

FR_GERICHTE 608 2021 138 vom 4. Februar 2022

FR Kantonsgericht, 2022-02-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_138

FR: FR_GERICHTE 608 2021 138 du 4 février 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2021 138 del 4 febbraio 2022

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 et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 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).

E. 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 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).

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 ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 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). 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).

E. 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). 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 Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 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).

E. 4

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. 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 8 juin 2021 (consid. 4.2).

E. 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'OAI le 7 février 2018 (dossier AI p. 1010). Cette décision était fondée sur un rapport d'expertise de C._____ (dossier AI p. 960), qui comprenait les volets suivants: médecine générale, cardiologie, orthopédie, pneumologie et psychiatrie. Au terme de l'anamnèse et de l'examen clinique, les experts rappelaient les principaux événements médicaux: une chute sur le dos en 1993, avec une hernie discale opérée la même année, puis à nouveau en 1997; un syndrome d'apnées du sommeil depuis 1999; un infarctus en 2012, traité, avec récurrence en 2013 et nouveau traitement. Sur le plan de la médecine interne, l'expert concerné considérait qu'"il n'y a pas d'atteinte avec répercussion sur la capacité de travail dans une activité quelle qu'elle soit". Sur le plan cardiologique, le Dr D._____ constatait une situation coronarienne stabilisée ainsi que l'absence d'élément clinique ou biologique évoquant une insuffisance cardiaque. S'agissant du volet pneumologique, un syndrome d'apnées du sommeil de degré sévère était confirmé, mais n'entraînant pas d'incapacité de travail dès lors qu'une grande partie des symptômes étaient corrigés par l'assistance respiratoire nocturne. Sous l'angle orthopédique, "le bilan a mis en évidence une sténose canalaire lombaire. Il y a également des signes de séquelles de la hernie discale L5-S1 opérée en 1993. Il existe également des douleurs de l'épaule droite très vraisemblablement en rapport avec une tendinite de la coiffe des rotateurs traitée actuellement efficacement par des infiltrations". Enfin, sur le plan psychique, l'expert relevait l'absence de modification durable de la personnalité, constatait que les épisodes dépressifs récurrents étaient réactionnels aux différentes pathologies somatiques et qu'actuellement, les symptômes et signes cliniques constatés évoquaient un trouble dépressif récurrent actuellement de degré léger (F33.0). Au terme de leur examen, les experts retenaient consensuellement les diagnostics suivants, avec répercussion sur la

capacité de travail: sténose canalaire, lombalgies, séquelles de chirurgie discale L5-S1. Les autres atteintes étaient considérées comme sans effet sur la capacité de travail. "L'assuré est déconditionné par le surpoids et la longue période d'inactivité professionnelle. L'absence d'efforts de réadaptation professionnelle est incompréhensible et sort de l'appréciation médicale. Nous rejoignons l'appréciation du Dr E. _____ qui évoquait un syndrome vertébral lombaire avec un syndrome de déconditionnement secondaire à une dysbalance musculaire. Des troubles psychosomatiques n'atteignent actuellement plus un degré apte à interférer avec une

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 activité professionnelle. Dans une activité adaptée, la capacité est de 100% avec une diminution de 20% depuis le 14 [mars] 2011". Le 11 octobre 2017, le médecin SMR, a confirmé la valeur probante de cette expertise: "En résumé, il n'y a aucune péjoration de l'état de santé depuis 2011. L'exigibilité médicale demeure donc inchangée depuis cette date. Les limitations découlent en partie d'un canal lombaire étroit, mais également d'un important déconditionnement musculo-squelettique et d'une obésité morbide (BMI = 40,6 kg/m²)". C'est sur cette base que la demande de prestations de l'assuré a été rejetée, par décision du 7 février 2018, confirmée sur recours, successivement par le Tribunal de céans et par le Tribunal fédéral.

