

FR_GERICHTE 608 2019 269 vom 18. Februar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-02-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_269

FR: FR_GERICHTE 608 2019 269 du 18 février 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2019 269 del 18 febbraio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Le recourant se plaint tout d'abord d'un défaut de motivation de la décision litigieuse.

E. 2.1

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 Cst.), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a). En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu le nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre ; la motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés ; il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

E. 2.2

En l'espèce, la Cour constate que, dans le cadre de cette troisième demande, l'autorité intimée se contente de manière très générale de faire valoir que les documents produits ont été soumis au Service Médical Régional et qu'il n'en ressort aucune nouvelle information médicale. Cependant, force est de constater qu'en l'état, seuls 7 mois séparaient la décision de refus d'entrée en matière de la deuxième demande et la troisième demande elle-même. L'OAI s'est donc essentiellement référé à la procédure relative à la deuxième demande qui avait fait l'objet d'une instruction plus poussée et d'une décision davantage motivée. En effet, dans le cadre de la deuxième demande, l'OAI avait demandé à deux reprises un avis à son médecin SMR qui avait alors

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 procédé à une analyse circonstanciée des différents rapports médicaux produits, lesquels n'attestaient, selon lui, pas de limitations fonctionnelles ni d'incapacité de travail durables. Dans le cadre de cette troisième demande, au vu du court laps de temps écoulé, l'OAI pouvait légitimement se contenter d'une motivation sommaire. La question de savoir si cette motivation est trop brève et si elle constitue une réelle violation du droit d'être entendu peut cependant rester ouverte, dans la mesure où la cause doit, comme cela sera développé ci-dessous, être renvoyée en tous les cas à l'autorité intimée.

E. 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 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 par le renvoi de l'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. Il en ira de même lorsque le droit à la rente a certes été reconnu précédemment, mais limité dans le temps donné (cf. MÜLLER, *Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung*, 2010, n. 801). 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.). 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).

E. 3.2

Le principe inquisitoire (cf. art. 43 al. 1 LPGa) ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI; l'administration peut appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGa – lequel permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, ce à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 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).

E. 4

Doit seul être examiné ici le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 10 septembre 2019, faute pour l'assuré d'avoir rendu plausible une aggravation déterminante de son état de santé, conformément à l'art. 87 al. 2 RAI.

E. 4.1

Au moment de la décision du 6 septembre 2016, dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, le recourant présentait le diagnostic suivant avec une répercussion sur sa capacité de travail : douleurs musculo-squelettiques persistantes d'origine indéterminée (possible syndrome post-maladie de Lyme) présentes depuis septembre 2013 (cf. expertise bisdisciplinaire neurologique et psychiatrique des Drs

D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et E._____, spécialiste en neurologie). En outre, des rapports médicaux complémentaires faisaient état d'un début de gonarthrose fémorotibiale interne sur genu varum, d'épicondylites bilatérales, d'une suspicion de maladie de Lyme, d'une discartrhose C5/C6, C6/C7 et C7/D1, d'une polyneuropathie démyélinisante des membres inférieurs d'origine indéterminée, et d'un syndrome du tunnel carpien (cf. rapport du 20 mars 2015 du Dr F._____ et rapport du 3 mars 2016 du Dr G._____). Dans un rapport du 14 avril 2016, le Dr H._____, spécialiste en anesthésiologie, médecin auprès du SMR, retenait que l'expertise bi-disciplinaire était probante et que les nouvelles pièces médicales ne la remettaient pas en cause. S'agissant de la capacité de travail du recourant, le médecin SMR retenait, sur la base des documents versés au dossier, que l'assuré ne pouvait plus exercer d'activité lourde, avec un port régulier de charges de plus de 10-15 kg, des déplacements importants à pied surtout en terrain inégal et les activités comportant des chocs répétitifs, ce avec une diminution de rendement de 20 % (cf. rapport du médecin SMR du 14 avril 2016). L'OAI a donc retenu que, compte tenu de son état de santé, l'activité de manutentionnaire n'était plus tout à fait adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de son atteinte à la santé. Il pouvait

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 toutefois exercer une activité, par exemple, comme magasinier à plein temps, dès le 1er juin 2014. Seul un degré d'invalidité de 16,43 % a ainsi été retenu. Cette décision n'a pas été attaquée.

