

FR_GERICHTE 608 2021 81 vom 14. Dezember 2022

FR Kantonsgericht, 2022-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_81

FR: FR_GERICHTE 608 2021 81 du 14 décembre 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2021 81 del 14 dicembre 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 30

septembre 2013 (correspondances de la D. _____ du 10 avril et du 20 juin 2013). Le 23 novembre 2012, le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie, a procédé sous rachianesthésie à l'extraction d'un corps étranger métallique (vraisemblablement l'extrémité d'un crochet de tricot ou de dentelle présent depuis 2006) des parties molles de la fesse droite de l'assurée (à la hauteur de l'interligne S2-S3). A la suite de cette intervention ambulatoire, A. _____ s'est plainte de lombalgies (avec décharges électriques et agrandissement progressif du territoire douloureux), de paresthésies (ascendantes) de la jambe gauche, de céphalées, de nausées ainsi que notamment de difficultés urodynamiques. Elle a de plus déposé une plainte pénale contre la Dresse F. _____, médecin responsable de l'anesthésie lors de l'intervention du 23 novembre 2012 (procédure pénale ggg). Les ultrasons de contrôle (avis du 19 décembre 2012 du Dr I. _____, spécialiste en radiologie, et du 22 mai 2013 de la Dresse J. _____, spécialiste en médecine interne générale), l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire (avis du 11 janvier 2013 du Dr H. _____, spécialiste en radiologie), l'électroneuromyogramme (avis du 24 mai 2013 du Dr K. _____, spécialiste en neurologie) et l'ultrason doppler de la jambe gauche (avis du Dr H. _____ du 5 novembre 2013), ainsi que le séjour de l'assurée à L. _____ de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents CNA à M. _____ (du 8 mai au 5 juin 2013; rapport du 8 juillet 2013) n'ont mis en évidence aucune anomalie objective susceptible d'expliquer ses plaintes. La corticothérapie par voie orale et le traitement antalgique mis en place par le Dr N. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, n'a par ailleurs pas soulagé l'assurée (avis du Dr N. _____ du 17 janvier et du 12 février 2013). B. A. _____ a déposé une demande de détection précoce de l'assurance-invalidité le 11 mars 2013, puis une demande de prestations le 27 mars 2013. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'office AI) a tout d'abord versé à son dossier celui de la CNA. Ce dossier contenait – respectivement l'office AI a recueilli – l'avis des Dr O. _____, médecin adjoint auprès du service d'angiologie de P. _____ (du 14 juin 2013), Dr Q. _____, spécialiste en cardiologie et en médecine interne générale (du 16 juillet 2013), Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant (des 23 août, 5 septembre 2013 et 27 février 2014), Dr S. _____, spécialiste en urologie (des 22 octobre 2013, 28 mars 2014, 11 mars et 14 octobre 2015), Dresse T. _____, spécialiste en anesthésiologie (du 17 septembre 2013 et 28 mars 2014), Dr U. _____, médecin adjoint au service de rhumatologie, médecine physique et

rééducation de P._____ (des 21 octobre, 8 novembre 2013, 19 mars 2014, 26 février et 20 mars 2015), Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, en allergologie, en immunologie clinique (du 3 mai et du 9 décembre 2013), Dresse W._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (du 12 décembre 2013 et du 28 janvier 2014), ainsi que ceux du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre-conseil de la CNA (du «21 août 2014» [sic]), et du Dr Y._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin d'arrondissement de la CNA (du 9 décembre 2013).

