un examen d'ensemble est nécessaire, examen qui n'a pas été mené par le SMR. Le 2 août 2019, elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 400.-. Dans ses observations du 20 août 2019, l'autorité intimée a conclu au rejet du recours, renvoyant au contenu de sa décision. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. 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 une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. 2.1. 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 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 (al. 1). 2.2. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 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). 3. 3.1. 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'impuissance, 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). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). 3.2. 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 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). 4. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la recourante 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. Afin de pouvoir trancher le présent litige, il y a lieu d'examiner comment son état de santé a évolué depuis la dernière décision matérielle (consid. 4.1) et celle ici litigieuse du 4 juin 2019 (consid. 4.2). 4.1. En l'occurrence, la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente est celle qui a été rendue par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Berne le 8 juillet 2016. Quand bien même le recours de l'assurée à l'encontre de dite décision a été déclaré irrecevable par le Tribunal cantonal bernois (avance de frais versée tardivement), la situation de cette dernière a alors fait l'objet d'une instruction détaillée. Cette décision était en effet fondée sur un rapport d'expertise de C._____, qui comprenait les volets suivants: rhumatologie, psychiatrie et médecine interne. Après avoir établi l'anamnèse détaillée, les plaintes suivantes étaient évoquées: intense fatigue, présente de longue date sans modification, mise par l'assurée en relation avec la fibromyalgie et la médication antidépressive; douleurs ostéoarticulaires diffuses, entrant dans le cadre du diagnostic de fibromyalgie, avec en outre douleurs localisées aux épaules (plutôt à droite) et à la colonne lombaire; sur le plan psychique, l'état de fatigue et une plus forte émotivité sont mentionnées, ainsi que de l'anxiété et

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 quelques problèmes de concentration. Après passation des examens cliniques dans chaque spécialité, les experts retenaient en substance ce qui suit: sur le plan de la médecine interne, il n'est pas reconnu de limitation fonctionnelle significative, de sorte qu'une pleine capacité de travail est admise dans une activité légère, sans port de charge répétitif. Sur le plan rhumatologique, le syndrome fibromyalgique est considéré comme modéré et non handicapant. Au niveau lombaire, en l'absence de conflit discoradiculaire clinique et radiologique et vu la présence, au plus, d'une discopathie L4-L5 discrètement protrusive avec signes d'insuffisance discale, chez une personne obèse, il est suggéré de limiter certaines activités (tronc penché en avant, ports de charges répétés de plus de 5-10kg). Concernant les épaules, des tendinopathies calcifiantes ont un impact fonctionnel modéré au niveau de l'épaule droite et discret sur la gauche, et entraînent de ce fait des limitations dans certains types d'activité (élévation du bras au-dessus de l'horizontale, port de charges répété à droite). Dans une activité peu contraignante, la capacité de travail n'est pas limitée. Enfin, sur le plan psychique, un trouble somatoforme indifférencié est retenu. Il n'est pas considéré comme sévère et n'est alors pas accompagné d'un épisode dépressif, ni d'un autre trouble de l'humeur, tout au plus d'une dysthymie. En ce sens, l'épisode dépressif présent lors de l'expertise de 2006, alors que l'assurée était depuis peu suivie pour un lymphome, a connu une évolution favorable. "En conclusion, le trouble somatoforme n'est pas associé à une comorbidité psychiatrique grave. Il n'y a pas de diagnostic psychiatrique en dehors du trouble somatoforme, il n'y a pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec des traitements ambulatoires". De ce point de vue, la