E. 4.2

A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit les documents médicaux suivants: Une attestation du 21 mai 2019 dans laquelle le Dr E. _____, rhumatologue traitant, indique que "l'état de santé global en général et sur le plan rhumatologique en particulier ne permet pas, à [son] avis, au patient susnommé de travailler dans le circuit professionnel normal même dans un travail adapté". Une attestation du 21 mai 2019 dans laquelle le Dr F. _____, alors psychiatre traitant, certifie avoir pris en charge le patient susnommé depuis le 16 novembre 1994 et confirme que son état de santé, atteint depuis de nombreuses années, ne lui permet aucune activité lucrative. Une attestation du 24 mai 2019 dans laquelle la Dre G. _____, généraliste traitante, indique "que sur le plan global et rhumatologique en particulier, l'état de santé du patient susnommé ne lui permet pas d'exercer une activité professionnelle normale". Une lettre provisoire de sortie du 19 mai 2020 établie par la Clinique de chirurgie de H. _____ (dossier AI p. 1229), résumant la situation en ces termes: "A. _____ est un patient de 56 ans qui bénéficie d'une cholécystectomie laparoscopique le 18 [mai] dans le cadre du diagnostic susmentionné. L'intervention se déroule sans complications, les suites postopératoires sont favorables permettant un retour à domicile le 20 [mai] 2020".

E. 4.3

Par la suite, il a déposé de nouveaux rapports. Dans un rapport du 24 novembre 2020 (dossier AI p. 1227), la Dre F. _____, psychiatre traitante, indique ce qui suit: "Ce que je peux dire actuellement, après l'avoir vu à 4 reprises, je constate une nette aggravation de son état déjà par rapport aux interventions suite à son obésité, le patient ayant perdu en l'espace de deux ans et demi 69 kg, soit de 137 kg à 63 kg et parfois le poids descend encore par moment. Il a vécu de graves complications suite à cette intervention de by-pass. Les douleurs continuent et de nouvelles interventions sont prévues au niveau de l'abdomen. Les difficultés de la nutrition sont liées également à son état anxiodépressif récurrent et en même temps en rapport à la diminution de la masse musculaire et j'ai l'impression de voir en face de moi « une momie » avec cet amaigrissement inquiétant qui certainement l'amène

à de graves problèmes du point de vu[e] trophique, corporel et général. Bien entendu cela a des répercussions sur le plan psycho-affectif avec de graves conflits autour de lui, et comme le Dr F. _____ l'a déjà signalé, tout cet état psycho-somatique a provoqué un désintérêt par rapport à son environnement et lui-même. Il présente des troubles du sommeil important[s] avec une aggravation des troubles cognitifs, de la mémoire et de l'orientation. Face à son état de santé globalement parlant, je ne vois pas quelle

