

# FR\_GERICHTE 605 2018 204 vom 8. Juni 2020

FR Kantonsgericht, 2020-06-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2018\\_204](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_204)

FR: FR\_GERICHTE 605 2018 204 du 8 juin 2020

IT: FR\_GERICHTE 605 2018 204 del 8 giugno 2020

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 24

janvier 2014, date à partir de laquelle l'assureur perte de gain maladie de son employeur a presté (au terme d'un délai de carence contractuel). C. Par décision du 30 avril 2014 (confirmant son projet de décision du 29 novembre 2011), l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) a nié à l'assurée le droit à une rente. Sur la base des résultats d'une expertise bidisciplinaire – rhumatologique et psychiatrique – réalisée en 2011, il a considéré que cette dernière était en mesure d'exercer une activité adaptée, par exemple comme employée dans le domaine de l'accueil ou la vente d'objets légers, à plein temps et sans diminution de rendement. De la comparaison des revenus de valide et d'invalidé, il en résultait, moyennant une réduction de 15% accordée à titre de désavantage salarial, un taux d'invalidité de 10% insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal le 4 juin 2014. D. Par arrêt (605 2014 121) du 22 août 2016, la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté son recours. La Cour a considéré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires sur le plan médical ayant trait à la période courant jusqu'à la date de la décision du 30 avril 2014 précitée. En revanche, constatant que, après l'expertise bidisciplinaire de 2011, l'état de santé de l'assurée s'était progressivement péjoré, en particulier au niveau du genou gauche, des cervicales et en raison d'un état anxio-dépressif, au point qu'elle avait été mise au bénéfice d'une incapacité de travail médicalement attestée depuis le 24 janvier 2014, la Cour a invité l'OAI à instruire cette aggravation susceptible de lui ouvrir le droit à une rente à partir du 1er mai 2014 (soit après trois mois sans interruption notable). En effet, le 27 août 2014 et le 11 février 2015, l'assurée avait subi deux interventions chirurgicales à son genou gauche (arthroscopie, ménisectomie partielle et mise en place d'une prothèse unicomportementale).

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 E. Parallèlement, n'ayant pas été en mesure de lui proposer un nouvel aménagement de son poste de travail, D. \_\_\_\_\_ l'a licenciée pour le 31 octobre 2014, après qu'elle a eu épuisé son droit aux indemnités perte de gain maladie. F. Le 27 janvier 2016, l'assurée s'est soumise à une nouvelle cure du tunnel carpien de son poignet droit. G. Le 27 janvier 2017 et le 14 décembre 2017, en raison du rhizarthrose et d'une lésion partielle du ligament triangulaire du carpe, l'assurée a subi une trapézectomie et une cure du pouce de sa main droite (dominante). H. Depuis la fin de l'hiver 2018, l'assurée bénéficie d'une prise en charge sur le plan psychiatrique auprès de la Dresse E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue déléguée F. \_\_\_\_\_. I. Par décision du 4 juillet 2018 (confirmant son projet de décision du 18

janvier 2018), l'OAI a derechef refusé d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité. Après avoir recueilli l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR), il a retenu que, depuis sa précédente décision du 30 avril 2014, entrée en force, l'assurée avait présenté des incapacités de travail totales mais intermittentes du 28 août 2014 au 14 septembre 2014, du 10 février 2015 au 7 septembre 2015, du 27 janvier 2016 au 25 février 2016 et du 27 janvier 2017 au 30 avril 2017 suite à de nouvelles affections. Il a considéré que le seul fait nouveau objectivé était un syndrome douloureux régional complexe du poignet droit dont la date de début n'était pas précisée mais dont la prise en charge en ergothérapie était attestée depuis le 15 mars 2018. Il a relevé à cet effet que ce type d'atteinte avait un taux de guérison très élevé le temps d'une année et ne devrait vraisemblablement motiver d'incapacité de travail ni permanente ni durable. L'OAI a conclu qu'une activité adaptée, épargnant la main droite, restait exigible à plein temps de la part de l'assurée sur le plan médico- asséculogique, et qu'elle continuait d'être en mesure d'exercer une activité adaptée, par exemple comme employée dans le domaine de l'accueil, la vente d'objets légers ou encore dans la production industrielle légère, à plein temps et sans diminution de rendement. De la comparaison des revenus de valide et d'invalidé, il en résultait un taux d'invalidité désormais nul. J. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 7 septembre 2018. Elle conclut, sous suite de dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour expertise médicale par un spécialiste de la main et nouvelle décision. Elle allègue se trouver dans l'incapacité d'utiliser sa main droite. Elle rappelle avoir été opérée à deux reprises en 2017, de sorte que sa capacité de travail a été inévitablement et fortement limitée tout au long de l'année 2017. Elle soutient que, compte tenu des limitations fonctionnelles décrites par son médecin traitant, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, il existe un doute insurmontable sur sa capacité résiduelle de travail et sur l'exigibilité retenue par l'OAI qui s'est rallié à l'avis du SMR. Le 24 septembre 2018, elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-. K. Dans ses observations du 15 octobre 2018, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Le 29 octobre 2018, le mandataire de la recourante produit sa liste de frais et honoraires. L. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants de droit du présent arrêt pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leurs moyens de preuve. en droit 1. Interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclus (art. 38 al. 4 let. b de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA; RS 830.1], applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]), et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière par une assurée dûment représentée et directement touchée par la décision attaquée, et l'avance de frais ayant été versée en temps utile, le recours est recevable. 2. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain (art. 7 al. 1 LPGA) totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). 3. 3.1. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail