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 Le 22 février 2014, l'assurée s'est blessée à l'épaule et au poignet gauche (avis de la Dresse T._____ du 28 mars 2014). Elle a subi de plus une intervention au col de l'utérus le 14 octobre 2014 (hystérectomie), suivie d'une hospitalisation en raison d'un hémisyndrome brachio-cubital sensitivo-moteur gauche complet apparu trois jours plus tard (du 29 octobre au 31 octobre 2014; avis de la Dresse T._____ du 22 décembre 2014), ainsi qu'un testing sous anesthésie de l'épaule gauche (acromioplastie du 5 mai 2015). L'office AI a ensuite soumis l'assurée à une expertise pluridisciplinaire auprès du Z._____ Dans un rapport établi le 28 septembre 2016, les Dr AA._____, spécialiste en médecine interne générale, Dr AB._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Dr AC._____, spécialiste en neurologie, et Dresse AD._____, spécialiste en rhumatologie, ont diagnostiqué – sans répercussion sur la capacité de travail – un hémisyndrome sensitivo-moteur gauche atypique sans substrat somatique objectivable (du 17 octobre 2014), un syndrome douloureux somatoforme persistant (dès fin 2012), un possible trouble dissociatif mixte (dès 2014), des troubles urinaires sur vessie hyposensitive et hypocontractile d'origine indéterminée (dès novembre 2012), des lombalgies chroniques communes avec discrets troubles dégénératifs, un status après thyroïdectomie partielle (dès 2001), une hystérectomie sans annexectomie (en 2014) et un asthme bronchique (dès l'âge de 3-4 ans). Au terme de leur rapport, les médecins ont affirmé qu'il n'y avait jamais eu de justification à une incapacité de travail durable et que la capacité de travail de l'assurée était donc complète, sans baisse de rendement. C. Par décision du 12 janvier 2017, l'office AI a rejeté la demande de prestations. Il a, en se fondant sur l'avis du médecin de son Service médical régional (SMR; du 3 octobre 2016), considéré que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé ayant des répercussions déterminantes du point de vue de l'assurance-invalidité sur sa capacité de travail.

A._____ a déféré cette décision au Tribunal cantonal, qui a rejeté le recours et confirmé la décision du 12 janvier 2017 (arrêt 605 2017 27 du 21 août 2018), puis au Tribunal fédéral, qui a rejeté à son tour le recours (arrêt 9C_678/2018 du 28 novembre 2018). D. Le 3 février 2020, A._____ a consulté la Dresse AE._____, spécialiste en neurologie et médecin adjoint au centre de neurologie de AF._____, qui a diagnostiqué un trouble neurologique fonctionnel sensitivo-moteur (avec hémisyndrome sensitivo-moteur gauche; avis du 13 mars 2020). Elle a séjourné ensuite à la clinique de réadaptation de AG._____ du 11 au 18 mars 2020 (interruption du séjour en raison des mesures ordonnées par le Conseil fédéral et destinées à lutter contre le coronavirus [COVID-19]). Dans un avis du 3 avril 2020, le Dr AH._____, spécialiste en neurologie et médecin chef du service de neurologie de P._____, a indiqué qu'elle souffrait d'un trouble neurologique fonctionnel sensitivo-moteur à gauche (avec des douleurs sévères de l'hémicorps gauche, plus marquées au niveau du membre inférieur gauche). Selon le médecin, l'assurée avait besoin d'un rollator (déambulateur) comme aide à la mobilisation dans le cadre d'un programme de rééducation d'une durée probable de deux ans. Le 26 mai

