

200.2023.103.AI
N° AVS
MAU/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du juge unique du 31 octobre 2023

Droit des assurances sociales

G. Niederer, juge
A. Mariotti, greffière

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 10 janvier 2023



En fait:

A.

A. _____, né en 1967, marié et père d'un enfant né en 2015, est entré en Suisse en 1971 et bénéficie d'un diplôme de commerce. Après avoir travaillé comme technicien de laboratoire et spécialiste en assurance, il a été employé en dernier lieu à 100% en tant que garçon de café jusqu'en février 2006. Il a ensuite perçu des prestations de l'assurance-chômage. Par un formulaire du 22 décembre 2016, il a déposé une première demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Fribourg, en déclarant souffrir d'un stress post-traumatique survenu à la suite d'une opération à cœur ouvert effectuée le 28 septembre 2007. L'Office AI Fribourg a alors rassemblé la documentation médicale auprès des médecins consultés par l'assuré, puis a sollicité l'avis du Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Il a aussi diligenté deux expertises, la première en psychiatrie/psychothérapie et la seconde en médecine interne, de même qu'une enquête économique sur le ménage. Sur cette base et par décision du 13 août 2021, l'Office AI Fribourg a reconnu un droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2018 au 30 novembre 2019, puis à une demi-rente du 1^{er} au 31 décembre 2019. Cette décision est entrée en force.

B.

Au moyen d'un formulaire du 1^{er} juillet 2022, reçu par l'Office AI Berne le 18 juillet 2022, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de l'AI (mesures professionnelles et rente). Il y a déclaré souffrir des séquelles invalidantes d'une leucémie chronique, d'une insuffisance rénale chronique, d'hyperglycémie, d'anxiété, de dépression et d'autres atteintes (sans précision), le tout depuis 2016/2017. Le 8 août 2022, après s'être procuré le dossier de l'Office AI Fribourg, l'Office AI Berne a invité l'assuré à compléter sa demande en lui fournissant tout document médical propre à établir que son état de santé s'était modifié depuis la dernière décision du 13 août 2021, de manière à influencer ses droits. A défaut de réaction de

l'assuré au terme du délai imparti, l'Office AI Berne a fait savoir, dans un préavis du 22 novembre 2022, qu'il n'entendait pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Le 7 décembre 2022, la médecin traitante de l'intéressé a alors remis un rapport à l'Office AI Berne, ainsi qu'un écrit du 28 juillet 2022 d'une clinique d'oncologie d'un hôpital universitaire. Par courrier du 21 décembre 2022, le recourant a quant à lui fait valoir des observations à l'encontre du préavis de l'Office AI Berne, en produisant un rapport du 6 décembre 2022 d'une clinique de cardiologie de ce même hôpital. Le 10 janvier 2023, l'Office AI Berne a toutefois rendu une décision formelle correspondant à son préavis.

C.

Par acte du 9 février 2023, l'assuré, représenté par une avocate, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 10 janvier 2023, à la constatation que le recourant a rendu plausible la modification de son état de santé, ainsi qu'au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. A cette occasion, il a notamment produit un nouveau rapport médical. Dans sa réponse du 8 mars 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le 17 mars 2023, l'avocate du recourant a encore produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 10 janvier 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et prononce un refus d'entrer en matière sur la demande de prestations du recourant du 1^{er} juillet 2022. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision, sur le constat que

le recourant a rendu plausible la modification de son état de santé, ainsi que sur le renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.

1.2 Au vu des motifs du recours, la conclusion en constatation (n° 2) doit être comprise comme une conclusion formatrice tendant à obtenir de l'intimé qu'il entre en matière sur la demande de prestations du 1^{er} juillet 2022. Cette conclusion ne pose ainsi pas de problème de recevabilité, que ce soit quant à l'intérêt digne d'être protégé qui devrait justifier une véritable conclusion en constat (art. 49 al. 2 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]) ou quant au principe de la subsidiarité des décisions de cette nature (ATF 122 V 28 c. 2b).