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 activité lucrative pourrait exercer ce patient et je le considère inapte à travailler à 100 % dans une quelconque activité lucrative". Le 15 décembre 2020 (dossier AI p. 1225), la Dre G. _____, annonce suivre personnellement l'assuré à sa consultation médicale depuis 2011 et constate que son état de santé va en se péjorant. Après avoir établi la liste des problèmes de santé et leur évolution depuis 2011, elle considère que "toute activité professionnelle est impossible au moins depuis le 7 février 2018, en raison des lombalgies chroniques premièrement et, deuxièmement, de l'état dépressif qui s'est péjoré ces deux dernières années". Elle continue en relevant qu'en 2017, celui-ci "a bénéficié d'un by-pass gastrique en raison d'une prise pondérale importante dans le cadre de ses problèmes de santé et de l'immobilisme en lien avec ses douleurs. Suite à ce dernier, qui a très bien fonctionné sur le plan de la perte pondérale, il doit se soumettre à des contrôles réguliers et à la prise de médicaments de substitution pour différentes substances notamment vitaminiques qu'il n'est plus en mesure d'absorber. Suite à cette intervention, il présente une difficulté à s'alimenter avec des douleurs œsophagiennes et épigastriques, occasionnant des vomissements réguliers. Une alimentation équilibrée normale pour une personne avec by-pass n'est toujours pas possible actuellement. Du point de vue lombaire, on relève des douleurs persistantes, en lien avec des discopathies pluri-étagées. Malgré la perte pondérale en lien avec le by-pass de 2017, le patient ne parvient toutefois pas à mieux se déplacer et reste dépendant de moyens auxiliaires (cannes anglaises) pour assurer ses déplacements, même sur une courte distance. Il se plaint en outre plus fréquemment de douleurs nécessitant des prises en charg[e] chez son rhumatologue le Dr E. _____, notamment par infiltration de cortico-stéroïdes locaux, qui seuls semblent parvenir à soulager temporairement le patient de ses douleurs. Les infiltrations semblent toutefois moins efficaces, avec des intervalles devenus moins longs entre chaque prise en charge". Dans un rapport du 20 février 2021 (dossier AI p. 1224), le Dr E. _____ indique ce qui suit: "A. _____ présente toujours une lombosciatalgie à bascule avec radiculalgie invalidante dans le territoire L5 et S1. Il doit bénéficier quasi chaque mois (10x/an) d'une infiltration soit de Kenacort A 40 ou d'acide hyaluronique. En effet au cours des années l'arthrose des articulaires postérieures s'est aggravée. Depuis 2018, c'est manifeste car auparavant, il suffisait de 4-5 infiltrations par an pour que les douleurs soient supportables, ce qui n'est plus le cas depuis 2018 au moins. Nous pensions qu'une fois la surcharge pondérale disparue, le syndrome lombaire et le syndrome douloureux chronique s'amélioreraient. Malheureusement ce n'est pas le cas. En raison des nombreux effets secondaires de cette opération et de nouvelles pathologies extra-rhumatologiques, une reconversion professionnelle est illusoire. La capacité résiduelle de travail de A. _____ dans n'importe quel emploi est de 0% sur le plan strictement rhumatologique depuis 2018 au moins et il n'y a aucun espoir que sa pathologie rhumatismale s'améliore". Dans un rapport du 12 avril 2021 (dossier AI p. 1249), le Dr I. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès du SMR, estime que les rapports les plus récents ne rendent plausibles aucune aggravation de l'état de santé avec effet durable sur la capacité de travail médico-théorique.

E. 4.4

Suite au projet de décision négative du 20 avril 2021 (dossier AI p. 1259), le recourant a déposé les rapports suivants: Dans un rapport établi le 18 mai 2021 (dossier AI p. 1268), la Dre F._____ confirme une aggravation de l'état du patient dans le sens "d'une grave complication qu'il a présenté suite à une intervention de by-pass qui s'ajoute à l'autre tableau clinique que vous connaissez déjà et décrit par le Dr F._____ en 2017 et 2018 [...]". Elle estime que "tout ceci aggrave clairement l'état psycho-

