



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

608 2025 219

Arrêt du 18 mars 2026

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Présidente : Daniela Kiener
Juges : Johannes Frölicher, Anne-Sophie Peyraud
Greffière-rapporteure : Carine Sottas

Parties

A. _____, recourant,

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité (refus de rente)

Recours du 20 novembre 2025 contre la décision du 27 octobre 2025

considérant en fait

A. A. _____, divorcé, né en 1966, père d'un enfant né en 2018, a déposé le 20 octobre 2008 une première demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après: OAI-VD), en raison d'une arthrodèse de la cheville droite qui rendait médicalement contre-indiquée l'activité professionnelle habituelle de plâtrier peintre.

Sur la base d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à certaines limitations fonctionnelles (éviter les déplacements sur de longues distances ou sur sol irrégulier, la montée/descente d'escaliers, le travail accroupi ou à genoux et le travail en hauteur), l'OAI-VD lui a refusé, par décision du 22 juillet 2009, l'octroi d'une rente, le taux d'invalidité étant de 9.61%.

Le 2 septembre 2010, l'OAI-VD lui a octroyé deux appareils acoustiques.

Le 15 février 2017, l'assuré ayant déménagé dans le canton de Fribourg, le dossier a été transmis à l'Office de l'assurance invalidité (ci-après: OAI) dudit canton comme objet de sa compétence.

B. Le précité a déposé une nouvelle demande de prestations pour adultes le 22 août 2023, dans laquelle il a indiqué ne plus être en mesure de travailler depuis le 2 mai 2023 et être au bénéfice de certificats d'incapacité de travail dans sa dernière activité exercée en qualité de peintre en bâtiment. Sont mentionnés une hernie cervicale C3-C4, une arthrodèse à la cheville droite, des vertiges rotatoires chroniques, des douleurs aux deux épaules et au coude gauche ainsi qu'une dysplasie fibreuse du rocher gauche.

Après avoir récolté des informations auprès des médecins traitants et versé au dossier celui de la SUVA, l'OAI a soumis le dossier à son service médical régional (ci-après: SMR). Celui-ci a retenu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable en lien avec une atteinte invalidante, mais une succession d'incapacités de travail transitoires suite à des accidents ou à des poussées algiques.

Sur la base des différents rapports médicaux, l'OAI a, après avoir fait siennes les conclusions du SMR, informé l'assuré, par un préavis du 25 juin 2025, qu'il envisageait de lui refuser le droit à des prestations AI.

Par décision formelle du 27 octobre 2025, l'OAI, après avoir reçu les objections de l'assuré, a nié tout droit à des prestations AI. L'autorité s'est référé aux limitations fonctionnelles retenues en lien avec la demande de 2008 en ajoutant celle de l'impossibilité du port de charges de plus de 5 kg. Se fondant sur l'avis du SMR, elle estime qu'il n'y a pas d'incapacité de travail durable dans une activité adaptée en lien avec une atteinte invalidante. En dehors des épisodes d'incapacité de travail, du 22 décembre 2023 au 31 août 2024, puis d'une incapacité de travail transitoire à 80% du 3 septembre 2024 au 3 décembre 2024, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Aucun document médical mettant en doute cette constatation n'ayant été produit par l'assuré, elle a estimé qu'aucun examen sur sa personne n'était nécessaire.

C. Contre cette décision, l'assuré interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 20 novembre 2025. Il conclut à l'annulation de la décision précitée et à la reprise de l'instruction sous forme d'un examen par le médecin SMR. A l'appui de son recours, il fait valoir que les constatations de l'OAI relatives à sa capacité résiduelle de travail sont illusoire eu égard à son âge, à ses limitations fonctionnelles et à ses douleurs dues à ses différentes atteintes physiques. Il allègue en outre avoir

commencé un traitement psychiatrique, dès lors que sa situation précaire a provoqué une dépression.

Le 17 décembre 2025, le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-.

Dans ses observations du 23 décembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours en renvoyant aux motifs de sa décision.

Appelée en cause le 6 février 2026 en sa qualité de fonds de prévoyance intéressé auquel la décision attaquée a été notifiée, la caisse de pension B. _____ a renoncé à prendre position par courrier du 12 mars 2026.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments développés par elles à l'appui de leurs conclusions dans les considérants en 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 un assuré directement touché par la décision attaquée, et l'avance de frais ayant été versée dans le délai imparti, le recours est recevable.

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

2.2. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 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 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).