1.3 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.4 Les membres du TA connaissent, en qualité de juges uniques, des recours contre les décisions et décisions sur recours d'irrecevabilité (art. 57 al. 2 let. c de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.5 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des

possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

2.2 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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI; voir également ATF 130 V 343 c. 3.5.3). Cela vaut également par analogie lorsqu'un assuré réitère sa demande concernant une mesure de réadaptation après que le refus a passé en force de chose jugée (ATF 113 V 22 c. 3b; RCC 1991 p. 269 c. 1a). Une modification importante des circonstances matérielles doit être retenue lorsqu'il y a lieu d'admettre que le droit à une rente d'invalidité (ou à l'augmentation de celle-ci) serait donné au cas où les circonstances invoquées s'avéreraient exactes (SVR 2014 IV n° 33 c. 2). Cette réglementation vise à éviter que l'administration doive constamment se saisir de demandes de rente identiques et non motivées d'une façon plus précise (ATF 133 V 108 c. 5.3.1; SVR 2022 IV n° 35 c. 5.1).

2.3 A réception d'une nouvelle demande ou d'une demande de révision, l'administration se doit d'examiner si les allégations de l'assuré sont

plausibles; si tel n'est pas le cas, elle liquidera l'affaire, sans autre examen, par une décision de non-entrée en matière. Ce faisant, elle tiendra compte notamment du fait que l'ancienne décision a été rendue à une date plus ou moins récente, et posera en conséquence des exigences plus ou moins grandes à la vraisemblance de ce qui est allégué. A cet égard, l'administration dispose d'une certaine marge d'appréciation que le juge doit respecter. Celui-ci n'examine donc la question de l'entrée en matière que si celle-ci est litigieuse (ATF 109 V 108 c. 2b).

2.4 Lors d'une nouvelle demande ou demande de révision, l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure. 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. 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 (ATF 130 V 64 c. 5.2.5).

2.5 La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche dans la procédure faisant suite à la nouvelle demande (examen matériel) – d'une manière analogue à celle de la révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA – en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision de refus à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5.3, 130 V 71 c. 3.2.3; VSI 1999 p. 84 c. 1b). Lorsqu'à la suite d'un premier refus de prestations, un nouvel examen matériel du droit à la rente aboutit à ce que celui-ci soit à nouveau nié dans une décision entrée en force reposant sur une constatation des

faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (en cas d'indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain) conformes au droit, la personne assurée doit se laisser opposer ce résultat – sous réserve de la jurisprudence en matière de reconsidération et de révision procédurale – lors d'une nouvelle annonce à l'AI (ATF 130 V 71 c. 3.2.3).

3.

3.1 Par la décision attaquée, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 1^{er} juillet 2022, en retenant que le recourant n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force, celui-ci ayant fait valoir les mêmes souffrances que celles ayant fait l'objet d'investigations par l'Office AI Fribourg. Il a ajouté qu'avec sa nouvelle demande, le recourant avait remis des rapports qui avaient déjà été examinés dans la première procédure, hormis s'agissant de l'écrit d'un service de cardiologie du 13 septembre 2021, ainsi que d'un rapport de la médecin traitante, du 21 février 2022. L'intimé a aussi relaté que, dans la procédure d'objection, l'assuré avait fourni trois autres documents: d'une clinique d'oncologie d'un hôpital universitaire, du 28 juillet 2022, de sa médecin traitante, du 6 décembre 2022, de même que du service de cardiologie précité, du 6 décembre 2022. L'intimé a cependant relevé que les rapports du service de cardiologie décrivaient une situation stable depuis des années, que celui d'oncologie n'attestait que d'un état relativement inchangé, avec une fatigue chronique déjà discutée dans l'examen de la première demande de prestations, alors que le cancer demeurait en rémission. De la même manière, l'intimé a précisé que la médecin traitante répétait des constats examinés dans la première procédure, son appréciation étant subjective, sans autre motivation. Enfin, l'intimé a indiqué dans sa réponse que le rapport du psychiatre/psychothérapeute traitant, produit devant le TA, avait été remis après la décision attaquée et qu'il ne comportait aucune date de consultation permettant des constats d'aggravation, les angoisses évoquées ayant déjà été signalées suite au dépôt de la première demande.