E. 4.2

A._____ a déposé une nouvelle demande le 5 juin 2018 qui a donné lieu à un refus d'entrée en matière le 31 août 2018, l'OAI estimant que l'assuré n'avait pas prouvé que son état de santé s'était modifié. L'assuré explique toutefois qu'il n'a jamais reçu ladite décision. Au dossier de l'OAI ne figure aucune preuve selon laquelle cette décision aurait bien été notifiée à l'assuré. Toutefois, cela n'a pas d'incidence de savoir ce qu'il en est vraiment puisque dans le cadre de la procédure de recours faisant suite à la troisième demande, il convient d'examiner avant tout l'évolution depuis la seule décision sur le fond entrée en force, à savoir celle du 6 septembre 2016, que le recourant ne conteste par ailleurs nullement avoir reçue. Le 14 février 2018, le Dr I._____, spécialiste en médecine générale, est intervenu, dans le cadre d'une collaboration interinstitutionnelle. Il ressort en particulier de ce rapport que le médecin a contacté la Dre J._____, spécialiste en neurologie et neuropathologie, et que celle-ci confirme que l'assuré présente une maladie de Lyme active et chronique, au vu des résultats biologiques. Le Dr I._____ constate alors que l'assuré a toujours la possibilité de faire une nouvelle demande à l'AI, en estimant qu'il est toujours en traitement pour cette maladie de Lyme et qu'on devrait reconnaître sa maladie comme telle. Il explique qu'il appartient à l'assuré de demander à la Dre J._____ d'appuyer sa demande à l'AI et de prouver que cette maladie est encore active. Il fait remarquer que l'assuré n'a jamais annoncé cette spécialiste à l'OAI. Suite à cet entretien, l'assuré a saisi à nouveau l'OAI et a produit une lettre non datée de la Dre J._____. Il a en outre produit un courrier du 11 juillet 2018 de la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale, un rapport d'IRM de la colonne vertébrale du 28 mars 2018, un rapport d'une consultation orthopédique du 21 mars 2018 et un courrier du 19 juillet 2018 du Dr L._____, psychiatre traitant de l'assuré, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il a également transmis un rapport cardiologique du 15 mars 2016, document remontant à une date antérieure à la décision entrée en force. L'OAI a sollicité à

deux reprises l'avis de son médecin SMR, le Dr H. _____, dans le cadre de cette deuxième demande, à savoir le 17 juillet 2018 et le 27 août 2018. Dans ces deux documents, le médecin du SMR relève que la lettre de la Dre J. _____ n'atteste pas de limitations fonctionnelles, ni d'incapacité de travail. Il fait aussi remarquer que l'OAI a déjà statué sur la maladie de Lyme de cet assuré et qu'en l'absence de fait nouveau, il n'y a pas lieu d'y revenir. Il a aussi ajouté que les troubles dégénératifs rachidiens à 54 ans, sans corrélation clinique avérée, ne sont pas une source plausible d'incapacité de travail durable au sens de l'AI. Il constate que, selon le rapport d'IRM de la colonne vertébrale totale du 28 mars 2018, l'assuré ne souffre pas d'une atteinte inflammatoire ou démyélinisante. Selon lui, les troubles dégénératifs n'expliquent pas la symptomatologie alléguée depuis plusieurs années. Les doigts à ressaut sont, à son sens, une affection facilement traitable chirurgicalement qui ne justifie pas plus que quelques semaines d'arrêt de travail. Enfin, le médecin SMR discute aussi le courrier du psychiatre traitant du 19 juillet 2018. Il constate que le spécialiste mentionne une « dépression sévère » sans diagnostic selon la nomenclature internationale ni code CIM-10. Il relève que le traitement prescrit ne correspond pas « au traitement d'un épisode dépressif sévère F32.2, ni à celui d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère F33.2 ou F32.2 ». Il précise qu'un trouble de l'humeur grave et invalidant n'est pas rendu plausible et qu'il s'agit d'un trouble réactionnel à la situation sociale vécue. Il conclut donc qu'aucune incapacité de travail n'est médicalement attestée dans les rapports médicaux produits.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10