2.3. Conformément à l'art. 54a LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires. Le Conseil fédéral délimite les régions après avoir consulté les cantons (al. 1). Les SMR sont à la disposition des offices AI pour l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations (al. 2). Les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3). Les SMR sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (al. 4). Selon l'art. 49 RAI, les SMR évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les SMR peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les SMR se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3).

Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et TFA I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées).

La jurisprudence a souligné que le rapport d'un SMR qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

2.4. L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

2.5. En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 140 III 610 consid. 4.1), le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse

possible; ce degré suppose bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance prépondérante est atteinte si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

2.6. Selon l'art. 87 al. 3 RAI, 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'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Une fois que l'OAI entre en matière, elle ne peut plus rejeter la demande avec le même degré de retenue qu'en phase de plausibilité. Après l'entrée en matière, l'administration doit procéder à un examen complet de la situation médicale et économique. Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9). Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 64 consid. 1b).

Selon l'art. 17 LPGA dans sa teneur déterminante ici, 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.

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 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 112 V 387 consid. 1b).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de départ temporel dans le cadre d'une nouvelle demande comme lors d'une procédure de révision correspond à la dernière décision 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 conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5 et réf. citées). Une communication, au sens de l'art. 74^{ter} let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen

matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 *in* SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

3.

Est litigieux, en l'espèce, l'éventuel droit de l'assuré à des prestations AI. Il sied plus particulièrement de déterminer si, depuis la dernière décision lui refusant une rente, l'état de santé du recourant s'est dégradé notablement, de manière à influencer sa capacité de gain.

3.1. La dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente est la décision de refus de rente du 22 juillet 2009 (doss. OAI p. 299).

Dans cette décision, l'OAI-VD a retenu une pleine capacité de travail et un degré d'invalidité de 9,61%, se fondant sur l'avis de son médecin SMR. Celui-ci avait retenu ce qui suit (rapport du 18 février 2009; doss. OAI p. 259): "*Cet assuré avait subi un accident avec fracture du pilon tibial D en décembre 2006, prise en charge par arthrodèse. Cheville D bloquée depuis lors, rendant les déplacements sur sol irrégulier, montées/descentes d'escaliers, échafaudages difficile[s]. Outre (...) ce problème ostéoarticulaire, cet assuré souffre de vertiges sur dysplasie fibreuse du rocher G, raison pour laquelle, un travail en hauteur est contre-indiqué (risque de chute) et cela depuis 2002, date du diagnost[c] de cette atteinte*". Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: absence de travail accroupi, à genoux, en hauteur, avec déplacements sur de longues distances, sur sol irrégulier, et absence de montée/descente d'escaliers.

3.2. L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande déposée en août 2023. Cette entrée en matière apparaît justifiée. Depuis la décision de refus du 22 juillet 2009, plus de quatorze années se sont écoulées, le profil des limitations fonctionnelles s'est modifié et plusieurs nouvelles atteintes à la santé ont été évoquées, notamment une hernie discale cervicale C3–C4, des troubles dégénératifs cervico-lombaires, des atteintes aux épaules, une neuropathie du nerf ulnaire gauche, une épicondylite du coude gauche, des douleurs persistantes de la cheville droite arthrodésée et des vertiges rotatoires chroniques.

Il convient dès lors d'examiner matériellement si l'aggravation de l'état de santé invoquée a ou non des effets sur la capacité de gain du recourant, au degré de la vraisemblance prépondérante.

3.3. La décision litigieuse repose sur l'analyse des pièces médicales opérée par le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin du SMR (rapport du 6 février 2025, doss. OAI p. 927).

Ce médecin retient ce qui suit.

L'assuré est connu pour "*des troubles dégénératifs cervico-lombaires et tendinopathie du sus-épineux de l'épaule G. Se référer à l'appréciation du 15.7.24 par le Dr D._____, orthopédiste, concernant le sinistre du 22.12.23: chute de sa hauteur. Les différentes investigations radiologiques n'ont pas mis en évidence de lésions structurelles objectivables. A partir du 1.9.24, les suites de l'accident ne jouent plus aucun rôle au degré de la vraisemblance prépondérante.*

- *Au niveau lombaire, il a présenté en septembre 2024 des lombosciatalgies G sur hernie discale L5 D (→ discrétance radio-clinique) ayant bien répondu à une infiltration en septembre 2024 (Dr E._____). Une incapacité de travail à 80% du 3.9.24 au 3.12.24 est attestée par le [Dr] E._____ le 3.9.24 pour cette problématique.*