d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins. L'art. 29ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) précise qu'il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. 3.2. Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 4. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Aux termes de l'art. 88a al. 2, 1ère phr. RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Dans le cadre d'une révision comme d'une nouvelle demande, c'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 conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2.). 5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (arrêt TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). 5.1. La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements (arrêt TF 8C\_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1 et les références citées). 5.2. En vertu de l'art. 49 al. 1 RAI, les services médicaux régionaux (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. L'al. 2 de cette même disposition précise que 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. Ainsi, bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des

expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles, ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêt TF C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et les références citées). 5.3. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin interne de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient (arrêt 8C\_517/2017 précité consid. 6.1). Le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour celui-ci ne libère pas pour autant le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure. Le juge doit alors examiner si ceux-ci mettent en doute, même de façon minimale, la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance (arrêt TF 9C\_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2 et les références citées). 5.4. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis. Il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (ibidem). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minimal, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt 8C\_517/2017 précité consid. 6.1). Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, un renvoi à l'autorité intimée demeure possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'alors non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (arrêt TF 8C\_956/2011 du 20 juin 2012 consid. 5.3 et la référence citée). 6. En l'espèce, le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si, et dans quelle mesure, son taux d'invalidité a subi une modification notable suite à de nouvelles atteintes survenues depuis la précédente décision de refus de rente du 30 avril 2014. 6.1. Dans son arrêt (605 2014 121) du 22 août 2016 confirmant la décision du 30 avril 2014 précitée, la Cour de céans avait retenu, sur la base du rapport d'expertise bidisciplinaire de 2011 qu'elle avait jugé probant, ce qui suit: 6.1.1. Sur le plan rhumatologique, en raison d'un syndrome cervico-brachial sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, d'un syndrome lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, et de la présence de douleurs poly et péri-insertionnelles imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, à insérer dans un contexte d'un syndrome de fatigue chronique et d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, la capacité de travail de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 l'assurée était estimée à 70% dans son activité de gestionnaire de livres et à 100% dans une activité entièrement adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. rapport d'expertise du 17 octobre 2011 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecin interne générale et rhumatologie, in dossier AI, pièce 113). 6.1.2. Sur le plan psychique, l'assurée souffrait d'une dysthymie qui n'engendrait aucune incapacité de travail et qui n'était dès lors pas invalidante. L'expert-psychiatre avait recueilli ses plaintes qui consistaient en des douleurs au dos, à la main droite ainsi qu'à la jambe gauche, avec un moral fluctuant. Il expliquait que "l'existence d'une symptomatologie algique pourrait faire évoquer un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant mais manquant alors l'intensité de douleurs et la détresse; de plus, l'absence de comorbidité psychiatrique (dans la mesure où l'intensité d'une dysthymie ne peut participer d'une comorbidité) et de repli social ne permettent pas d'envisager d'aspect incapacitant de cet hypothétique trouble somatoforme" (cf. rapport d'expertise du 26 octobre 2011 du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, in dossier AI, pièce 112). On notera au passage que, dans un rapport ultérieur du 29 août 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, avait lui aussi remarqué que, "à l'examen clinique, on a un certain nombre de signes qui suggèrent la présence d'une composante au moins de somatisation. (...). La répercussion fonctionnelle de ses douleurs semble être extrêmement importante et ce aussi bien dans son activité professionnelle qu'à la maison" (cf. dossier AI, pièce 192). 6.1.3. Enfin, toujours dans son arrêt précité, la Cour de céans avait relevé que, depuis l'expertise bidisciplinaire de 2011, l'état de santé de l'assurée s'était progressivement péjoré, en particulier au niveau du genou gauche, des cervicales et en raison d'un état anxio-dépressif. La Cour avait par ailleurs constaté que, à cause de cette aggravation, cette dernière avait été mise au bénéfice d'une incapacité de travail totale médicalement attestée à partir du 24 janvier 2014. 6.2. Depuis la première décision de refus de rente du 30 avril 2014, la situation médicale de l'assurée – telle qu'elle a été retenue dans l'arrêt cantonal de 2016 sur la base de l'expertise bidisciplinaire de 2011 – a évolué de la manière suivante: Dans son rapport du 9 mai 2014, son médecin traitant, la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, expose que "[l'assurée] est totalement incapable de travailler depuis le 24.01.2014. (...). L'incapacité de travail est motivée par une aggravation des problèmes cervicaux ainsi que par un état anxio-dépressif réactionnel sévère. (...). Je lui ai prescrit un traitement médicamenteux: anti-inflammatoires, dérivés morphiniques et antidépresseurs. Elle a bénéficié en outre de traitements de chiropraxie" (cf. dossier AI, pièce 142). Puis, l'assurée s'est fait opérer une première fois du genou gauche le 27 août 2014. A cet effet, dans son rapport opératoire du même jour, son médecin traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, fait état d'une lésion de la corne postérieure du ménisque interne et externe du genou gauche et lésion chondrale rotulienne. Il a pratiqué sur sa patiente une arthroscopie et ménisectomie interne et externe partielle du genou gauche (cf. dossier AI, pièce 192). Invité à se prononcer sur l'aggravation alléguée de l'état de santé de l'assurée, le médecin du SMR, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, constate, dans son rapport du 19 septembre 2014, que "le médecin traitant [à savoir la Dresse K.\_\_\_\_\_] atteste en mai 2014 une incapacité de travail totale depuis le 24.01.2014 en raison d'une part d'une « aggravation des

