

FR_GERICHTE 608 2023 118 vom 21. Dezember 2023

FR Kantonsgericht, 2023-12-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2023_118

FR: FR_GERICHTE 608 2023 118 du 21 décembre 2023

IT: FR_GERICHTE 608 2023 118 del 21 dicembre 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 20

septembre 2018, il a diagnostiqué un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgique, un syndrome cervico-dorso-lombaire sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, ainsi qu'un status post appendicectomie en 1990. Il a conclu à une capacité de travail de 60%, augmentée de 20% par mois pour un plein temps d'ici deux mois, dans l'activité habituelle de l'assurée, ainsi qu'à une capacité totale de travail dans une activité adaptée. Par décision du 11 juin 2019, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à des prestations d'invalidité, motif pris de l'absence d'une incapacité de travail d'au moins une année. Saisie d'un recours contre cette décision, la Cour de céans l'a admis et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision (arrêt TC FR 608 2019 192 du 4 septembre 2019). Relevant que, selon la jurisprudence, le concours d'un médecin spécialisé en psychiatrie était nécessaire pour poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie, elle a considéré que l'OAI ne pouvait en l'espèce pas faire l'économie d'une appréciation par un médecin spécialiste en psychiatrie, quand bien même le Dr D._____ avait dénié un effet incapacitant au syndrome fibromyalgique. B. Suite à ce renvoi, l'OAI a ordonné une expertise bidisciplinaire en psychiatrie et en rhumatologie, qu'elle a confié à E._____. Dans leur rapport du 19 février 2020, le Dr F._____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont diagnostiqué une spondylarthrite mixte non stabilisée, une appendicectomie, un syndrome du tunnel carpien bilatéral depuis 2016, ainsi qu'un syndrome lombo-radiculaire L5 gauche chronique sur discarthrose et avec hernie médiane L4-L5 et L5-S1. Une atteinte à la santé psychique n'a pas été retenue. Par ailleurs, seule la spondylarthrite avait une incidence sur la capacité de travail de l'assurée, qu'ils ont jugé nulle dans toute activité depuis septembre 2017 et encore pour une durée de six mois au minimum, délai nécessaire pour obtenir un effet positif du traitement thérapeutique en cours. Après avoir demandé l'avis du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) sur les conclusions de l'expertise, l'OAI a considéré que celles-ci n'étaient pas probantes sur le plan somatique. Partant, il a ordonné une nouvelle expertise rhumatologique et l'a confiée au Dr D._____. Par décision incidente du 19 mai 2020, l'OAI a maintenu le mandat après que l'assurée s'y soit opposée. Cette décision n'a pas été attaquée. Dans son rapport d'expertise du 16 septembre 2020, le Dr D._____ a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome cervico-dorso-lombaire sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, mentionnant également dans ce contexte une minime discopathie D10-D11, un