capacité de travail est donc entière et les limitations à retrouver une activité professionnelle sont mises sur le compte de l'absence de formation reconnue et des échecs répétés en vue de retrouver une activité. Globalement, la capacité a été considérée comme nulle dans l'ancienne activité, car elle n'est plus compatible avec l'état de santé/les limitations fonctionnelles. En revanche, elle reste entière dans toute activité légère, respectant les limitations au niveau des épaules et du dos. Postérieurement à l'expertise, la recourante a subi une opération à l'épaule droite, en mars 2015. Dans un rapport du 6 juillet 2015, le Dr D._____, chirurgien orthopédiste traitant, a attesté d'une incapacité de travail totale durant deux semaines, avec un pronostic excellent. Dans un rapport du 14 juillet 2015, la Dresse E._____, généraliste traitante, attestera quant à elle d'une incapacité de 50%, en raison des douleurs, de la fatigue et de la limitation des amplitudes articulaires. Figurait également au dossier un rapport du 25 juin 2015 du Dr F._____, spécialiste en endocrinologie, en lien avec la problématique de surpoids de l'assurée. Notant qu'il s'agissait d'une première rencontre avec l'assurée, il rappelait la reprise pondérale très importante de cette dernière à partir de 2010, malgré un bypass gastrique en 2007 et un rétablissement du montage gastro-intestinal en 2010. Après une brève anamnèse, évoquant l'évolution pondérale de l'assurée, le médecin envisageait les possibilités qui permettraient à celle-ci de retrouver un poids compatible avec une bonne qualité de vie. En conclusion, il proposait d'en discuter dans le cadre d'un colloque multi-disciplinaire intercantonal. Invité à prendre position, le Dr G._____, spécialiste en orthopédie auprès du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), indique, en date du 22 décembre 2015, que l'intervention à l'épaule justifie en principe une incapacité de travail de 6 semaines au plus. Compte tenu du pronostic très favorable, une aggravation passagère (du 11 au 25 mars 2015),

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 correspondant aux indications du Dr D._____, est confirmée. Le même jour, la Dresse H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, a avalisé les conclusions de son collègue orthopédiste et considéré que l'exigibilité était inchangée. Par la suite, l'assurée a encore déposé un rapport établi par le Dr I._____, spécialiste en radiologie, en date du 3 mars 2016. Il s'agit d'un bilan radiologique des deux épaules, faisant état de "signes d'entésopathie/tendinopathie de la coiffe des rotateurs à gauche comme à droite, ainsi que d'une probable calcification intra-labrale au niveau de l'apex glénoïdien de l'épaule gauche". Selon lui, des infiltrations pourraient "très fortement soulager les douleurs de la patiente". Il recommande néanmoins de procéder tout d'abord à un examen IRM, pour mieux orienter l'infiltration. Le 7 juin 2016, la Dresse J._____, spécialiste en orthopédie auprès du SMR, a estimé que le rapport du Dr I._____ ne remettait pas en cause l'exigibilité d'une activité légère à plein temps. C'est sur cette base que le droit de l'assurée à une rente d'invalidité a été supprimé, par décision du 8 juillet 2016. 4.2. A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a produit trois documents médicaux, tous datés du 26 avril 2019: - un courrier dans lequel la Dresse E._____, généraliste traitante, atteste depuis 2017 l'évolution suivante: une intervention de bypass gastrique, dans le cadre de la prise en charge d'une obésité de stade 3, avec perte massive de poids (70kg) ayant provoqué des déséquilibres électrolytiques et une majoration conséquente d'une fatigue émotionnelle et physique; une stagnation de la fibromyalgie, avec plusieurs crises aiguës de polyarthralgies diffuses inflammatoires; péjoration du fond dépressif, dépression profonde chronique; cholédolithiase; diverses surinfections (sinusite, bronchite). "Au jour d'aujourd'hui on peut noter que ma patiente présente une dépression profonde et un état de santé fragile lié à la très grande perte de poids et à la fibromyalgie