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 problèmes cervicaux », sans autre précision si ce n'est qu'un traitement morphinique a été introduit, d'autre part d'un « état anxio-dépressif sévère » ayant justifié la prescription d'antidépresseurs, toutefois sans prise en charge par un médecin spécialiste en psychiatrie. Ces deux éléments rendent plausible une aggravation de

l'état de santé de l'assurée à partir de fin janvier 2014, sans qu'il soit possible en l'état du dossier de confirmer celle-ci sur des bases médicales objectives ni, cas échéant, d'établir ses répercussions exactes sur la capacité de travail exigible" (cf. dossier AI, pièce 157). Le Dr L. \_\_\_\_\_ conclut ensuite que, "étant donné que des nouveaux éléments jusque-là inconnus rendent plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée, que cette aggravation pourrait dater de fin janvier 2014 (...) et que la situation médicale n'est pas suffisamment clairement établie pour permettre de déterminer l'exigibilité médicale depuis fin janvier 2014, une nouvelle expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, me semble nécessaire. En conclusion: l'expertise bidisciplinaire d'octobre 2011 est probante. Une aggravation de l'état de santé de l'assurée est rendue plausible à partir de fin janvier 2014, sans qu'elle puisse être confirmée sur des bases médicales objectives suffisantes. La capacité de travail exigible définie par les experts n'est pas remise en cause jusqu'à fin janvier 2014. A partir de cette date, les faits ne sont pas établis avec une précision et une certitude suffisantes pour permettre de se prononcer sur la capacité de travail exigible. Une expertise rhumatologique et psychiatrique permettrait de déterminer l'exigibilité médicale" (ibidem). Or, cette nouvelle expertise pluridisciplinaire suggérée par le médecin du SMR n'a jamais eu lieu, pour une raison qui échappe à la Cour. Par la suite, l'assurée s'est fait opérer une seconde fois du genou gauche le 11 février 2015. A cet effet, dans son rapport opératoire du même jour, le Dr G. \_\_\_\_\_ fait état d'une arthrose fémoro-tibiale interne du genou gauche. Il a procédé à la pose d'une "prothèse unicompartementale du genou gauche, non cimentée fémorale, avec un plateau fixe, plateau tibial non cimentée" (cf. dossier AI, pièce 192). En outre, dans un rapport ultérieur du 25 novembre 2015, le Dr G. \_\_\_\_\_ certifie "suivre [l'assurée] pour son poignet droit depuis le 23 juin 2015. Elle présente des douleurs de ce poignet, qui ont motivé la réalisation d'une arthro-IRM. Ce dernier a mis en évidence une rhizarthrose et également une lésion partielle du ligament triangulaire du carpe dans sa partie distale cubitale. Un traitement conservateur a été entrepris: infiltration au Dépo Médrol de la région péri-trapézienne. Parallèlement un EMG effectué au mois de juillet de cette année a mis en évidence également un canal carpien. Actuellement le traitement est d'anti-inflammatoires, attelle. En cas d'échec du traitement conservateur, une libération du nerf médian sera effectuée. Concernant la rhizarthrose, une trapézectomie n'est pour l'instant pas à l'ordre du jour" (cf. dossier AI, pièce 169). Le 27 janvier 2016, l'assurée a bénéficié d'une nouvelle cure (la première remontant à 2005) du tunnel carpien de son poignet droit. Huit mois et demi plus tard, dans son rapport du 14 octobre 2016, le Dr G. \_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail totale de sa patiente du 26 août 2014 au 14 septembre 2014, du 10 février 2015 au 28 février 2015, du 21 mai 2015 au 7 septembre 2015, et du 27 janvier 2016 au 25 février 2016, avec recouvrement d'une pleine capacité dès le 26 février 2016. Il expose que, "actuellement, toute activité nécessitant la montée et la descente des escaliers, le port de charges et en particulier en terrain irrégulier est à proscrire. Manifestation: douleurs". Il estime que "l'activité est exigible à 100% à condition d'éviter le port de charges, la déambulation en terrain régulier et