2020, A._____ a déposé une nouvelle demande de prestations, puis produit un nouvel avis des docteurs AE._____ (du 26 mai 2020), AH._____ (du 28 mai 2020), R._____ (du 3 juin 2020) et T._____ (du 15 juillet 2020).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande, l'office AI a recueilli l'avis des docteurs AE._____ (des 30 juillet, 24 août et 27 novembre 2020), R._____ (du 25 août 2020), AI._____, spécialiste en neurologie (du 19 août 2020), W._____ (du 25 août 2020), et AH._____, qui a indiqué que l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais possiblement une activité «plutôt en milieu protégé» avec un taux d'occupation de 30 % «selon son état» (avis du 11 septembre 2020). L'assurée a été hospitalisée du 21 juillet au 11 août 2020, ainsi que du 27 au 30 septembre 2020, ensuite d'un tentamen. Le 6 novembre 2020, le médecin du SMR a indiqué à l'office AI que les médecins consultés par l'assurée n'avaient fait état d'aucun fait nouveau sur le plan médical susceptible de modifier durablement les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médico-théorique définies dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 28 septembre 2016. E. Par projet de décision du 8 décembre 2020, l'office AI a indiqué à l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa nouvelle demande de prestations. Dans un avis du 3 décembre 2020, les Dr AH._____ et Dr AJ._____, médecin assistant à la clinique de neurologie de P._____, ont diagnostiqué des troubles somatoformes dissociatifs avec héli-syndrome gauche, et aphasie fluctuant depuis 2012 et mutisme apparus en janvier 2020, une fonction pulmonaire normale (octobre 2020) et une réponse favorable à l'oxygène lors de crise neurologique. Ils ont également diagnostiqué des céphalées de l'hémicrâne gauche avec algies périorbitaires à gauche depuis 2014, sans réponse aux différents traitements, une arthrite psoriasis, traitée jusqu'au 2 décembre 2018, des séquelles de lésions démyélinisantes stables depuis 2012, une discrète discopathie L5-S1 et arthrose facettaire débutante L4-L5 à droite et L5-S1 des deux côtés, un status post exérèse d'une aiguille dans le sacrum en 2012 et une hypothyroïdie substituée. Selon les médecins, l'évaluation du status neurologique présentait des limites très claires; les manifestations étaient impressionnantes sur le plan clinique à côté d'un mari soutenant et fort désemparé dans cette situation complexe. Ils ont indiqué avoir insisté auprès de l'assurée afin qu'elle maintienne les activités de la vie quotidienne et la mobilité au-delà des limites supportées. Ils ont constaté que les différents intervenants médicaux étaient sollicités de façon importante sans de plus amples résultats cliniques; les prises en charge hospitalières avaient des résultats mitigés; l'aspect relationnel était très important pour la prise en compte des demandes et des besoins de l'assurée. Ils recommandaient une prise en charge en physiothérapie ambulatoire et au domicile (deux fois par semaine), un statu quo pharmacologique (pour la partie neurologique), une prise en charge ambulatoire intensive de type clinique de jour et une mobilité sans moyen auxiliaire le plus possible. Le 22 janvier 2021, l'assurée s'est opposée au projet de décision et a produit l'avis des docteurs S._____ (du 13 janvier 2021), AK._____, spécialiste en rhumatologie (du 15 janvier 2021), et AL._____, spécialiste en anesthésiologie (du 29 septembre 2020). Le Dr S._____ a diagnostiqué une vessie neurogène avec hypotonie, hyposensibilité vésicale et trouble de vidange vésicale sévère nécessitant des autosondages depuis 2013, un état post hystérectomie pour myome avec AVC et hémisyndrome postopératoire, un status post probable syndrome de Sudeck de type II des membres inférieurs, un status post cystites à répétition, un status post pyélonéphrite gauche à trois reprises, un status post excision d'un corps étranger au niveau pré-sacré de la fesse droite en 2012 et un status post hypothyroïdie substituée avec status post thyroïdectomie partielle en 2001.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 La Dresse AK._____ a diagnostiqué une cervicalgie (probablement status post coup du lapin), un syndrome douloureux généralisé et des troubles neurologiques fonctionnels sensitivo-moteurs. Elle a indiqué qu'elle n'était pas d'accord avec le projet de décision car l'assurée présentait une aggravation substantielle de son état de santé sur le plan neurologique depuis janvier 2020 au plus tard (chute, hospitalisations et déplacement en fauteuil roulant). La Dresse AL._____ a diagnostiqué des troubles neurologiques fonctionnels sensitivo-moteurs (avec hémisindrome sensitivo-moteur gauche, probables crises non épileptiques et [diagnostic différentiel] troubles somatoformes complexes) et des douleurs chroniques généralisées exceptées le visage et les paumes des mains (avec suivi multidisciplinaire ambulatoire, etc.). Le 9 février 2021, le médecin du SMR a maintenu ses conclusions du 6 novembre 2020. Par décision du 9 mars 2021, l'office AI a rejeté la nouvelle demande de prestations. Il a considéré que les médecins traitants n'avaient fait état d'aucun fait nouveau sur le plan médical objectif susceptible de modifier durablement les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médico-théorique définies dans la décision du 12 janvier 2017. F. Parallèlement, l'office AI a également rejeté les différentes demandes de l'assurée tendant à la prise en charge d'un rollator (déambulateur) et d'un fauteuil roulant. G. Contre la décision du 9 mars 2021, l'assurée, représentée par Me AM._____, avocat à Fribourg, interjette un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut au renvoi de la cause à l'office AI pour qu'il procède à de nouvelles investigations sur le plan médical, notamment en neurologie, en neuropsychologie, en neurochirurgie et en orthopédie. Le 7 mai 2021, l'assurée a indiqué avoir chargé Me Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg, de la défense de ses intérêts dans le cadre de la procédure de recours. Dans sa réponse du 19 mai 2021, l'office AI conclut au rejet du recours. Le 31 janvier 2022, l'assurée a déposé ses observations complémentaires, concluant au renvoi de la cause à l'office AI pour nouvelle instruction dans le sens des considérants (mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique). A l'appui de ses observations, elle produit la correspondance des doctoresses AE._____ et AN._____, chef de clinique de neurologie de AF._____ (du 7 octobre 2021) ainsi qu'un rapport d'évaluation neuropsychologique du Centre de psychiatrie et psychothérapie AO._____ (du 17 janvier 2022) et un rapport de consultation des docteurs AP._____, médecin-assistant, et AQ._____, chef de clinique au Service des urgences de P._____ (du 20 décembre 2021). Me Sansonnens a déposé sa liste de frais. Le 19 septembre 2022, l'assurée a informé le Tribunal cantonal qu'elle se soumettra à de nouveaux examens neuropsychologiques les 26 septembre et 3 octobre 2022 et qu'elle transmettra le rapport dans les meilleurs délais après le 17 octobre 2022. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments des parties, développés 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.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. 2.1. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé