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 status post stabilisation L4-L5 et micro-dépression L4-S1 avec discectomie L5-S1 G pour protrusion discale (opération pratiquée le 7 juillet 2020), ainsi qu'une possible spondyloarthropathie avec atteinte axiale et périphérique actuellement sans signe d'activité. Il a conclu que, dès janvier 2021, soit six mois après l'intervention chirurgicale, l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, avec une diminution de rendement de 20%, respectivement une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur proposition du SMR, l'OAI a requis des informations complémentaires auprès de l'expert sur l'évolution chronologique de la capacité de travail de l'assurée. Le 21 janvier 2021, le Dr D._____ a précisé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 60% depuis septembre 2018, de 100% depuis décembre 2018, puis de 50% à compter de six mois après l'intervention chirurgicale de juillet 2020, étant rappelé que cette opération avait entraîné une impotence fonctionnelle de plusieurs mois, et de 90% dès janvier 2021. Le 11 novembre 2021, l'OAI a confirmé le refus d'allouer des prestations d'assurance à l'assurée. Il a retenu qu'il n'existait aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique et que, du point de vue somatique, la capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 10% dans l'activité habituelle entraînait un degré d'invalidité inférieur à 40% compte tenu d'un revenu de valide de CHF 54'757.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 50'391.20. Statuant le 9 septembre 2022 (arrêt TC FR 608 2021 212), la Cours de céans a partiellement admis le recours du 1er décembre 2021 de l'assurée et lui a octroyé une rente entière limitée dans le temps du 1er juillet 2020 au 31 mars 2021 en raison d'une période d'incapacité totale de travail du 7 juillet 2020 au 31 décembre 2020 consécutive à une opération ayant eu lieu le 7 juillet 2020. Elle a confirmé pour le surplus la décision du 11 novembre 2021 de l'OAI. Cet arrêt n'a pas été contesté. C. Le 2 février 2023, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en renvoyant à des rapports médicaux qu'elle n'a pas produits avec cette demande. Invitée le 30 mai 2023 par l'OAI à les lui faire parvenir, elle a produit le 6 juillet 2023 un rapport du 23 juin 2023 du Prof. Dr H._____, spécialiste en anesthésiologie auprès de I._____, ainsi qu'un rapport du 2 février 2022 du Prof. Dr J._____, spécialiste en neurochirurgie. Par décision du 24 juillet 2023, l'OAI, estimant que les rapports apportent une appréciation différente d'un état de fait demeuré pour l'essentiel inchangé, s'est refusé à entrer en matière sur cette nouvelle demande. D. Le 23 août 2023, l'assurée, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours auprès du Tribunal cantonal contre la décision du 24 juillet 2023. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à ce qu'il soit entré en matière sur sa demande de prestations du 2 février 2023. Elle soutient que, contrairement à ce qui avait été constaté lors de l'expertise rhumatologique du 16 septembre 2020, son état de santé, qui s'était amélioré après l'opération du 7 juillet 2020, s'est ensuite rapidement dégradé, les douleurs tant au niveau lombaire que du bassin étant à nouveau présentes depuis avril 2021, au point de rendre deux nouvelles opérations nécessaires. Les rapports médicaux produits prouvent ainsi avec un haut degré de vraisemblance la péjoration de son état de santé. La recourante s'est acquittée le 31 août 2023 d'une avance de frais de CHF 400.-. Dans ses observations du 12 septembre 2023, l'OAI conclut au rejet du recours, les plaintes de l'assurée et les constats objectifs étant restés identiques à la situation se présentant au moment de l'expertise rhumatologique de septembre 2020. Il ajoute que le fait que le Tribunal cantonal, dans

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 son arrêt du 9 septembre 2022, indiquait que le rapport du Prof. Dr J._____ pourrait faire l'objet d'une nouvelle demande n'y change rien et ne permet pas, au vu de l'ensemble des documents médicaux produits avec la nouvelle

demande du 2 février 2023, de retenir une aggravation effective de l'état de santé. Le 14 septembre 2023, la recourante produit trois nouveaux rapports médicaux. Le 4 octobre 2023, l'OAI maintient ses conclusions. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, invoquées par elles à l'appui de leurs conclusions respectives, 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 une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré 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. L'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale (arrêts TF 9C_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de

refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.; RS 101]; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (arrêt TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et les références citées). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3). 3. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la recourante a établi de manière plausible une éventuelle modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. L'aspect psychiatrique dont il avait été tenu compte dans la décision du 11 novembre 2021 n'ayant pas été contesté dans le cadre du recours du 1er décembre 2021 et aucun trouble psychiatrique n'étant allégué dans la nouvelle demande, seule l'évolution de l'état de santé du point de vue somatique sera examinée. 3.1. La dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente est la décision de refus du 11 novembre 2021, réformée partiellement le 9 septembre 2022 par la Cour de céans, laquelle a octroyé une rente entière à l'assurée uniquement pour la période du 1er juillet 2020 au 31 mars 2021.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 A cette occasion, la Cour de céans s'était basée sur l'expertise du 16 septembre 2020 du Dr D. _____, qu'il a complétée le 21 janvier 2021 (dossier OAI p. 297 et p. 328). L'expert a considéré que la situation médicale ne permettait pas de poser le diagnostic de spondylarthrite, relevant dans ce contexte un laboratoire sans signe d'un quelconque syndrome inflammatoire, un HLA-B27 négatif, l'absence d'effets après trois mois de traitement biologique et le fait que les imageries démontraient uniquement des troubles dégénératifs sous-jacents. A son avis, il n'existait aucun argument en faveur d'une atteinte inflammatoire active. Il a néanmoins reconnu l'existence de troubles fonctionnels avec répercussion sur la capacité de travail sous la forme d'un syndrome cervico-dorso-lombaire sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec une minime discopathie D10-D11, et un status post-stabilisation L4-L5 par Dynesis et micro-décompression L4- S1 avec discectomie L5-S1 gauche pour protrusion discale L4-L5-S1. Etaient par contre sans influence des douleurs poly- et périarticulaires sans signe de synovite et de ténosynovite sur probable polyinsertionite (syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique), ainsi qu'un status post appendicectomie en 1990. Il a précisé que la maladie semblait s'être stabilisée, dans le sens où on assistait à une chronicisation avec extension en taches d'huile de la symptomatologie douloureuse, mais qu'il n'y avait pas de signes en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire tant à l'anamnèse qu'au status. Après l'intervention chirurgicale de juillet 2020 ayant entraîné une