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 irrégulier, la montée et la descente des escaliers. Le rendement n'est pas réduit. 8 heures/jour" (cf. dossier AI, pièce 184). A la même époque, dans un rapport du 18 octobre 2016, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation à qui la Dresse K. \_\_\_\_\_ a adressé son patient, expose ce qui suit: "La palpation de l'entier du rachis cervical est douloureuse, tant au niveau des épineuses que musculaire. Douleurs irradiant au membre supérieur droit globalement. (...). Discrète

hypoesthésie à la face latérale de l'avant-bras droit, examen moteur difficile à interpréter, variable d'un moment à l'autre lors de la consultation et gênée par les douleurs du poignet droit (elle me parle d'arthrose à ce niveau). (...). Par ailleurs, de nombreux points douloureux de fibromyalgie sont présents". Il retient un "syndrome douloureux chronique dépassant le rachis avec échec des mesures thérapeutiques jusqu'ici, éléments de fibromyalgie" et relève que "le pronostic fonctionnel et en termes de reprise du travail (lui) semble défavorable" (cf. dossier AI, pièce 192). Puis, en début d'année 2017, l'assurée a été revue par la Dresse K. \_\_\_\_\_ qui, dans son rapport du 5 janvier 2017, a retenu les diagnostics suivants: "cervico-brachialgies; prothèses discales; gonalgies G; prothèse unicompartimentale; syndrome vertébral lombaire chronique sur troubles statiques; état anxio-dépressif chronique, probable fibromyalgie". Elle atteste une incapacité de travail totale et définitive de sa patiente depuis désormais le 2 octobre 2013 rétroactivement (cf. dossier AI, pièce 192). Peu de temps après, le 27 janvier 2017, l'assurée a subi une trapézectomie en raison d'une rhizarthrose. Dans un rapport subséquent du 26 avril 2017, Dr G. \_\_\_\_\_ note qu'il y a des changements dans les diagnostics en ce sens que sa patiente a bénéficié de la mise en place d'une prothèse du genou gauche le 10 février 2015 (précédée d'une arthroscopie et d'une ménisectomie en 2014) et d'une trapézectomie du poignet droit le 25 [recte: 27] janvier 2017. Il fait mention d'un état de santé resté stationnaire. Il indique que la répercussion de l'atteinte à la santé de sa patiente sur l'activité qu'elle exerçait jusqu'alors se traduit par des douleurs et que cette activité n'est d'ailleurs plus exigible (diminution de rendement de 100%). En revanche, il estime que l'on peut exiger de l'assurée une reconversion professionnelle "probablement d'ici un à deux mois" sous la forme de "toutes activités ne nécessitant pas le port de charges. Toute activité ne nécessitant pas la déambulation fréquente, la montée et la descente des escaliers et le port de charges" et ce, sans diminution de rendement (cf. dossier AI, pièce 198). A nouveau invité à se prononcer sur la péjoration de l'état de santé de l'assurée, le Dr L. \_\_\_\_\_ expose ce qui suit dans son rapport du 8 juin 2017: "Les faits nouveaux à prendre en compte dans le cadre de cette nouvelle demande sont: l'atteinte au genou gauche, qui a motivé les incapacités de travail attestées par le Dr G. \_\_\_\_\_ (...), à savoir: 100% du 28.08.2014 au 14.09.2014 (arthroscopie); 100% du 10.02.2015 au 07.09.2015 (PUC). L'opération du tunnel carpien D, motivant une incapacité de travail de 100% du 27.01.2017 au 25.02.2016. La trapézectomie D du 27.01.2017, qui a motivé une incapacité de travail de 100% du 27.01.2017 au 30.04.2017 (3 mois postopératoires). Entre ces incapacités de travail temporaires médicalement justifiées, ainsi qu'à partir de mai 2017, la capacité de travail médico-théorique est entière dans toute activité adaptée. Les limitations fonctionnelles sont celles définies dans le rapport d'expertise du 17.10.2011, auxquelles il faut ajouter: pas de travaux en position à genoux, pas de montée/descente répétée d'escaliers ou échelle, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travaux de force de la main D" (cf. dossier AI, pièce 202).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 S'en est ensuite suivie une cure du pouce droit le 14 décembre 2017. Au printemps 2018, dans son rapport du 26 avril 2018, le Dr G. \_\_\_\_\_ "certifie suivre [l'assurée] pour de multiples problèmes orthopédiques en particulier pour la mise en place d'une prothèse unicompartimentale du genou gauche le 01.09.2014, suivi d'une cure du canal carpien de la main droite le 27.01.2016, une trapézectomie également du poignet droit le 25.01.2017 et une cure du pouce à ressaut de la main droite le 14.12.2017. Au vu de ses antécédents orthopédiques, [il] pense qu'une reprise de travail est tout à fait illusoire. Les principales plaintes se reportent au membre supérieur droit. Aucune