que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). 2.2. Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont pas applicables, dans la mesure où la décision attaquée (du 9 mars 2021) a été rendue avant le 1er janvier 2022.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 3. 3.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). 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 (al. 2). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière. 3.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165). Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne

requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). 3.3. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt TF 9C_601/2018 du 2 novembre 2018 consid. 3.2). A ce propos, 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. 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). Le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale. La conviction de l'administration ou du juge n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement apportée qu'une modification déterminante est survenue; des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (arrêt TF 9C_676/2018 du 27 novembre

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 2018 consid. 3.3 et les références). La jurisprudence en matière de nouvelle demande considère que 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 cette procédure dans la mesure où l'assuré a eu l'occasion de présenter des pièces médicales pour rendre plausible une modification de la situation. Dans ce cas, le juge est en droit d'apprécier le caractère plausible des faits allégués par le requérant au regard des seules pièces déposées devant l'administration et n'a pas à prendre en compte les rapports médicaux déposés ultérieurement ni à ordonner une expertise complémentaire (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêt TF 8C_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 5.1). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (arrêts TF 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid.3.2; 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 71 consid. 3.2.3). 4. Le litige porte sur le point de savoir si le taux d'invalidité de la recourante s'est modifié entre le 12 janvier 2017, date du dernier examen matériel du droit à la rente, et le 9 mars 2021, date de la décision litigieuse