chronique". Elle relève toutefois la volonté de sa patiente de rechercher malgré tout une activité professionnelle adaptée. - un courrier dans lequel la Dresse K. _____, médecin interniste traitante, atteste suivre cette patiente depuis 2009, dans le contexte d'une chirurgie bariatrique. "Im Zuge der Gewichtreduktion haben sich zahlreiche übergewichtbedingte Beschwerden normalisiert. Leider verträgt die Patientin die bariatrische Chirurgie aber schlecht und hat diesbezüglich relevante gastrointestinale Probleme. A. _____ hat zahlreiche weitere gesundheitsrelevante Diagnosen. Insgesamt hat sich der Gesundheitszustand von A. _____ verschlechtert". - un courrier dans lequel la Dresse L. _____, psychiatre traitante, annonce suivre régulièrement l'assurée depuis février 2017 "dans le contexte de douleurs chroniques, fatigue, variations d'humeur, difficultés à s'organiser dans son quotidien, troubles de la concentration". Rappelant le contexte d'obésité morbide, elle indique que, "dans le contexte récent de l'emprisonnement de son mari pour acte d'attouchements sexuels envers leur fille, la patiente se sent très déstabilisée et anxieuse par rapport à l'avenir". Elle relève néanmoins que celle-ci a retrouvé un emploi de durée limitée, ce qui la rassure quelque peu. "Ses douleurs physiques se sont péjorées, elle se plaint de fatigue, d'anxiété par rapport à l'avenir, de colère et d'incompréhension à l'égard de son mari. Son humeur est variable, elle n'a actuellement que peu d'envies et peu de motivation, présente des troubles du sommeil. Elle se sent surchargée émotionnellement et physiquement".

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Le 23 mai 2019, le Dr M. _____, médecin généraliste auprès du SMR, considère que l'assurée n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé avec influence durable et significative sur sa capacité de travail par rapport à la décision du 8 juillet 2016. "Les rapports médicaux n'apportent aucun nouvel élément objectif avec influence sur la capacité de travail. La nouvelle intervention de chirurgie bariatrique a permis à l'assurée de perdre du poids. Il s'agit donc d'une amélioration de son état de santé. Les troubles de l'humeur en regard de la situation du mari de l'assurée sont de nature réactionnelle en regard d'un facteur extra-médical". Se fondant sur l'avis dudit médecin SMR, l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, par décision du 4 juin 2019. 4.3. Appelée à statuer, la Cour de céans relève certes la présence d'éléments susceptibles d'accréditer la présence d'une modification de l'état de santé de l'assurée. Postérieurement à la décision de juillet 2016, celle-ci a en particulier subi une intervention de chirurgie bariatrique (pose d'un bypass en 2017), qui a conduit à une perte massive de poids (plus de 70kg). Il convient de rappeler que la problématique de surpoids est présente de longue date et, surtout, que l'assurée avait déjà fait l'objet d'une intervention du même type en 2007, laquelle s'était soldée par un échec, ce qui avait conduit au rétablissement du montage gastro-intestinal et à une forte reprise de poids, dès 2010. On renvoie à ce sujet au rapport établi par le Dr F. _____ en juin 2015, qui résume l'évolution à cet égard. En soi, le fait que la recourante est parvenue, par le biais de cette nouvelle intervention, à retrouver un poids adéquat, est a priori de nature à corroborer une amélioration de son état de santé, ainsi que l'a retenu de Dr M. _____. Reste à savoir si les avis émis dans les différents rapports établis le 26 avril 2019 conduisent à remettre en question l'avis exprimé par ce médecin SMR. Globalement, les thématiques abordées dans ces nouveaux rapports concernent les problèmes de surpoids, respectivement les conséquences d'une perte massive de poids, les difficultés psychiques de l'assurée ainsi que la fibromyalgie. On n'y distingue ainsi pas d'atteintes proprement nouvelles, dans la mesure où celles-ci étaient toutes déjà présentes lors de la précédente procédure et avaient notamment été examinées dans le cadre de l'expertise de C. _____, laquelle concluait à