préhension, port de charge et une réutilisation répétitive est envisageable. Actuellement, la patiente est suivie par une ergothérapie pour un CRPS [complex regional pain syndrom]. Plainte à la base du pouce. Réveil nocturne" (cf. dossier AI, pièce 216). A la même époque, dans son rapport d'ergothérapie du 12 juin 2018, N. \_\_\_\_\_, ergothérapeute auprès duquel l'assurée a débuté un traitement le 15 mars 2018, observe ceci: "[L'assurée] présente une limite de port de charge de sa main en raison des sollicitations qui pourraient augmenter les douleurs et accentuer les symptômes du CRPS (...). Si [l'assurée] ne présente pas de limitation des articulations gléno-humérale (épaule) et/ou huméro-ulnaire (coude), elle présente des limitations de l'utilisation de l'articulation radiocarpienne (poignet). En effet, la mobilisation de cette articulation augmente de manière importante les symptômes du CRPS dont les douleurs. [L'assurée] présente des limitations de l'utilisation de sa main droite pour les diverses préhensions en raison de la présence d'un CRPS avec allodynie mécanique. L'allodynie mécanique se définit comme un phénomène lors duquel tout toucher ou contact de la peau créé des douleurs. De plus, les symptômes du CRPS sont majorés lors de la mobilisation. [L'assurée] présente une limitation de la dextérité manuelle en raison d'une perte de la sensibilité tactile permettant de réaliser le mouvement souhaité sans contrôle visuel, une partie de sa main, présentant une allodynie mécanique, doit être touchée aussi peu que possible moyennant une douleur vive, mais aussi également du CRPS qui limite drastiquement l'amplitude articulaire. Tout mouvement répété de l'articulation radio-carpienne augmente de façon significative les symptômes du CRPS. La mise en repos est nécessaire à la disparition de ce dernier. En raison des troubles sensitifs qui ont été observés par notre examen paraclinique, [l'assurée] présente des douleurs neuropathiques provoquées ainsi que spontanées et incessantes pouvant lourdement interférer dans la réalisation des activités de la vie quotidienne" (cf. dossier AI, pièce 218). Enfin, dans son dernier rapport du 2 juillet 2018, le Dr L. \_\_\_\_\_ est désormais d'avis que "le seul fait nouveau est un CRPS du poignet droit (en français: Syndrome Douloureux Régional Complexe, SDRC) dont la date de début n'est pas précisée, mais dont la prise en charge en ergothérapie est attestée depuis le 15.03.2018. Selon la littérature médicale, le SDRC a un taux de guérison de 74% à un an. Par conséquent, cette affection ne devrait vraisemblablement pas motiver une incapacité de travail permanente ni durable au sens de l'AI. Quoi qu'il en soit, une activité adaptée, épargnant la main droite, reste médicalement exigible. Quant au droit à la rente, il sera à examiner en mars 2019 si tant est que l'affection du poignet droit ne soit pas guérie à cette date" (cf. dossier AI, pièce 220). 6.3. Il ressort en particulier des rapports au contenu retranscrit ci-dessus que, dans l'intervalle qui sépare les décisions de l'OAI du 30 avril 2014 et du 4 juillet 2018, l'assurée s'est fait opérer deux fois du genou gauche (arthroscopie, ménisectomie partielle et pose d'une prothèse) en 2014 et 2015, une fois au niveau du poignet droit (deuxième cure du tunnel carpien, la première remontant à 2005) en 2016 et deux fois de la main droite dominante (trapézectomie et cure du pouce) en 2017.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 Elle a donc bénéficié en tout de cinq nouvelles interventions chirurgicales de 2014 à 2017 qui lui ont causé des incapacités de travail à tout le moins passagères. Il en ressort par ailleurs que ces faits médicaux nouveaux s'inscrivent dans une problématique générale de douleurs et de somatisation, problématique qui avait déjà été mise en exergue lors de l'expertise de 2011 ainsi que par d'autres médecins comme le Dr J. \_\_\_\_\_. Dans ce contexte, la Dresse K. \_\_\_\_\_ fait également mention de problèmes cervicaux, d'un état anxio-dépressif réactionnel puis chronique, ainsi que d'une probable fibromyalgie. Elle atteste une incapacité de travail totale de sa patiente depuis le