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 affectif du patient sous la forme d'un syndrome dépressif sévère, des idées suicidaires, des troubles du sommeil important, des troubles cognitifs de la mémoire et de l'orientation". Dans ce contexte, elle le considère dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité, de façon définitive. Un rapport du 21 mai 2021 dans lequel le Dr J._____, spécialiste en cardiologie (dossier AI p. 1270), indique ce qui suit: "Sur le plan cardiologique, la situation de A._____ est tout à fait stable avec une fonction ventriculaire gauche conservée malgré les deux infarctus antérieurs de mars 2012 et octobre 2013. Lors du suivi, j'ai été frappé par contre par le trouble dépressif et la situation ostéo-articulaire. En effet, le syndrome douloureux chronique semble s'être péjoré au cours du temps. Lors de ma dernière consultation au vu d'une atrophie musculaire visible et asymétrique, j'ai envoyé A._____ en consultation de neurologie. Il a été vu le 18 mars dernier par ma collègue la Doctoresse K._____ (médecin-chef de neurologie) qui a confirmé ces trouvailles dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique multifactoriel et pour lesquels, semble-t-il, il n'y a pas de traitement spécifique". Un rapport du 22 mai 2021 du Dr E._____ (dossier AI p. 1274): "A mon avis, il est clair que le patient ne peut plus travailler dans n'importe quel emploi en raison des multiples pathologies que A._____ présente. Je vous ai décrit l'atteinte rhumatologique et son aggravation dans ma lettre précédente du 20 [février] 2021 que je vous joins en annexe. Je n'ai pas d'autre commentaire à formuler". Enfin, rapport du 25 mai 2021 (dossier AI p. 1276) dans lequel la Dre G._____ confirme que son patient n'est aujourd'hui plus en mesure de travailler dans l'économie libre pour de multiples problèmes. Se référant à la jurisprudence relative à la force probante de l'avis du médecin traitant face à celui des experts, elle estime que son opinion a finalement peu de valeur et, en l'absence de nouveau diagnostic et d'arguments concrets pouvant justifier une péjoration de l'état de santé du patient, hormis ses plaintes subjectives, elle considère ne pas pouvoir apporter une aide supplémentaire dans cette situation. Le 7 juin 2021 (dossier AI p. 1282), le médecin SMR considère que les rapports précités ne rendent pas plausible une aggravation de son état de santé. Il relève notamment que la Dre F._____ "relate des événements de 2017-2018 et allègue à nouveau des faits relevant du domaine somatique", que le courrier du Dr E._____ "n'apporte aucun élément médical nouveau" et que le courrier de la Dre G._____ "confirme l'absence de nouveaux éléments médicaux". Se fondant sur cet avis, l'OAI s'est refusé à entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré, par décision du 8 juin 2021.

E. 5.1

Appelée à statuer, la Cour de céans relève d'emblée que la situation du recourant a fait l'objet d'investigations approfondies dans le cadre de la précédente demande de prestations, dont l'examen s'est achevé avec la décision du 7 février 2018, laquelle a ensuite été confirmée sur recours (arrêt du TF du 3 mai 2019). Il ressort de cette procédure, en particulier de l'expertise de C._____, que l'assuré présentait alors une combinaison

d'atteintes (problèmes de dos, infarctus, apnée du sommeil, surpoids, trouble dépressif léger); les experts avaient toutefois estimé qu'elles n'entraînaient que des limitations mineures, liées à la composante lombaire, au déconditionnement dû au surpoids et à une longue période d'inactivité professionnelle.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11

E. 5.2

La lecture des rapports remis à l'appui de la nouvelle demande ici litigieuse (cf. supra consid. 4.2) ne permet pas de mettre en évidence un changement significatif à cet égard. Les documents, datant tous du mois de mai 2019, se bornent en effet à constater que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer une activité lucrative, sans autre motivation. Il en va de même de la lettre provisoire de sortie établie en mai 2020, dont il ressort que l'intervention chirurgicale (cholécystectomie laparoscopique, soit l'ablation de la vésicule biliaire) s'est déroulée sans complications et qu'un retour à domicile a été immédiatement possible. Les rapports déposés jusqu'au moment du projet de décision, entre novembre 2020 et février 2021, sont plus étoffés (cf. supra consid. 4.3). Les médecins traitants, soit une généraliste, un rhumatologue et une psychiatre, y font principalement allusion aux suites de l'opération de bypass gastrique réalisée en novembre 2017, soit peu après que l'expertise de C._____ a été rendue. Globalement, ils confirment que, nonobstant les difficultés préexistantes, la situation de leur patient s'est détériorée après cette intervention. Dans une nouvelle série de rapports, remis à la suite du projet de décision de l'OAI (cf. supra consid. 4.4), les médecins traitants réitèrent leur position, en insistant en substance sur l'incapacité de leur patient de travailler.