impotence fonctionnelle de trois à six mois, il a considéré que la recourante avait recouvré, à partir du 1er janvier 2021, une capacité de travail de 50% avec une diminution de rendement de 20% dans son activité habituelle, ainsi qu'une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée. Il a en outre retenu des limitations fonctionnelles concernant la position debout ou assise prolongée, le port de charges répétitif en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de cinq kilos et les déplacements sur terrain accidenté. S'agissant enfin des plaintes de l'assurée, il a tout d'abord relevé que les lombopydialgies étaient localisées en région lombaire basse et étaient d'allure mécanique, fluctuantes, lancinantes et chroniques; elles irradiaient des deux côtés dans la fesse en face latérale de la cuisse, jusqu'aux genoux, chevilles et pieds, et étaient associées à une sensation de froid. Parfois insomniantes, elles étaient soulagées lors de l'alternance de positions assise et debout, partiellement par la prise d'AINS, d'antalgie mineure et majeure, à l'exposition au chaud et avec le port d'une ceinture lombaire, mais en revanche pas du tout par la physiothérapie. Elles étaient aggravées lors des mouvements de rotation du tronc, lors des mouvements en porte-à-faux et d'antéversion, lors des positions debout après 10 à 15 minutes, en se relevant d'un canapé, lors de positions assises de plus de 15 minutes, par la marche prolongée de plus de 20 minutes, les déplacements en véhicule de plus d'une heure en tant que passagère et de plus de 15 minutes en tant que conductrice et enfin lors de ports de charges de plus de 2 à 5 kg. Quant aux douleurs du pied et des chevilles, présentes des deux côtés, elles étaient également d'allure mécanique et lancinantes; localisées en région la face latérale et derrière le talon, elles étaient associées à un endormissement de la face externe du pied droit après deux heures en position debout et surtout en fin de journée. Elles étaient soulagées par la prise d'antalgie mineure et majeure, à l'exposition au froid et par des bains de mer. Elles étaient par contre aggravées en position debout après 30 minutes, par la marche prolongée surtout en terrain accidenté de plus de 15 minutes et lors de ports de charge de plus de 5 kg. 3.2. Divers rapports médicaux figurent au dossier après la décision du 11 novembre 2021. Dans son rapport du 2 février 2022 (dossier OAI p. 504), le Prof. Dr J. _____ diagnostique une stabilisation dynamique L4-S1 (Dynesys), une microdécompression L4-S1 et une discectomie L5/S1