3.2 Dans son mémoire de recours du 9 février 2022, le recourant écrit, quant à lui, qu'il résulte des expertises des spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie, d'une part, ainsi qu'en médecine interne, d'autre part, de même que de l'enquête ménagère réalisées dans le cadre de la procédure devant l'Office AI Fribourg, que même s'il était atteint dans sa santé, il participait alors encore aux tâches ménagères, faisait les courses, s'occupait de son fils, sortait se promener, rendait visite à ses amis et avait une vie de couple et une vie de famille. Le recourant explique cependant qu'il apparaît désormais des derniers rapports de sa médecin traitante ainsi que de son psychiatre/psychothérapeute traitants, que les symptômes psychiatriques et liés à la fatigue se sont aggravés, dans un contexte de trois infections par le COVID-19. Le recourant signale dès lors qu'il a par conséquent de nombreux rendez-vous médicaux toutes les semaines. Toujours selon ces rapports, le recourant souffrirait en outre d'angoisses massives et ne sortirait de chez lui que pour honorer ses différents rendez-vous médicaux. De ce fait, le recourant soutient que les descriptions de l'aggravation de l'état de santé par les médecins qui le suivent démontrent de manière suffisante l'évolution négative de son état de santé. La juxtaposition de la présentation de la situation actuelle avec celle décrite par les experts et au sein de l'enquête ménagère montre donc, selon lui, une dégradation indubitable de sa situation sur le plan médical, qui se reflète dans toutes les sphères de sa vie et en particulier sous l'angle de sa capacité de travail.

4.

A titre liminaire, il convient de rappeler qu'après avoir reçu la deuxième demande de prestations du recourant, le 19 juillet 2022, l'intimé a indiqué à l'intéressé, par envoi du 8 août 2022, que sa demande ne serait examinée qu'à la condition qu'il rende plausible que les faits objectifs aient changé de manière essentielle depuis la décision du 13 août 2021. L'intimé a par conséquent imparti un délai au recourant jusqu'au 8 septembre 2022 pour agir en ce sens. L'intimé a en effet précisé que les rapports médicaux annexés à la nouvelle demande, soit étaient déjà présents dans le dossier de l'Office AI Fribourg, soit ne faisaient pas état d'une péjoration importante

de l'état de santé depuis le 13 août 2021. Cela étant, force est de constater qu'en procédant de la sorte, l'intimé s'est conformé à la procédure préconisée par la pratique judiciaire (voir c. 2.4). L'examen du cas d'espèce porte donc uniquement sur le point de savoir si le recourant a établi de façon plausible une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits, entre la dernière décision du 13 août 2021 et la date de la décision querellée du 10 janvier 2023.

5.

5.1 A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a tout d'abord joint plusieurs rapports médicaux, en précisant, de manière manuscrite sur ceux-ci, qu'ils n'avaient "pas été pris en compte dans la décision AI". Il s'agit du rapport d'un Centre de pneumologie, du 6 août 2014 (dossier [dos.] 5.120/6), des écrits de son psychiatre/psychothérapeute traitant, des 22 juin 2017 (dos. AI 5.109/3) et 10 avril 2019 (dos. AI 5.60/1), du rapport d'un hôpital cantonal, du 27 février 2019 (dos. AI 5.63/2), du rapport d'un service oncologique d'un hôpital universitaire, du 13 janvier 2020 (dos. AI 5.42/1), ainsi que du rapport de la médecin traitante, du 13 février 2020 (dos. AI 5.39/36). Ces documents figurent au dossier de l'Office AI Fribourg, qui les a pris en considération, contrairement à ce que le recourant a indiqué. Ils n'ont d'ailleurs pas échappé à l'expert en médecine interne (dos. AI 5.39/6, 5.39/9 s. et 5.39/13). De même, le dernier écrit du psychiatre/psychothérapeute traitant a été soumis à l'expert pour qu'il se détermine encore à ce sujet, après avoir rendu son rapport (dos. AI 5.55/1). Ces documents ne sont donc pas nouveaux et ont fait l'objet d'une appréciation par l'Office AI Fribourg, de sorte qu'ils ne sauraient permettre d'établir à suffisance une modification pertinente de l'état de santé du recourant. Ils doivent ainsi d'emblée être écartés.

5.2 De manière similaire, il convient de relever, comme l'intimé l'a fait à bon droit (ch. 9 de la réponse), que le rapport du psychiatre/psychothérapeute traitant, du 6 février 2023, transmis par l'intéressé à l'appui de son recours, a été versé en procédure après le prononcé litigieux. Or, un rapport médical déposé au cours de la procédure

judiciaire cantonale seulement ne peut être pris en considération dans l'appréciation juridique et ce même s'il permet certaines déductions par rapport à la situation médicale telle que donnée pendant le laps de temps visé par la nouvelle demande de prestations. Il n'y a du reste pas lieu de s'écarter de ce principe que si l'Office AI n'a pas formellement mené d'une manière conforme au droit fédéral la procédure en cas de nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_389/2018 du 8 janvier 2019 c. 4.2), ce qui n'est pas le cas en l'espèce (voir c. 4). Partant, ce document ne peut lui non plus être pris en compte dans la présente procédure. Il pourra au mieux motiver une nouvelle demande de prestations.