E. 4.3

A l'appui de sa nouvelle demande déposée le 8 mai 2019, le recourant a produit divers documents, à savoir un certificat médical du 1er mars 2019 et un arrêt maladie dès le 1er mars 2019 établis par le Dr L. _____, une lettre du 26 février 2019 de la Dre K. _____, une lettre du 1er avril 2019 de la Dre J. _____, le résultat d'un examen cardiologique du 15 avril 2019 du Prof. M. _____, spécialiste en cardiologie, une attestation médicale du 18 mars 2019 du Dr N. _____, spécialiste en médecine interne et gastroentérologie, auprès de O. _____, et une attestation médicale du 4 mars 2019 du Dr P. _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie, auprès de O. _____. Dans le rapport médical du 26 février 2019, la Dre K. _____ explique que son patient « souffre de douleurs musculo-squelettiques en lien avec une maladie de Lyme chronique et d'une polyneuropathie démyélinisante des membres inférieurs ». Elle ajoute que « le patient souffre d[e] troubles dégénératifs du rachis sur différents niveaux, mis en évidence sur une IRM faite en mars de l'année passée. Celle-ci montrait la présence de multiples discopathies à différents étages. Aux étages cervical et dorsal, ceci provoque un léger rétrécissement du canal. Tandis qu'à l'étage lombaire, le radiologue décrit un rétrolisthésis de L5 et une hernie discale L5-S1 et L3-L4. Ces troubles provoquent des irritations radiculaires au niveau des membres supérieurs et inférieurs ». Elle précise aussi que son patient a été opéré des doigts I et IV droits, ainsi que I et III à gauche pour des doigts à ressaut. Un contrôle cardiologique est également prévu. Dans la lettre du 1er avril 2019, la Dre J. _____ rappelle les différents examens effectués entre janvier 2017 et mars 2018, à savoir un examen neuropsychologique le 16 février 2017, une IRM cérébrale et une angio-IRM des vaisseaux intracrâniens du 20 février 2017, une IRM de la colonne totale du 28 mars 2018 et des examens de laboratoire du 27 janvier 2017. Dans cette correspondance, la spécialiste constate que la sérologie est compatible avec une maladie de Lyme chronique de stade III

en cours. Elle ajoute que le patient souffre aussi d'une infection à « Chlamydia pneumoniae » et qu'une infection à « Bartonella henselae » en cours ne peut pas être exclue. Selon elle, le fait que la maladie de Lyme n'ait pas pu être éradiquée avec le traitement antibiotique peut s'expliquer par la présence de ces co-infections. Dans un courrier du 1er mars 2019, le Dr L._____ explique que son patient souffre d'une dépression sévère sans symptômes psychotiques (F32.3): « Il présente des idées suicidaires avec idée de passage à l'acte, une perte de l'élan vital, une asthénie +++, des troubles cognitifs (troubles de la concentration, de l'attention, de mémoire récente). Ses limitations fonctionnelles l'empêchent de trouver et de conserver un travail ». S'agissant de son traitement, il explique qu'il présente une contre-indication pour une posologie plus élevée, compte tenu de son insuffisance hépatique sévère. Dans une attestation médicale du 18 mars 2019, le Prof. N._____ explique que les deux maladies hépatiques dont il souffre en combinaison avec un status post borréliose avec atteinte articulaire, provoquent chez son patient une baisse d'état général avec des limites physiques (fatigue chronique).