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 gauche en juillet 2020; un syndrome douloureux généralisé sur soupçon de polyarthrite séronégative, réponse clinique au traitement par Humira (traitement par anticorps; jusqu'à présent 4 injections à 14 jours d'intervalle), parfois également suppression de la douleur avec 30 mg de prednisone; un facteur rhumatismal HLA B27 négatif; ainsi qu'un début des troubles en 2017 avec ostéochondrose inflammatoire en D10/11 sur hernie discale et modifications selon Modic I-II en cours d'évolution d'une petite hernie discale médiale L4/5 avec syndrome douloureux local, par ailleurs syndrome douloureux cervical sur sténoses dégénératives C6/C7 gauche, atteinte de multiples articulations et gaines tendineuses. Il relève que le problème actuel est une irritation bilatérale de l'articulation sacro-iliaque à droite, avec les diagnostics différentiels d'arthrose de l'articulation sacro-iliaque et de douleur dérivée de la discopathie dégénérative L5/S1 (hernie médiane selon IRM du 26 mai 2020). Ce syndrome, qui s'est chronicisé et qui limite considérablement la qualité de vie, est soit sui generis responsable du syndrome douloureux (arthrose de l'articulation sacro-iliaque) soit un symptôme d'un disque intervertébral L5/S1 dégénéré et instable, cette deuxième possibilité étant favorisée. S'agissant des douleurs, il atteste d'une amélioration postopératoire dans un premier temps favorable, puis de l'apparition de douleurs lombaires. La recourante est peu gênée en position couchée, mais en positions assise et debout ainsi qu'en marchant, les douleurs

lombaires profondes augmentent et ne sont pas localisées au centre, mais latéralement à droite. A l'examen clinique, les deux articulations sacro-iliaques sont irritées, avec une nette accentuation à droite. Le 23 mars 2022, en réponse aux questions du mandataire de la recourante (dossier OAI p. 418), le Prof. Dr J. _____ précise qu'une amélioration était présente en octobre, puis que les douleurs ont recommencé depuis avril 2021 surtout au niveau du bassin, avec des fourmillements dans les jambes. Les troubles lombaires se sont quant à eux aggravés en novembre 2021. Ensuite, le Prof. Dr H. _____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, reprend dans son rapport du 23 juin 2023 l'historique des troubles et de leurs conséquences dont a souffert et dont souffre encore la recourante (dossier OAI p. 501). Il relève ainsi tout d'abord la présence d'une polyarthrite séronégative prise en charge par la Dre K. _____. Ensuite, l'assurée a souffert d'une hernie discale intervertébrale en D10-D11 qui l'a complètement bloquée et rendue incapable de marcher. Vers la fin de la très longue période de récupération qui s'en est suivie, elle a à nouveau été bloquée, cette fois-ci dans la région lombaire basse; à cette occasion, une IRM a mis en évidence une hernie discale en L5-S1 prédominante à gauche ayant entraîné des paresthésies dans les deux pieds ainsi qu'une perte de sensibilité et une sensation de froid dans le territoire douloureux du segment S1. La situation ne s'étant pas améliorée, elle a subi en juillet 2020 une discectomie L5-S1 gauche, une micro décompression L4 à S1 et l'implantation d'un système DYNESIS de L4 à S1; après cette intervention, les irradiations vers les membres inférieurs ont fortement diminué et les lombalgies ont diminué d'environ 40%, mais les douleurs autour du bassin n'ont pas changé. L'assurée a de ce fait subi une nouvelle opération en juillet 2022, à savoir une arthrodeuse (ALIF) en L5-S1, mais les lombalgies sont restées inchangées et une nouvelle douleur localisée autour des deux genoux est apparue. Fin décembre 2022, elle a subi une dénervation des articulations sacro-iliaques des deux côtés, effectuée par le Dr L. _____, spécialiste en radiologie, en neuroradiologie diagnostique et en neuroradiologie invasive auprès de M. _____, qui n'a pas entraîné d'amélioration significative des douleurs. De plus, de nouvelles douleurs sont apparues autour du bassin. A l'examen clinique, le Prof. Dr H. _____ observe un status neurologique avec une diminution de la sensibilité aux quatre qualités testées au niveau du talon et du mollet à gauche. Des deux côtés, le lasège est positif à 50° et les réflexes sont présents et identiques. D'importantes douleurs sont déclenchées à la palpation des têtes de vis L4, L5 et S1, surtout du côté droit, mais