24 janvier 2014 (voir même à partir du 2 octobre 2013 rétroactivement). Le Dr M. \_\_\_\_\_ fait lui aussi état d'éléments de fibromyalgie, ainsi que d'un syndrome douloureux chronique dépassant le rachis avec échec des mesures thérapeutiques. Quant au Dr L. \_\_\_\_\_, il reconnaît (comme seul fait nouveau) un syndrome douloureux régional complexe au niveau du poignet droit, tel que relaté par le Dr G. \_\_\_\_\_. Ces faits ne sont pas contestés. 7. Amenée à statuer sur la question litigieuse formulée ci-dessus, la Cour de céans constate que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical pour lui permettre d'y répondre. En effet, d'un côté, la Dresse K. \_\_\_\_\_ et le Dr G. \_\_\_\_\_, en leur qualité de médecins traitants, font état d'une aggravation de troubles déjà existants, respectivement de nouvelles atteintes, tant sur le plan somatique (rachis, genou gauche, pouce et poignet droits) que psychique (état anxio-dépressif), et évoluant dans le contexte d'un syndrome douloureux chronique et d'une probable fibromyalgie relatés également par le Dr M. \_\_\_\_\_. En conséquence de quoi, la Dresse K. \_\_\_\_\_ soutient que l'assurée est totalement incapable de travailler depuis le 24 janvier 2014 (au moins). C'est d'ailleurs à partir de cette dernière date que l'assureur perte de gain maladie de l'employeur a presté (au terme d'un délai de carence contractuel). Pour sa part, le Dr G. \_\_\_\_\_, après avoir attesté plusieurs incapacités de travail passagères post-opératoires en 2014, 2015, 2016 et 2017, estime finalement en 2018 que les multiples antécédents orthopédiques de sa patiente rendent illusoire la reprise du travail. En d'autres termes, le Dr G. \_\_\_\_\_, à bien le lire, semble désormais attester une incapacité de travail totale dans toute activité à partir du 26 avril 2018 (date de son dernier rapport) au plus tard. De l'autre côté, le Dr L. \_\_\_\_\_, en sa qualité de médecin du SMR, se réfère dans un premier temps, dans son rapport du 19 septembre 2014, à l'aggravation des problèmes cervicaux et à l'état anxio-dépressif évoqués par la Dresse K. \_\_\_\_\_ et à l'incapacité de travail totale qui en découlerait depuis le 24 janvier 2014. Il constate que la situation médicale n'est pas suffisamment établie pour permettre de déterminer l'exigibilité médicale depuis janvier 2014, raison pour laquelle il suggère la mise sur pied d'une expertise rhumatologique et psychiatrique qu'il estime nécessaire. Cette expertise bidisciplinaire ne s'est toutefois jamais concrétisée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 Ensuite, en 2017, le Dr L. \_\_\_\_\_ ne parle soudainement plus de l'aggravation des problèmes cervicaux ni de l'état anxio-dépressif. Il ne s'étonne pas non plus du fait que l'expertise qu'il avait pourtant préconisée en 2014 n'a pas été réalisée. Il mentionne en revanche les atteintes au genou gauche ainsi qu'au pouce et au tunnel carpien droits, atteintes dont le Dr G. \_\_\_\_\_ assure le suivi. Il se limite à reconnaître certaines incapacités de travail passagères post-opératoires attestées par ce dernier. Il estime qu'entre celles-ci et qu'à partir de mai 2017, la capacité de travail médico-théorique de l'assurée est entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles définies dans le rapport d'expertise de 2011 dont il complète par ailleurs la liste (pas de travaux en position à genoux, pas de montée/descente répétée d'escaliers ou échelle, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travaux de force de la main droite). Enfin, en 2018, le Dr L. \_\_\_\_\_ est désormais d'avis que le seul fait nouveau au dossier est un syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit, syndrome pris en charge par ergothérapie depuis le 15 mars 2018. Selon lui, cette affection ne devrait toutefois pas motiver d'incapacité de travail permanente et durable. Il conclut dès lors qu'une activité adaptée, épargnant la main droite, reste médicalement exigible. Au demeurant, le Dr L. \_\_\_\_\_ semble suggérer que, même si ce syndrome douloureux régional complexe devait motiver une incapacité de travail à partir du 15 mars 2018 (date du début de l'ergothérapie), celle-ci ne pourrait être qualifiée de permanente et durable au