5.3 Au surplus, s'agissant de la première demande de prestations, le dossier contient les éléments principaux suivants.

5.3.1 Dans la décision du 13 août 2021, l'Office AI Fribourg avait retenu que les conditions du droit, d'abord à une rente entière pour la période du 1^{er} mars 2018 au 30 novembre 2019, puis à une demi-rente pour la période du 1^{er} au 31 décembre 2019 étaient remplies. Il avait en revanche nié le droit à une rente dès le 1^{er} janvier 2020, l'assuré ayant retrouvé une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20% et le taux d'invalidité devant être fixé à 32% (dos. AI 5.6/9). Pour parvenir à ce résultat, il s'était fondé sur le rapport du 27 octobre 2018 d'un expert spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie (dos. AI 5.73), de même que sur les conclusions, datées du 19 février 2020, d'un expert en médecine interne (dos. AI 5.39).

5.3.2 Dans son rapport, l'expert psychiatre/psychothérapeute avait posé le diagnostic de trouble anxieux de type "névrose cardiaque" sur la base d'une problématique cardiovasculaire (sténose aortique) traitée chirurgicalement en 2007 (ch. F49.1 de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'organisation mondiale de la santé), de même que celui de trouble de la personnalité ("personnalité de faible caractère" avec traits passifs marqués; ch. F60.8 CIM-10). Il avait toutefois nié le diagnostic d'état de stress post-traumatique (en lien avec l'opération cardiaque du 28 septembre 2007), ainsi que la présence de symptômes du registre dépressif. D'après l'expert, la capacité de travail dans une activité adaptée, telle que celle de courtier en

assurance ou de garçon de café, activités précédemment exercées par le recourant, était entièrement préservée d'un point de vue psychiatrique.

5.3.3 Quant à l'expert en médecine interne, dans son rapport du 19 février 2020, il avait posé les diagnostics de leucémie myéloïde aiguë M4 good risk, de maladie valvulaire aortique (bicuspidie) avec un status après remplacement valvulaire aortique mécanique en 2007, de prothèse de l'aorte ascendante sus coronaire en 2007, de tachycardie paroxystique supra-ventriculaire dès 2012, de diverticulite récidivante (status après sigmoïdectomie en 2013), de syndrome des apnées obstructives du sommeil alors non traitée, d'obésité de classe I, de stéatose hépatique, de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs, ainsi que d'hypertension artérielle. Il avait ainsi conclu à une incapacité de travail totale du 24 mars 2017 – date du diagnostic de leucémie – au 30 octobre 2019, puis à une incapacité de travail de 70% du 1^{er} au 30 novembre 2019 et de 50% du 1^{er} au 31 décembre 2019. En revanche, dès le 1^{er} janvier 2020, une capacité de travail à 100% avait été retenue par l'expert dans une activité adaptée permettant au recourant d'effectuer des pauses supplémentaires et d'organiser son temps de travail en fonction de son état ou de ses rendez-vous médicaux. Une baisse de rendement de 20% avait toutefois été admise en raison de l'asthénie chronique et de l'absentéisme éventuel.

5.4 Quant à la deuxième demande de prestations du recourant, hormis les documents précités (voir c. 5.1), celle-ci a été étayée au moyen des pièces suivantes.

5.4.1 Avec sa deuxième demande de prestations, le recourant a fourni un écrit d'une clinique de cardiologie d'un hôpital universitaire, du 13 septembre 2021 (dos. AI 2/4). Dans celui-ci ont été posés les diagnostics principaux de cardiopathie valvulaire, de fort soupçon de syndrome de fatigue chronique en relation avec un cancer, d'insuffisance rénale chronique, de fort soupçon de syndrome d'apnée du sommeil obstructive, de thrombocytopénie chronique avec macrocytose et hyperchromatose, d'hémoptysie sous anticoagulation orale du fait d'une pneumonie survenue en 2021, ainsi que de leucémie myéloïde aiguë. Dans ce rapport, il a entre autres été relaté que, sur le plan cardiaque, un test d'effort permettait de confirmer les limitations physiques signalées par le recourant.