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 les hanches et les articulations sont examinées sans provoquer de douleur. Dans un 1er temps, le médecin a effectué un test de Lidocaine par voie intraveineuse (soit un test hautement spécifique pour des douleurs neuropathiques; en position assise pour éviter une réponse faussement positive en position couchée), et a observé une quasi complète disparition des douleurs irradiant dans le membre inférieur ainsi qu'une réduction de moitié des lombalgies, ce qui indique que ses douleurs sont neuropathiques. Il a ensuite anesthésié les têtes des vis en L4, L5 et S1 à droite, avec un résultat fortement positif et une réduction des lombalgies de ce côté d'environ 80%, tandis que les douleurs du côté gauche n'ont pas changé. Il constate dès lors qu'il y a une forte suspicion qu'une partie des lombalgies présentées par la patiente est en relation avec l'instrumentation et que les douleurs qui irradient dans le membre inférieur ont une cause neuropathique. Depuis peu, la patiente décrit une nouvelle douleur qui irradie comme avant la mise en place de la cage vers la fesse droite, ainsi qu'une perte de sensibilité au niveau du mollet gauche qui a suivi la dénervation. Les douleurs actuellement les plus pénibles sont situées dans la région lombaire en barre et associées avec des sensations brûlantes dans les

deux fesses. La quasi-totalité de ces douleurs disparaissent en position couchée mais sont présentes dans toutes les autres positions. Quand elle se lève, les douleurs surviennent en fonction de son activité physique. Elle supporte mal de porter des charges lourdes ou de monter des escaliers. Les douleurs présentes en position couchée sont surtout localisées au niveau des pieds et des chevilles avec une sensation de froid. Ces douleurs sont décrites comme si la région douloureuse était dans un étai, mais elles ne sont pas présentes dans d'autres positions que la position couchée. Enfin, le Prof. Dr H. _____ indique que le radiologue, dont le rapport ne figure pas au dossier, décrit une intégration partielle des cages L5-S1 environ cinq mois après leur mise en place, ce qui lui paraît très tôt pour juger de la consolidation du segment. Le 24 juillet 2023 (dossier OAI p. 516), la Dre N. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin du SMR, estime qu'en comparant les plaintes subjectives de l'assurée lors de l'expertise du Dr D. _____ avec celles relevées par le Prof. Dr H. _____, la deuxième opération qui a eu lieu en juillet 2022 avec un changement d'une stabilisation dynamique L4-S1 par un appareillage arthrodeuse avec cage L5/S1 par le Prof. Dr J. _____ n'a rien changé aux douleurs diffuses connues de l'assurée depuis septembre 2020, pas plus que la dénervation apparente de l'articulation sacro-iliaque des deux côtés par le Dr L. _____ en décembre 2022 (en l'absence de tout rapport de ce médecin). Le Prof. Dr H. _____ n'ayant pas constaté de nouvelles restrictions objectives par rapport à l'expertise et les plaintes diffuses étant restées les mêmes, elle est donc d'avis que le profil d'exigibilité du Dr D. _____ dans une activité adaptée reste valable. Même l'utilisation d'un neurostimulateur, maintenant envisagé, n'entraînera aucune amélioration de la qualité de vie de la recourante. 3.3. Il ressort de ce qui précède que, comme l'a déjà relevé la Cour de céans dans son arrêt du 9 septembre 2022, l'aggravation alléguée par le Prof. Dr J. _____ dans ses rapports du 2 février 2022 et du 23 mars 2022, postérieurs à l'opération de juillet 2020 dont a également tenu compte le Dr D. _____, repose sur les douleurs et plaintes de la recourante. Or, celles-ci semblent avoir favorablement évolué dès lors que les cervicalgies, les omalgies, les scapulalgies et les douleurs aux poignets et aux doigts ne sont plus mentionnées par le Prof. Dr J. _____. De plus, son rapport de février 2022 ne se prononce pas sur la capacité de travail et celui de mars 2022 indique seulement que l'assurée n'a jamais vraiment pu reprendre le travail à plein temps. Tous deux ayant en outre été établis avant les opérations de juillet et de décembre 2022, ils n'ont donc qu'une faible force probante.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Le Prof. Dr H. _____ ne se prononce pas non plus sur la capacité de travail. Il discute par contre des opérations ayant eu lieu en 2022 et de leurs conséquences. Il ressort tout d'abord de son rapport que les plaintes de la recourante semblent dans leur ensemble s'être améliorées, avec la disparition de la sensation de froid, le fait que les douleurs ne sont plus insomniantes et que les mouvements les aggravant sont moins nombreux. Le médecin ne fait pas non plus mention des cervicobrachialgies, des omalgies et scapulalgies à gauche et des douleurs aux poignets et aux doigts des deux mains précédemment citées par le Dr D. _____. Cependant, s'agissant des gonalgies qui étaient présentes à droite, elles semblent être réapparues autour des deux genoux, la recourante se plaignant d'une "nouvelle douleur", sans plus de précision. Des nouvelles douleurs sont également apparues au niveau du bassin, telles que, en position assise ou debout, une irradiation vers la fesse droite et des douleurs en barre associées à des sensations brûlantes dans les deux fesses, et, en position couchée, une sensation d'étai. Ensuite, le Prof. Dr H. _____ a procédé à un examen clinique, lors duquel il a observé une diminution de la sensibilité au niveau du talon et du mollet à gauche, qui n'était pas présente auparavant,