sens de la LAI qu'à partir de mars 2019 (soit une année plus tard), raison pour laquelle il propose de réexaminer la situation à ce moment-là seulement. Qu'en déduire ? 7.1. Le fait que, dans son rapport du 9 mai 2014, la Dresse K. \_\_\_\_\_ a mis l'assurée au bénéfice d'une incapacité de travail totale dès le 24 janvier 2014 (puis, rétrospectivement, à partir du 2 octobre 2013 selon son rapport du 5 janvier 2017), a certes rendu plausible une aggravation de son état de santé nécessitant d'être investiguée, comme l'a constaté le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 septembre 2014 et confirmé la Cour de céans dans son arrêt (605 2014 121) du 22 août 2016. Or, il faut admettre que, hormis le fait qu'ils sont sommairement motivés et doivent être lus avec toute la retenue qu'impose la jurisprudence susmentionnée à l'égard de l'avis des médecins traitants, les deux rapports précités de la Dresse K. \_\_\_\_\_ ne permettaient pas, à eux seuls, de déterminer les répercussions exactes de ces faits médicaux nouveaux sur la capacité de travail exigible. C'est pourquoi, dans son arrêt précité, la Cour de céans, suivant sur ce point l'avis du SMR, avait invité l'OAI à mettre sur pied une expertise rhumatologique et psychiatrique. Dans la mesure où la péjoration de l'état de santé de l'assurée n'était alors susceptible d'ouvrir le droit éventuel à rente qu'à partir du 1er mai 2014 (soit après trois mois sans interruption notable depuis l'incapacité de travail totale attestée depuis le 24 janvier 2014 par la Dresse K. \_\_\_\_\_), la Cour avait néanmoins confirmé la précédente décision de refus de rente du 30 avril 2014. 7.2. Cela étant, si les rapports du médecin généraliste traitant (Dresse K. \_\_\_\_\_), bien que rendant plausibles une aggravation de la situation médicale, ne suffisent pas à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales, les répercussions de cette aggravation sur la capacité de travail de l'assurée, ceux du médecin du SMR (Dr L. \_\_\_\_\_) ne le permettent pas non plus.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 Après avoir reconnu une possible aggravation de la situation médicale (cervicalgies, état anxio- dépressif, atteintes au genou gauche, au pouce et au tunnel carpien droits) et la nécessité de mettre en œuvre une expertise, le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est en effet soudain ravisé: il a en définitive retenu, comme seul fait nouveau, un syndrome douloureux régional complexe au niveau du poignet droit sans incidence sur l'exigibilité de la capacité de travail. Et cela, sans motiver davantage le changement de son point de vue. Dans ces circonstances, les conclusions du Dr L. \_\_\_\_\_ semblent avoir évolué de manière contradictoire. De plus, parmi elles, celles portant sur le syndrome douloureux régional complexe paraissent hâtives dans la mesure où elles ne reposent que sur la littérature médicale (selon laquelle ce type de syndrome a une probabilité de guérison de 74% d'ici un an). L'appréciation du médecin du SMR ne répond donc pas aux standards minimaux exigés par la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante et pour servir de fondement à la décision attaquée du 4 juillet 2018. 7.3. De ce qui précède, il résulte qu'aucun élément médical objectif figurant au dossier ne permet de confirmer ou d'infirmer l'aggravation de l'état de santé de l'assurée et l'incapacité de travail qui en découlerait à partir du 24 janvier 2014. Dans ces circonstances et, en particulier, vu les positions divergentes de la Dresse K. \_\_\_\_\_ et du Dr L. \_\_\_\_\_, l'OAI ne pouvait pas rendre sa décision du 4 juillet 2018 dans le sens d'un rejet en se ralliant aux conclusions de ce dernier. Il lui incombait plutôt de mettre en œuvre, dans la continuité et la fidèle exécution de l'arrêt cantonal du 22 août 2016, l'expertise rhumatologique et psychiatrique que la Cour avait, à l'instar du médecin du SMR, jugée nécessaire comme mesure d'instruction médicale complémentaire. A défaut d'une telle mesure, il n'est en effet pas possible d'établir si, dans l'intervalle qui sépare les décisions de l'OAI du 30 avril 2014 et du 4 juillet 2018, la capacité de travail de l'assurée, respectivement sa capacité de gain ont subi