E. 4.4

L'OAI se contente essentiellement d'indiquer dans le cadre de cette troisième demande qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré n'a pas été rendue « vraisemblable ». Comme indiqué ci-dessus (cf. 2.2), il convient toutefois de se référer à la procédure relative à la deuxième demande qui a abouti à un premier refus d'entrée en matière pour comprendre l'argumentation de l'OAI.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Cela étant précisé, selon un examen sommaire des pièces médicales produites par l'assuré après la première décision de refus de rente mais avant la décision attaquée, il convient de retenir que l'aggravation de l'état de santé a été rendue plausible à tout le moins sur le plan neurologique, psychiatrique et rhumatologique. En premier lieu, le médecin SMR a en effet trop rapidement conclu que l'OAI avait déjà statué sur la maladie de Lyme (cf. dossier OAI, p. 469, avis du médecin SMR du 17 juillet 2018). L'expertise bi-disciplinaire, sur laquelle l'OAI s'est basé pour refuser le droit à une rente, n'avait pas posé clairement ce diagnostic. Il était notamment relevé que « étant donné l'incertitude diagnostique persistante, [...] le cas de A._____ devrait être si nécessaire réexaminé et soumis à un panel d'experts particulièrement compétents pour ses formes « difficiles » de maladie de Lyme » (cf. dossier OAI, p. 347, rapport d'expertise du Dr E._____, expert du volet neurologique, p. 17). Dans le cadre de la collaboration interinstitutionnelle, en mai 2018, le Dr I._____ est d'ailleurs aussi d'avis que l'assuré doit produire un rapport de la Dre J._____, son médecin depuis janvier 2017, afin que l'OAI reconnaisse que la maladie de Lyme est toujours active. En effet, plus de deux ans après l'entrée en force de la première décision de l'OAI, la Dre J._____ atteste que l'assuré souffre toujours de la maladie de Lyme et que celle-ci est désormais au stade III. Or, lors de la première expertise, un syndrome post-maladie de Lyme était uniquement considéré comme possible. Les atteintes n'étaient alors pas considérées comme étant objectivées. Il importe dès lors à tout le moins de soumettre ce rapport à l'expert qui a déjà examiné la situation médicale du recourant pour savoir si, au vu de cette évolution, il maintient ses conclusions. En outre, s'agissant du diagnostic psychiatrique, le médecin SMR conteste une quelconque atteinte invalidante, en se basant en particulier sur le traitement prescrit (cf. dossier OAI, p. 490, avis du médecin SMR du 27 août 2018). Or, selon le psychiatre traitant, la posologie est réduite, compte tenu de l'hépatite dont souffre l'assuré (cf. dossier OAI, p. 512, lettre du psychiatre-traitant du 1er mars 2019). Ce n'est

dès lors pas un indice suffisant ou déterminant pour constater que le trouble n'est pas assez grave pour être invalidant. Enfin, la Dre K. _____ a également décrit l'apparition de nouveaux troubles au niveau du rachis depuis la décision de l'OAI de septembre 2016. Elle fait en particulier état de multiples discopathies à différents étages qui peuvent, selon elle, provoquer des irritations radiculaires au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Le médecin SMR ne partage pas ce point de vue, estimant que les atteintes observées dans l'IRM n'expliquent pas les plaintes (cf. dossier OAI, p. 490, avis du médecin SMR du 27 août 2018). Ce point mérite toutefois également un éclaircissement.

E. 5.1

Partant, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision du 17 septembre 2019 annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée, afin qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande et soumette, si nécessaire, le recourant à une nouvelle expertise pluridisciplinaire ou, à tout le moins à l'appréciation des spécialistes en neurologie et en psychiatrie qui ont déjà examiné l'assuré, afin qu'ils se prononcent sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Si cette instruction complémentaire devait aboutir à l'octroi de prestations, il appartiendrait également à l'OAI de déterminer si la décision de refus d'entrée en matière du 31 août 2018 a bien été notifiée au recourant, cet élément ayant alors une incidence sur le début du droit aux prestations.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10

E. 5.2

Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

E. 5.3

Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Son mandataire a produit sa liste de frais le 15 septembre 2020. Partant, l'indemnité de partie est fixée à un montant total de CHF 2'370.80, à savoir CHF 2'187.50 au titre d'honoraires (8h45 à CHF 250.-), CHF 13.80 au titre des débours et CHF 169.50 au titre de la TVA à 7.7%.

E. 5.4

La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 270), devenue sans objet en raison de l'indemnité octroyée au recourant pour ses dépens, est rayée du rôle. la Cour arrête : I. Le recours (608 2019 269) est admis. Partant, la décision du 10 septembre 2019 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande au sens des considérants et rende une nouvelle décision. II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. III. L'indemnité de partie allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'201.30, plus CHF 169.50 au titre de la TVA à 7,7 %, soit à un total de CHF 2'370.80 et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. IV. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2019 270), devenue sans objet, est classée. 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 18 février 2021/mem Le Président : La Greffière-stagiaire :

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