E. 5.3

Les arguments soulevés par le médecin SMR à l'égard desdits rapports sont a priori pertinents. On doit en effet admettre que l'intensification des infiltrations alléguée par le rhumatologue traitant n'est pas, à elle seule, susceptible d'évoquer une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré, en l'absence d'autre élément médical d'aggravation de la pathologie lombaire. S'agissant de la psychiatre, il sied de concéder qu'elle se réfère principalement à des plaintes somatiques: perte de poids, douleurs, difficultés de nutrition et "amaigrissement inquiétant qui certainement l'amène à de graves problèmes du point de vue trophique, corporel et général". Quant à la généraliste, elle rejoint, en la résumant, la position de ses deux confrères. Il convient d'ajouter que la situation cardiologique est en revanche rassurante. Dans ce contexte, la Cour déplore qu'aucun rapport d'un spécialiste en gastro-entérologie n'ait été produit par l'assuré, alors même que l'ensemble des médecins traitants insiste sur l'impact causé par l'opération de bypass gastrique. Cela étant, elle relève également que, même si ce type de problématique ne ressort pas directement de leur spécialisation, ces trois médecins n'en ont pas moins tous confirmé les conséquences qu'elle avait eues sur leur patient, chacun dans son domaine de compétence. Si la psychiatre fait effectivement référence à des aspects somatiques (douleurs, difficultés de nutrition ou encore diminution de la masse musculaire), elle met ces derniers en relation avec une cohorte de symptômes psychiques (troubles du sommeil importants avec une aggravation des troubles cognitifs, de la mémoire et de l'orientation). De même, la généraliste fait état des contrôles réguliers, de la prise de médicaments de substitution, de la difficulté à s'alimenter avec douleurs œsophagiennes et épigastriques, des vomissements réguliers, de l'impossibilité d'avoir une alimentation équilibrée normale. Quant au rhumatologue, il

évoque, de façon certes plus évasive, les nombreux effets secondaires de l'opération. Même si ces différents rapports présentent certaines lacunes, évoquées par le médecin SMR, l'exposé qui précède tend, si ce n'est à démontrer, en tous les cas à rendre plausible l'existence d'une modification non négligeable de l'état de santé du recourant. Il convient à cet égard de souligner une nouvelle fois que l'intervention de chirurgie bariatrique a été pratiquée postérieurement à l'expertise de C._____, de sorte que cette problématique n'a pas pu être examinée par ces experts, ni par l'OAI dans le cadre de la précédente procédure.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Compte tenu également du contexte préexistant (la précédente expertise avait porté sur quatre disciplines médicales) et de l'impact que ce type d'opération peut notoirement avoir, tant au niveau somatique que psychique, il appert en l'espèce que les rapports établis par les médecins traitants, même s'ils ne sont que partiellement contributifs, n'en permettent pas moins de rendre plausible que l'état de santé du recourant s'est modifié depuis la dernière décision, ce qui justifie d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. Cette conclusion se justifie également du fait que la dernière expertise date maintenant de plus de quatre ans.

E. 6

Partant, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision étant annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande de l'assuré et rende une nouvelle décision. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. L'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui est restituée. Obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens. L'indemnité de partie est fixée conformément aux art. 137 ss du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et aux art. 8 ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12). Sur la base de la liste de frais déposée le 1er février 2022 par son mandataire, il convient de fixer l'indemnité de partie comme suit: CHF 2'437.50 d'honoraires (9h45 à CHF 250.-), CHF 42.80 de débours et CHF 191.- au titre de la TVA à 7,7%, soit un total de CHF 2'671.30. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée au mandataire du recourant (art. 141 CPJA). (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision querellée du 8 juin 2021 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande et rende une nouvelle décision. II. Les frais de justice, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, qui succombe. III. L'avance de frais de CHF 800.- consentie par le recourant lui est restituée. IV. Il est alloué au recourant pour ses frais de défense une indemnité de CHF 2'437.50 (9h45 à CHF 250.-), plus CHF 42.80 de débours et CHF 191.- au titre de la TVA à 7,7%, soit un total de CHF 2'671.30. Elle est mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. 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 4 février 2022/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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