(ATF 133 V 108). Il s'agit singulièrement d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis le 12 janvier 2017. 4.1. Dans le cadre de la première demande de prestations, les médecins du Z._____ ont diagnostiqué – sans répercussion sur la capacité de travail – un hémisyndrome sensitivo-moteur gauche atypique sans substrat somatique objectivable (depuis le 17 octobre 2014), un syndrome douloureux somatoforme persistant (depuis fin 2012), un possible trouble dissociatif mixte (depuis 2014), des troubles urinaires sur vessie hyposensitive et hypocontractile d'origine indéterminée (depuis novembre 2012), des lombalgies chroniques communes avec discrets troubles dégénératifs, un status après thyroïdectomie partielle (depuis 2001), une hystérectomie sans annexectomie (en 2014) et un asthme bronchique (depuis l'âge de 3-4 ans). Ils ont conclu à l'absence d'une atteinte significative sur les plans psychiatrique ou somatique et, par conséquent, à une capacité de travail totale de la recourante dans son activité habituelle de caissière. En particulier, sur le plan neurologique, le Dr AC._____ a retenu qu'il n'y avait aucun élément en faveur d'une anomalie significative au niveau cérébral et rachidien (en dépit de l'hémisyndrome brachio-cubital sensitivo-moteur gauche du 17 octobre 2014); au contraire, l'examen clinique avait été dominé par une nette discordance entre les plaintes de l'assurée et sa capacité à utiliser spontanément (et tout à fait normalement) ses deux hémicorps. Aussi, rien ne venait corroborer

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 l'affirmation de la recourante selon laquelle un «nerf aurait été touché» lors de l'intervention chirurgicale du 23 novembre 2012. En ce qui concerne le trouble dissociatif, les experts ont noté l'existence possible d'un tel trouble depuis 2014. Ils ont indiqué qu'il était cependant difficile au terme d'un examen d'attester ou non la présence d'un trouble de nature dissociative; ils ne l'ont dès lors ni exclu ni affirmé avec certitude (expertise, p. 32). Sur la base de ces éléments médicaux, l'office AI a considéré le 12 janvier 2017 que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé ayant des répercussions déterminantes du point de vue de l'assurance-invalidité sur sa capacité de travail. Cette appréciation a été confirmée sur recours par le Tribunal cantonal, puis par le Tribunal fédéral. 4.2. Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, la Dre AE._____ a constaté les 3 février et 11 mai 2020 de très nombreux signes positifs en faveur d'un trouble neurologique fonctionnel sensitivo-moteur, avec un hémisyndrome sensitivo-moteur gauche (avis des 13 mars et 26 mai 2020). Elle a en particulier mis en évidence une clinique neurologique atypique avec des signes manifestes d'incohérence/d'incongruence (des lâchages, un abaissement sans pronation, un signe de Hoover, une diplopie monoculaire des deux côtés et un trouble sensitif sur la ligne médiane). Ainsi, la présence de lâchage signifie que la recourante peut développer une bonne force, mais celle-ci n'est pas soutenue et, contre résistance, la force lâche (sans qu'une douleur ou qu'une pathologie ostéo-articulaire n'en soit la cause; pour les détails, voir HUBSCHMID/BERNEY/ AYBEK/VINGERHOETS, Trouble dissociatif: une clinique à l'interface de la neurologie et de la psychiatrie, Revue médicale suisse, 2008/4, p. 413). Le 19 mars 2020, les médecins de la clinique de rééducation de AG._____ ont retenu que la recourante présentait des douleurs chroniques associées à des troubles dissociatifs avec notamment un hémisyndrome sensitivo-moteur à gauche et des accès d'aphasie et de mutisme fluctuants, sans substrat lésionnel trouvé malgré de multiples investigations. Les 23 avril 2020 et 28 mai 2020, le Dr AH._____ a confirmé le diagnostic de trouble neurologique fonctionnel sensitivo-moteur gauche et indiqué que l'assurée devait continuer – avec un déambulateur dans un premier temps – la marche pour maintenir ses capacités neurologiques. Dans son avis du 12 février 2019 le neurologue avait en outre déjà noté la