une pleine capacité de travail dans une activité légère adaptée. Si l'ensemble des médecins consultés mentionne effectivement les difficultés découlant de la perte de poids consécutive à l'intervention chirurgicale de 2017, il n'en demeure pas moins qu'ils ne le font que de manière évasive, sans indiquer quelles conséquences cela pourrait avoir sur la capacité de travail de leur patiente. Cela est particulièrement flagrant dans le rapport de la Dresse K. _____, qui ne fournit pas d'éléments réellement probants pour évaluer l'impact réel de dite perte de poids. Au contraire, elle confirme que l'intervention a permis de juguler la majeure partie des plaintes liées au surpoids, relevant tout au plus la présence de troubles gastro-intestinaux, sans qu'on en connaisse ni la nature exacte, ni, surtout, les éventuelles conséquences sur la capacité de travail. Quant à la mention de nombreux autres diagnostics ("zahlreiche weitere gesundheitsrelevante Diagnosen"), elle est à elle seule insuffisante, faute d'être explicitée plus avant, l'accumulation de diagnostics ne constituant pas, en soi, un motif d'invalidité. La généraliste traitante fait certes état de déséquilibres électrolytiques et de la majoration de la fatigue émotionnelle et physique en lien avec la perte de poids. Elle signale également une péjoration de l'état dépressif. Mais, là encore, aucune indication n'est donnée quant à la capacité de travail. La mention d'un "état de santé fragile lié à la très grande perte de poids" n'est à cet

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 égard pas suffisante. Pas plus que l'évocation d'une "fibromyalgie chronique", dès lors qu'il s'agit d'une atteinte présente de longue date et au sujet de laquelle la généraliste atteste plus haut d'une "stagnation", soit une situation stationnaire. Enfin, la présence d'une "dépression profonde" représente en soi un certain paradoxe si l'on considère la mention, dans le même rapport, de la volonté de sa patiente de retrouver une activité adaptée, ce qui témoigne en soi de ressources (partiellement) préservées. Quoi qu'il en soit, si l'état de santé psychique de l'assurée devait s'être à ce point péjoré, cela devrait ressortir de façon claire du rapport de la psychiatre traitante. Or, le rapport établi par la Dresse L. _____ ne fournit en définitive que peu d'éléments cliniques sur l'état de santé de la recourante: aucun diagnostic avec référence à une classification officielle n'est posé et aucune indication quant à l'évolution de sa capacité de travail n'est donnée. La mention de l'emprisonnement récent de son époux en lien avec des attouchements sur leur fille constitue certes - tout comme la perte de poids - un élément nouveau susceptible d'influencer le tableau clinique psychique. Cependant, la simple mention d'une série de symptômes en lien avec cet événement (fatigue, anxiété, colère et incompréhension à l'égard de son mari, humeur variable, peu d'envies et de motivation, troubles du sommeil, surcharge émotionnelle et physique), faisant visiblement référence aux plaintes de l'assurée, ne suffisent pas à rendre plausible une aggravation significative de l'état de santé. Ce d'autant moins qu'une bonne partie d'entre elles étaient déjà mentionnées par les experts de C. _____ (cf. supra consid. 4.1: état de fatigue, plus forte émotivité, anxiété et problèmes de concentration). Enfin, la psychiatre fait état d'une reprise d'activité, certes de durée limitée, ce qui tend tout de même à illustrer, là encore, la persistance de certaines ressources. Globalement, on ne peut certes dénier que la pose d'un bypass gastrique en 2017 et l'importante perte de poids qui en a résulté, de même que les problèmes conjugaux/familiaux liés aux agissements de son époux, ont pu fragiliser la situation de la recourante. Cela étant, les rapports remis par l'assurée à l'appui de sa nouvelle demande ne parviennent pas à rendre plausible la présence d'une dégradation significative de son état de santé, respectivement de sa capacité de gain, ce d'autant plus que la capacité de travail dans une activité adaptée a été jugée entière jusqu'à présent. Il convient enfin de signaler que deux rapports supplémentaires ont été remis à l'appui du recours. Ces documents ne sont

toutefois pas déterminants en l'espèce, dès lors qu'ils ont été remis après la décision litigieuse (cf. supra consid. 3.2). C'est dès lors à bon droit que l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur cette nouvelle demande. 5. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 400.- et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le 2 août 2019. Pour les mêmes motifs, l'assurée n'a pas droit à des dépens.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 10 janvier 2020/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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