- *Au niveau cervical, des cervicalgies post-traumatiques sont rapportées. Le Dr F._____, neurologue, atteste dans son rapport du 12.7.23 l'absence d'anomalie à la myographie des myotomes C4 jusqu'à C7 gauche et la notion d'une hernie discale C3-C4 connue. Un traitement conservateur avec éventuelle infiltration a été évoqué.*
- *Au niveau de l'épaule G, le [Dr] E._____, orthopédiste (rapport du 13.3.24) et le Dr G._____, généraliste (rapport du 2.7.24), mentionnent une épaule gelée à G post-traumatique. L'IRM du 9.1.24 montre une tendinopathie avec probable rupture de quelques fibres superficielles du tendon sus-épineux (<50% de son épaisseur et faiblement étendue). Le pronostic est décrit comme bon avec une incapacité de travail qui ne devrait pas dépasser fin août, la physiothérapie ayant une bonne efficacité au niveau de l'épaule et de la nuque. (Dans son rapport du 24.2.24, le Dr G._____ mentionnait déjà une amélioration possible après réhabilitation, dans une activité de chauffeur-livreur/agent d'exploitations).*

[L'assuré] est connu également pour une épicondylite du coude G (mentionnée en 2024) et une neuropathie du nerf ulnaire gauche (mentionnée en 2023) avec proposition de traitement conservateur. Il s'agit de problématiques bénignes qui peuvent être traitées efficacement et ne justifient pas d'une incapacité de travail durable. Notion également d'une chute sur l'épaule droite le 26.8.21. Il n'y a pas d'autre atteinte à la santé attestée médicalement, en particulier absence de suivi psychiatrique. Les douleurs de la cheville post-arthrodèse suite à une fracture complexe du pilon tibial à droite en 2006 sont traitées avec de la gabapentin/pregabalin. Une infiltration a été faite par le [Dr] E._____, orthopédiste, en raison d'un épisode de poussée inflammatoire en juillet 2024.

Par décision de l'OAI du 22.7.09, des limitations fonctionnelles en lien avec cette atteinte à la santé ont déjà retenues, avec une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de plâtrier peintre et entière dans une activité adaptée. Enfin, concernant le sinistre du 13.10.21, l'appréciation du 28.8.23 du Dr H._____, orthopédiste, médecin conseil à la SUVA, mentionne qu'il n'y a aucune évidence de lésion structurelle, pouvant être attribué[e] comme consécutive à l'événement initial (seuls des éléments attestant de l'existence d'atteinte dégénérative sont mis en évidence). Au vu des diverses atteintes dégénératives présentées par l'assuré, en particulier au niveau lombaire ou des épaules, une limitation durable du port de charge à 5 kg max est justifiée, comme attesté par le Dr G._____ dans son rapport du 24.2.24".

Le SMR conclut que l'assuré a présenté plusieurs atteintes successives, au niveau des épaules, cervical et lombaire, justifiant des incapacités de travail transitoires après les accidents (chutes) ou lors d'épisodes d'exacerbations des douleurs, comme on peut s'y attendre en présence de troubles dégénératifs, qui ont pu être traités efficacement avec un traitement conservateur (infiltrations, physiothérapie, antalgie). Partant, il suit l'appréciation de la SUVA, fixe au 31 août 2024 la fin de l'incapacité de travail en lien avec les suites du dernier accident du 22 décembre 2023 et confirme l'attestation par le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, évoquant une incapacité transitoire. La capacité de travail dans une activité adaptée demeure entière, sous réserve d'une limitation du port de charges à 5 kg maximum, en raison des troubles dégénératifs, qui vient s'ajouter à celles déjà retenues en 2009.

3.4. Toutefois, plusieurs éléments du dossier soulèvent des doutes quant au caractère suffisant de cette appréciation.

Le SMR s'est prononcé uniquement sur la base du dossier, sans procéder à un examen clinique de l'assuré. Or, la situation médicale apparaît complexe, compte tenu notamment du nombre d'atteintes

invoquées, de la durée écoulée depuis la dernière évaluation médicale complète (en 2009) et des divergences entre les médecins.

Dans ces circonstances, une appréciation faite uniquement sur la base du dossier doit être confirmée avec retenue.