une modification notable propre à influencer sur le droit éventuel à une rente à compter du 1er mai 2014. 8. C'est pourquoi, pour y remédier, il convient de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'elle reprenne l'instruction du dossier par la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante portant sur l'ensemble des affections depuis janvier 2014. D'une part, l'expertise à réaliser sera rhumatologique. Elle se focalisera non seulement sur la problématique liée à la main, respectivement au poignet droits de l'assurée, et sur la symptomatologie douloureuse dans le cadre duquel elle s'inscrit (problématique qui, à la lecture de la motivation du recours du 7 septembre 2018 et des moyens de preuves requis à son appui, semble figurer au premier plan), mais aussi sur les autres atteintes rhumatologiques, notamment au niveau du rachis et du genou gauche. D'autre part, l'expertise sera psychiatrique. Elle clarifiera le processus de cristallisation et la composante de somatisation dans lesquels s'inscrit le syndrome douloureux régional complexe à investiguer par l'expert-rhumatologue. Elle s'intéressera par ailleurs aux éléments de fibromyalgie évoqués par le Prof. Dr M. \_\_\_\_\_ et la Dresse K. \_\_\_\_\_, ainsi qu'à l'état anxio-dépressif dans lequel ils évolueraient.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 Les deux experts estimeront ensuite en consilium si et, dans l'affirmative, à partir et jusqu'à quand l'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail. Ils énuméreront ses limitations fonctionnelles et décriront quel type d'activité professionnelle adaptée à celles-ci reste, cas échéant, exigible de sa part. A cet égard, s'il est vrai qu'il ne semble d'emblée pas aisé de se prononcer rétrospectivement sur une capacité résiduelle travail, il appartiendra aux experts seuls de trancher la question de la possibilité de rendre un tel avis (cf. à ce sujet: arrêt TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 4.4). 9. Compte tenu de ce qui précède, le recours du 7 septembre 2018 doit être admis, la décision du 4 juillet 2018 annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction médicale complémentaire sous la forme d'une expertise au sens des considérants, puis nouvelle décision. 9.1. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais du même montant, versée par la recourante, lui sera dès lors restituée. 9.2. Ayant obtenu gain de cause, cette dernière a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPG), étant précisé que, selon la jurisprudence, le renvoi de la cause vaut gain de cause total s'agissant de l'octroi des dépens (cf. ATF 133 V 450 consid. 13 et 132 V 215 consid. 6.1). Compte tenu de la liste de frais produite par son mandataire le 29 octobre 2018, il se justifie de fixer l'indemnité de partie due à CHF 1'587.50 d'honoraires, soit 6.35 heures (381 minutes) au tarif horaire de CHF 250.- (cf. 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]). Etant donné que les débours ne peuvent pas, comme requis, être indemnisés à hauteur de 5% du montants des honoraires – l'usage d'une telle méthode de calcul étant prévu en procédure civile et non pas administrative –, il convient de les fixer ex aequo et bono à CHF 80.-. En revanche, les frais d'établissement du rapport de l'ergothérapeute N. \_\_\_\_\_ du 12 juin 2018 (cf. dossier AI, pièce 218), d'un montant de CHF 79.20, et ceux liés à la consultation du dossier médical AI par la Dresse E. \_\_\_\_\_, respectivement par la psychologue déléguée F. \_\_\_\_\_ (cf. dossier AI, pièces 210 à 213), d'un montant de CHF 200.-, ne seront pas indemnisés à titre de débours dans la mesure où ces opérations ne se sont pas révélées nécessaires à la résolution du litige (cf. arrêt TF 9C\_544/2007 du 28 avril 2008 consid. 6). Il faut enfin ajouter CHF 128.40 de TVA à 7.7% (sur CHF 1'667.50). L'indemnité de partie s'élève ainsi à un total de CHF 1'795.90. Elle est mise à la charge de l'autorité intimée qui succombe et sera versée par cette dernière directement au mandataire

de la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours est admis, la décision attaquée est annulée et la cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire sur le plan médical, au sens des considérants, et nouvelle décision. II. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. Partant, l'avance de frais du même montant, versée par A. \_\_\_\_\_, lui est restituée. III. Il est alloué à A. \_\_\_\_\_ une indemnité de partie fixée à CHF 1'587.50 d'honoraires, plus CHF 80.- de débours, plus CHF 128.40 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 1'795.90, mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. Dite indemnité sera versée directement à Me Charles Guerry. 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 8 juin 2020/avi Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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