ainsi que d'importantes douleurs à la palpation des têtes de vis L4, L5 et S1 surtout à droite. Il a également réalisé deux tests qui l'ont amené à fortement soupçonner qu'une partie des lombalgies est en relation avec l'instrumentation et que les douleurs qui irradient le membre inférieur ont une cause neuropathique. Enfin, il estime que le SPECT-CT réalisé environ cinq mois après la mise en place de la cage l'a été trop tôt pour pouvoir juger de la consolidation du segment, de sorte que celle-ci devrait être contrôlée au plus tôt d'ici six mois. Force est dès lors de constater que les nouvelles douleurs aux genoux et au bassin n'ont pas été investiguées. Par ailleurs, le fait que le Prof. Dr H. _____ est d'avis, après un examen objectif, que les douleurs sont très vraisemblablement d'origine neuropathique nécessite l'avis d'un neurologue, aucun des médecins jusqu'alors consultés n'étant spécialiste en neurologie. L'avis de la Dre N. _____, qui estime que la pose d'un neurosimulateur serait inutile, n'est enfin, pour cette même raison, pas déterminante. Trois rapports ont par ailleurs été produits après la décision du 24 juillet 2023, soit un rapport du 27 août 2023 de la Dre K. _____ et deux rapports du 7 août 2023 et du 1er septembre 2023 du Prof. Dr J. _____. Postérieurs à la décision attaquée, ils n'ont en soit pas à être pris en compte. Quoiqu'il en soit, force est de constater que, de toute manière, la Dre K. _____ renvoie expressément au rapport du 7 août 2023 du Prof. Dr J. _____ et que ce dernier se réfère quant à lui aux constatations du Prof. Dr H. _____ et constate également des douleurs à la pression dans la zone des têtes de vis. Ainsi, une modification essentielle des conditions de faits susceptible d'influer sur le taux d'invalidité de l'assurée a été rendue plausible. La prise de position du 24 juillet 2023 du médecin du SMR et la décision attaquée ne convainquent donc pas.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 4. 4.1. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande. 4.2. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais du même montant versée le 31 août 2023 par la recourante lui est restituée. 4.3. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 137 al. 1 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]). Son mandataire a produit sa liste de frais le 23 novembre 2023. Celle-ci correspond aux exigences du tarif applicable (art. 8ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative; Tarif/JA; RSF 150.12), à l'exception des frais d'impression du dossier, qui peuvent être réduits au vu de leur nombre (art. 9 al. 2 Tarif/JA) et du fait que le dossier lui a été transmis sous forme de CD-Rom. Partant, il se justifie de réduire les débours à CHF 115.- et de fixer l'équitable indemnité à laquelle elle a droit à CHF 2'654.80, à raison de 9h24 à CHF 250.-, soit à un montant de CHF 2'350.-, plus CHF 115.- au titre de débours, plus CHF 189.80 au titre de la TVA à 7.7%. Cette indemnité est mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision du 24 juillet 2023 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle entre en matière sur la nouvelle demande et rende une nouvelle décision. II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. III. L'avance de frais de CHF 400.- versée le 31 août 2023 par A. _____ lui est restituée. IV. L'équitable indemnité allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'465.-, débours compris, plus CHF 189.80 au titre de la TVA à 7.7%, soit à CHF 2'654.80, et mise intégralement à la charge de l'OAI. V. Notification. Un

recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 21 décembre 2023/cso La Présidente La Greffière-rapporteure

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