particularité que la recourante ne présentait pas un faciès algique au déshabillage du membre supérieur gauche, ni aux tests de la force et de la mobilité du bras et qu'elle remettait ses chaussures avec la même aisance des deux côtés. Dans son avis du 23 avril 2020, il a encore confirmé la présence de quelques éléments «un peu dissociatifs», notamment la possibilité pour la recourante de manipuler de manière précise un lacet, ce qui contrastait avec une mobilité très diminuée et ralentie lors du «testing» plus formel. Depuis lors, l'ensemble des médecins qui se sont prononcés, en particulier les docteurs R. _____ (avis du 3 juin 2020), AL. _____ (avis du 29 septembre 2020) et W. _____ (avis du 29 décembre 2020), ont repris – sans autre discussion – le diagnostic de trouble dissociatif moteur respectivement de trouble neurologique fonctionnel sensitivo-moteur. On rappellera à cet égard que ces deux diagnostics définissent la même réalité médicale, le terme «trouble fonctionnel» étant actuellement préféré à celui de «trouble dissociatif» car il est mieux accepté selon la doctrine médicale par les patients (Hubschmid/Berney/Aybek/Vingerhoets, p. 414 et la référence). Dans son avis du 29 septembre 2020, la Dresse AL. _____ a par ailleurs souligné que le tableau dissociatif était marqué.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 Enfin, la Dresse AE. _____ a constaté le 27 novembre 2020 que le trouble neurologique fonctionnel s'était chronicisé, avec également des troubles anxio-dépressifs sévères (tentamen médicamenteux le 27 septembre 2020). 4.3. La Cour constate que les différents médecins qui se sont prononcés s'accordent aujourd'hui de manière convaincante sur le diagnostic de trouble neurologique fonctionnel sous forme de troubles moteurs (marche) et sous forme d'épisode de crises non épileptiques; des malaises (crises) pouvant survenir brusquement en cas d'acutisation. Selon la classification internationale des maladies (CIM-11), la recourante présente donc des troubles symptomatiques neurologiques dissociatifs; ces troubles sont caractérisés par la présence de symptômes moteurs, sensoriels, ou cognitifs qui provoquent une discontinuité involontaire de l'intégration normale des fonctions motrices, sensorielles, ou cognitives et qui ne sont pas compatibles avec une maladie identifiée du système nerveux, un autre trouble mental ou comportemental, ou une autre affection médicale. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un autre trouble dissociatif et ne sont pas dus aux effets d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central, y compris les effets d'un sevrage, ou un trouble veille-sommeil. Il est en conséquence établi que l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis le 12 janvier 2017. 5. Dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, l'évaluation de l'invalidité obéit aux prescriptions générales applicables à l'évaluation du taux d'invalidité. Les circonstances déterminantes pour l'appréciation du cas doivent être à nouveau examinées et établies. 5.1. Les troubles symptomatiques neurologiques dissociatifs sont des troubles psychosomatiques comparables au trouble somatoforme douloureux (ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3; 137 V 64 consid. 4.2; 136 V 279 consid. 3.2.1, avec la référence à l'arrêt TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). 5.2. En présence de troubles psychosomatiques comparables au trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail exigible sur un plan objectif doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique

sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral précise, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

5.3. En l'espèce, la Cour considère que les éléments médicaux sur lesquels s'est fondé l'office intimé sont insuffisants pour statuer sur la nouvelle demande de prestations.

5.3.1. En premier lieu, les troubles symptomatiques neurologiques dissociatifs ne présentent pas en eux-mêmes de lien avec le degré de gravité de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1). Ainsi, si la situation de la recourante n'a pas évolué sur le plan neurologique (depuis 2014), le trouble dissociatif n'en a pas moins des répercussions objectives sur la capacité de la recourante à se mouvoir. A l'inverse de la situation qui a été examinée par les experts de Z. _____, la recourante ne se déplace plus «normalement, sans attitude antalgique, ni boiterie» (expertise, p. 24), mais en fauteuil roulant. Pour des motifs psychiques, l'autonomie de la recourante a donc sensiblement évolué depuis l'expertise du 28 septembre 2016. La Cour ne dispose par ailleurs d'aucun élément objectif en faveur d'une exagération ou d'une simulation. Au contraire, la Dresse AE. _____ a nié la réalisation des conditions d'une telle simulation (correspondance du 7 octobre 2021) tandis que le Dr R. _____ a affirmé que le trouble dissociatif était «non surmontable», avec pronostic négatif (avis du 25 août 2020). En l'absence d'un examen objectivité de l'exigibilité, il n'est en l'état pas possible d'affirmer que la recourante, qui se déplace en fauteuil roulant, peut assumer son activité habituelle ou ses tâches ménagères sur un plan psychique.