5.4.2 Le recourant a aussi déposé un écrit de sa médecin traitante, du 21 février 2022, évoquant les diagnostics de diarrhées, d'intolérance au glucose, de COVID-19, de thrombocytopénie avec erythrocytes macrocytaires et herperchromes, d'insuffisance rénale chronique, de dyspepsie, de diverticulite récidivante traitée par résection laparoscopique du colon sigmoïde (2012), de syndrome d'apnée du sommeil obstructive non appareillé, de trouble anxieux, de leucémie myéloïde aiguë, d'hypertension artérielle, de cardiopathie sur anrthracycline après traitement d'induction pour LMA (2017), de cardiopathie valvulaire, d'epistaxis sous Marcoumar (12.02.2021), ainsi que d'enthésite du tendon commun des fléchisseurs et extenseurs des doigts sans déchirure musculaire ou ligamentaire à droite.

5.4.3 Le 7 décembre 2022, la médecin traitante a encore fait parvenir un rapport à l'intimé, exposant que, en plus des diagnostics posés au sein des expertises ayant eu lieu dans la procédure devant l'Office AI Fribourg, le recourant présenterait des complications de sa maladie oncologique, des traitements chimio-thérapeutiques et du syndrome métabolique connu. Elle a aussi fait part d'une aggravation des symptômes psychiatriques et a conclu à une incapacité de travail à 100% (dos. AI 8/13). A ce document, elle a joint un rapport du 28 juillet 2022 de la clinique d'oncologie. Il y était exposé que le patient signalait alors un état général légèrement réduit, relativement inchangé, avec des symptômes persistants de fatigue chronique. Il était en outre évoqué que la surcharge en fer avait régressé et qu'une approche de traitement conservatrice était adoptée (dos. AI 8/1).

5.4.4 Avec ses objections du 21 décembre 2022, le recourant a finalement transmis un autre rapport de la clinique de cardiologie, du 6 décembre 2022, faisant suite à une consultation cardio-oncologique du même jour. Dans cet écrit, les diagnostics déjà retenus dans le rapport du 13 septembre 2021 ont été confirmés (voir c. 5.4.1). De même, il a été mentionné que la situation cardiaque était stable et que sa prothèse était correctement positionnée, avec une fonction normale et inchangée.

6.

6.1 Cela étant, il apparaît tout d'abord que les rapports de la clinique de cardiologie, du 13 septembre 2021 et du 6 décembre 2022, n'évoquent aucun nouveau diagnostic. Le premier expose principalement que, sur le plan cardiaque, l'état de santé du recourant est stable, ce dernier ayant alors même évoqué une amélioration depuis un an (dos. AI 2/6). En outre, les fonctions cardiaques ont été jugées bonnes, avec une fonction satisfaisante de la vanne aortique. Certes, il y est fait état d'une légère insuffisance à ce niveau, mais celle-ci avait déjà été documentée lors de l'instruction de la première demande et n'a donc rien de nouveau (dos. AI 5.39/27). Il en va de même du constat selon lequel l'aptitude physique et cardio-respiratoire serait sévèrement restreinte (ce qui a en réalité plutôt été évoqué en référence au syndrome de fatigue chronique). Ce constat avait en effet lui-aussi déjà été relevé dans la première procédure, soit dans un écrit de la clinique cardiologique, du 26 septembre 2019 (dos. AI 5.48/3 s.). Celui-ci avait été examiné par l'expert en médecine interne (dos. AI 5.39/13), qui s'était toutefois distancé de cette appréciation (dos. AI 5.39/28 et 5.39/30). Quant au rapport du 6 décembre 2022 de la clinique de cardiologie, il a surtout confirmé la stabilisation de l'état de santé sur le plan cardiaque, en préconisant la poursuite de la thérapie et un nouvel examen uniquement après une année (dos. AI 9/2 s.). Concernant le syndrome de fatigue chronique lié au cancer, également évoqué dans ces rapports, force est ensuite de constater qu'il n'est pas non plus nouveau, puisqu'il avait été investigué puis commenté de manière circonstanciée dans le contexte de l'expertise du spécialiste en médecine interne (dos. AI 5.39/27 et 5.39/29). Il en va de même de la problématique liée à l'apnée du sommeil, qui avait également été prise en considération et pour laquelle aucun nouvel élément n'est apporté par l'assuré. Partant, aucun des points discutés dans ces deux rapports du 13 septembre 2021 et du 6 décembre 2022 ne permet de démontrer de façon plausible une modification notable de l'état de santé du recourant. Ce dernier ne précise d'ailleurs pas en quoi tel serait le cas, n'évoquant aucun de ces rapports dans son recours.