Dans son rapport du 24 février 2024 (doss. OAI p. 668), le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant du recourant, relève notamment une baisse de rendement, des troubles de la concentration, des vertiges, et évoque la nécessité d'un examen neuropsychologique ainsi que d'un examen et traitement psychiatrique. Le médecin indique en outre réserver – pour définir les heures de travail encore exigibles – l'évaluation définitive de la capacité de travail dans l'attente du résultat d'une mesure de réhabilitation. Ce médecin estime également que l'assuré ne peut pas rester en position assise plus de 20 minutes, aspect sur lequel le médecin SMR ne se prononce pas. On peut ainsi douter d'être à même, comme le fait le SMR, de confirmer que le Dr G. _____ attesterait d'une évolution favorable qui viendrait confirmer sa propre analyse. La Cour se réfère dans ce contexte au rapport du 2 juillet 2024 du Dr G. _____ à l'intention de la SUVA (doss. OAI doc 193 p. 891), dans lequel ce praticien confirme certes que le *status quo ante* est atteint concernant l'accident d'août 2023 ayant touché l'épaule gauche, mais souligne en revanche que l'assurance-invalidité prendra en charge les autres problèmes de santé.

Le médecin traitant évoque également un état dépressif et la nécessité d'un traitement y relatif. Le SMR se limite toutefois à constater l'absence de suivi psychiatrique pour exclure toute atteinte psychique. Une telle motivation apparaît lacunaire. En effet, l'absence de traitement spécialisé ne permet pas à elle seule d'exclure un trouble psychique invalidant, mais peut être un indice pour évaluer la gravité de celle-ci (cf. dans ce sens ATF 143 V 409 consid. 4.5.2.). Au demeurant, la nécessité d'un examen psychiatrique est expressément évoquée dans le rapport du Dr G. _____ du 24 février 2024 (doss. OAI p. 668).

Lors de la première procédure AI, les diagnostics retenus par le SMR dans son rapport du 18 février 2009 (doss. OAI p. 259) étaient essentiellement la fracture du pilon tibial droit en décembre 2006 avec arthrodèse de la cheville droite et les vertiges sur dysplasie fibreuse du rocher gauche diagnostiquée en 2002. Ces atteintes entraînaient notamment des limitations concernant les déplacements sur sol irrégulier, les escaliers et les travaux en hauteur.

Depuis lors, plusieurs nouvelles atteintes ont été documentées, notamment des troubles dégénératifs cervico-lombaires, une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche, une épaule gelée gauche, une neuropathie ulnaire gauche et une épicondylite du coude gauche. Le médecin d'arrondissement de la SUVA, dans son rapport du 15 juillet 2024 (doss. OAI p. 888), relève d'ailleurs également l'existence d'atteintes dégénératives. Même si chacune de ces atteintes peut être considérée isolément, il convient d'examiner leur effet cumulé sur la capacité de travail.

Il ressort en outre du dossier que le Dr E. _____ atteste une incapacité totale de travail dans une attestation du 3 novembre 2025, produite avec le recours. Certes, ce document ne contient aucune motivation. Il constitue toutefois un élément médical divergent, susceptible de susciter un doute quant à l'avis du SMR qui fonde sa propre appréciation également sur les constats antérieurs du Dr E. _____.

Le SMR se réfère également aux appréciations des médecins-conseils de la SUVA. Toutefois, celles-ci ont pour objectif d'évaluer uniquement les suites des accidents, et non l'état de santé global

au regard de l'assurance-invalidité. Le Dr G. _____ souligne lui-même, comme déjà relevé (cf. rapport du 2 juillet 2024, doss. OAI p. 891), que les suites de l'accident ont disparu, mais que les autres problèmes de santé doivent être examinés par l'assurance-invalidité. Dans ces circonstances, la position de la SUVA ne saurait suffire pour apprécier la capacité de travail globale.

Au vu de ce qui précède, l'état de fait médical apparaît insuffisamment établi. Des clarifications doivent en particulier concerner l'existence et l'impact du trouble dépressif et des troubles de la concentration évoqués par le médecin traitant (rapport du 24 février 2024, doss. OAI p. 668), l'effet cumulé des différentes atteintes dégénératives et l'impact fonctionnel des nouvelles atteintes dans une activité adaptée.

Dans ces circonstances, l'administration ne pouvait pas se fonder uniquement sur l'avis du SMR et d'un médecin généraliste, pour conclure à une capacité de travail inchangée depuis la décision de 2009.

Conformément au principe inquisitoire, il apparaît nécessaire de procéder à une instruction médicale complémentaire, sous la forme notamment d'une expertise médicale.

La décision litigieuse doit dès lors être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

4.

4.1. Il s'ensuit que le recours doit être admis dans le sens des considérants

4.2. Vu le sort du recours, les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée (art. 131 al. 1 2^{ème} phr. du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]). L'avance de frais versée est restituée au recourant.

(dispositif page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est admis.
Partant, la décision attaquée est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.
- III. L'avance de frais de CHF 800.- est restituée au recourant.
- 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 18 mars 2026/jfr/cso

La Présidente

La Greffière-rapporteure