5.3.2. En deuxième lieu, les troubles symptomatiques neurologiques dissociatifs sont associés à des difficultés attentionnelles et exécutives (rapport d'évaluation neuropsychologique du 17 janvier 2022), à des céphalées (avec flou visuel de l'œil gauche), à une dysarthrie fluctuante, à un trouble anxiodépressif (avec idéation suicidaire et tentamen) et à des crises psychogènes récidivantes non épileptiques (multi-investiguées). A

cet égard, à l'inverse de ce que soutient le médecin du SMR dans son avis du 6 novembre 2020, ces différentes comorbidités sont apparues postérieurement à l'expertise du Z._____, majoritairement à partir de novembre 2019. Il n'appartient d'ailleurs pas à la Cour de procéder à des spéculations sur le caractère surmontable (ou non) de ces différentes comorbidités, consécutives à un trouble dissociatif, et de l'étendue éventuelle d'une exagération. En présence de troubles qui ne

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 sont pas simulés, il appartient à un spécialiste en psychiatrie d'examiner les ressources de la recourante qui peuvent le cas échéant compenser le poids des différentes douleurs chroniques et favoriser ainsi la capacité d'exécuter une tâche ou une action. En particulier, contrairement à l'avis du médecin du SMR (du 5 juin 2020), le simple fait que le docteur AH._____ a déclaré dans son avis du 23 avril 2020 que la recourante restait «avec le déficit fonctionnel connu» ne suffit pas à exclure une détérioration du degré de gravité fonctionnel d'un point de vue psychiatrique. D'une part, le neurologue s'exprimait par rapport à la situation existante au moment du début de sa prise en charge (année 2018) et non pas par rapport à la situation existante au moment de la décision du 12 janvier 2017. D'autre part, il s'exprimait sur un plan uniquement neurologique. 5.4. En présence d'une atteinte à la santé avérée sur le plan psychique, qui entraîne une situation objectivement dégradée depuis l'expertise pluridisciplinaire du Z._____, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'autorité intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise psychiatrique et neurologique (art. 43 al. 2 et 44 LPGa), un renvoi apparaissant en l'espèce comme la solution la plus opportune (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Il incombe en effet à un médecin – et non pas à la Cour – d'examiner les conséquences des troubles symptomatiques neurologiques dissociatifs sur un plan psychique. En ce qui concerne l'expertise neuropsychologique demandée par la recourante, elle n'apparaît en l'état pas nécessaire, au vu du rapport d'évaluation neuropsychologique du 17 janvier 2022 déjà versé au dossier. Il appartiendra néanmoins aux experts désignés par l'autorité intimée, le cas échéant en lien avec le médecin du SMR, de se prononcer sur l'opportunité de faire précéder l'expertise psychiatrique d'une nouvelle évaluation neuropsychologique. L'office intimé pourra en outre requérir de la recourante la production des examens complémentaires annoncés dans sa détermination du 19 septembre 2022. 6. Bien fondé, le recours est admis et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 6.1. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'office AI, qui succombe. L'avance de frais, du même montant, sera restituée à la recourante après l'entrée en force du présent arrêt. 6.2. La recourante ayant gain de cause, elle a droit à une indemnité pour ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa; ATF 135 V 473). Conformément à l'art. 8 al. 1 du tarif fribourgeois du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12), la fixation des honoraires dus à titre de dépens a lieu sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.-. Au vu de la liste de frais produite par le mandataire de la recourante, l'indemnité de partie allouée est fixée à CHF 5'516.31 (honoraires et débours: CHF 5'121.79; TVA: CHF 394.52). Elle est mise à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision du 9 mars 2021 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. L'avance

de frais, du même montant, sera restituée à la recourante après l'entrée en force du présent arrêt. III. L'indemnité de partie allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 5'516.31 (honoraires et débours ; CHF 5'121.79 ; TVA : 394.52). Elle est intégralement mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. 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 14 décembre 2022/obl Le Président : La Greffière-stagiaire :

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