6.2 Concernant l'écrit de la clinique d'oncologie, du 28 juillet 2022, il rappelle le diagnostic (principal) de leucémie et décrit surtout un état

général "relativement inchangé". Il précise cependant que la problématique liée au taux de fer est en régression, les relevés sanguins étant pour le reste décrits comme étant constants. Ce rapport atteste donc une évolution régulière et n'évoque en substance aucune aggravation déterminante. Ainsi, il ne permet pas non plus d'admettre à suffisance une détérioration de l'état de santé.

6.3 S'agissant des écrits de la médecin traitante, le premier, daté du 21 février 2022, consiste en une demande de conseils, dans lequel elle ne fait que répéter des diagnostics déjà largement documentés au dossier de l'Office AI Fribourg, en renvoyant au déroulement des traitements mis en place par les médecins de la clinique oncologique. Ce document ne permet donc pas non plus de retenir une quelconque aggravation plausible de l'état de santé du recourant. Quant au second rapport de cette praticienne, du 7 décembre 2022, il fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant, en se référant aux diagnostics déjà évalués par les experts en 2018 et 2020. En ce qui concerne le syndrome de fatigue chronique, la détérioration de l'état de santé est d'abord expliquée par une baisse de l'état général. Celle-ci n'est toutefois pas étayée, ni précisée. Qui plus est, la médecin traitante cite à cet égard le rapport de la clinique d'oncologie du 28 juillet 2022, qui souligne plutôt, comme évoqué (voir c. 6.2) que l'état général est resté relativement stable. Elle relate encore que le recourant a subi trois infections, qui ont aggravé l'asthénie et empêché tout traitement continu, si bien qu'il n'y a eu "aucune évolution". On ne saurait cependant admettre que ces indications rendent plausibles une altération de l'état de santé, la médecin traitante ayant admis que le recourant avait pu guérir de ces infections en quelques semaines, son état n'ayant été que "fragilisé" par ces événements (dos. AI 8/13). En tant que cette médecin a ensuite relevé que des examens étaient encore en cours pour identifier l'origine de l'hyperferritinémie (a priori plutôt iatrogène), de même qu'aux fins d'assurer le suivi, en lien avec la stéatose hépatique on ne peut non plus retenir que cette praticienne a rendu plausible une péjoration de l'état de santé. En effet, l'expert en médecine interne avait déjà tenu compte de la nécessité pour l'intéressé de pouvoir organiser son temps de travail en fonction de ses rendez-vous médicaux (dos. AI 5.39/31, voir aussi 5.39/29). On ne saurait non plus ignorer que le rapport du 28 juillet 2022 concluait alors,

s'agissant du taux de fer, que la situation était en amélioration, comme déjà relevé. Enfin, concernant le trouble anxieux dont le rapport fait état, il est simplement précisé que les comorbidités et conséquences de la leucémie affectent profondément l'état psychique du patient. Cependant, dans un rapport, du 13 février 2020, ce médecin avait déjà fait état d'une telle aggravation à la suite des différentes pathologies subies (dos. AI 5.37/4). Dans l'expertise psychiatrique de 2018, le recourant s'était du reste plaint d'une anxiété en relation avec son opération du cœur en 2007, puis avec la leucémie et avec le risque d'éventuelles rechutes de celle-ci. Ces points avaient alors été abordés par l'expert, comme cela relève de son rapport du 27 octobre 2018. Il avait en particulier été tenu compte du fait que la persistance à long terme de telles inquiétudes du recourant était probable. Toutefois, il avait été souligné que celui-ci disposait de bonnes ressources pour faire face à ces difficultés (dos. AI 5.73/31). Dans ces conditions, la fragilité du recourant, relevée par sa médecin traitante, de même que l'influence de la leucémie, même en rémission, sur l'état psychique, ne sont pas des éléments qui établissent non plus à suffisance une aggravation de l'état de santé du recourant.

6.4 Dès lors, il résulte des considérants qui précèdent que le recourant n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé propre à influencer ses droits depuis la décision entrée en force du 13 août 2021. Partant, c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur sa deuxième demande de prestations.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

7.2 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1^{bis} phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Le recourant qui succombe doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés

forfaitairement à Fr. 500.- (art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). Ceux-ci seront compensés avec son avance de frais de Fr. 800.-. Le solde, par Fr. 300.-, sera restitué au recourant après l'entrée en force du présent jugement.

7.3 Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 et art. 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge du recourant et compensés avec son avance de frais de Fr. 800.-. Le solde de l'avance de frais de Fr. 300.- sera restitué au recourant dès l'entrée en force du présent jugement.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par sa mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le juge:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).