

## **FR\_GERICHTE 605 2019 76 vom 8. April 2020**

FR Kantonsgericht, 2020-04-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2019\\_76](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_76)

FR: FR\_GERICHTE 605 2019 76 du 8 avril 2020

IT: FR\_GERICHTE 605 2019 76 del 8 aprile 2020

### **Regeste**

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

### **Erwägungen**

#### **E. 20**

mars 2008. Elle a obtenu un diplôme de secrétaire médicale en date du 27 juin 2008. C. Par décision du 9 août 2012, confirmée sur recours le 26 mars 2014 (cause 605 2012 320), l'Office de l'assurance-invalidité a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1er février 2005 jusqu'au 31 janvier 2006, niant par contre tout droit à une rente à partir du 1er février 2006. Cette décision faisait suite à une précédente décision du 18 juin 2009, annulée le 8 décembre 2011 par le Tribunal cantonal qui avait alors renvoyé la cause à l'Office de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire (cause 605 2010 243). Il ressort en substance de ces décisions et arrêts que, dès le mois de novembre 2005 jusqu'à l'obtention de son diplôme de secrétaire médicale à fin juin 2008, la recourante avait une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée, par exemple comme ouvrière de production dans l'industrie légère, avec un rendement diminué de 10% (perte de gain de 30%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente). Puis, dès juillet 2008, elle était en mesure de travailler également dans le secteur administratif, à plein temps, avec un rendement diminué de 10%, ce qui réduisait à 23% la perte de gain subie. Parallèlement aux procédures relatives à l'assurance-invalidité, la recourante s'est vu reconnaître le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, fondée sur un taux d'invalidité de 27%. (voir arrêt TC FR 605 2010 269 du 8 décembre 2011).

Tribunal cantonal TC Page 3 de 21 D. Le 23 février 2015, la recourante a déposé une nouvelle demande de rente, au motif que son état de santé s'était sensiblement péjoré depuis l'expertise de mai 2011 sur laquelle l'Office de l'assurance-invalidité avait fondé son refus de rente en août 2012 (dossier AI p. 660). Elle a en particulier invoqué l'aggravation de troubles sensitifs et de paresthésies au niveau du pied et de la cheville gauche, ainsi que l'existence de troubles neuropathiques au pied gauche qui entraînent des dorso-lombalgies en raison de la boiterie qu'ils induisent. Par décision du 17 avril 2015, l'Office de l'assurance-invalidité a refusé d'entrer en matière sur cette demande (dossier Ai p. 677). E. Le 29 juin 2015, la recourante a encore déposé une nouvelle demande de rente, produisant un rapport d'expertise orthopédique qui a été établi à sa demande le 9 juin 2015 et dont il ressortait que son état de santé s'était péjoré sous plusieurs angles depuis mai 2011 et qu'elle pouvait désormais faire valoir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations (dossier AI p. 703). A l'appui de sa demande, elle a encore produit un second rapport d'expertise orthopédique qui a été réalisé à sa demande le 14 juin 2016 (dossier AI p. 763 ss). Un projet de décision de refus d'entrée en matière a été adressé à la recourante le 28 juillet 2017 (dossier AI p. 870). Suite aux objections formulées le 24

novembre 2017 (dossier AI p. 887), faisant en particulier état d'un syndrome anxio-dépressif développé au cours des dernières années et attesté par les médecins traitants, généraliste et psychiatre, l'Office de l'assurance-invalidité est revenu sur sa position et a instruit la nouvelle demande. Il a organisé en particulier une expertise psychiatrique (dossier AI p. 965). Par décision du 21 février 2019, intitulée par erreur « refus d'entrée en matière », l'Office de l'assurance-invalidité a en réalité rejeté la nouvelle demande de rente (dossier AI p. 985). Il a notamment considéré qu'aucun fait nouveau n'avait pu être dûment objectivé sur le plan orthopédique et que l'expertise psychiatrique réalisée en dernier lieu concluait à une capacité de travail de 100% à cet égard. F. Par recours de droit administratif déposé par son mandataire le 25 mars 2019, la recourante conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 21 février 2019 et au renvoi du dossier à l'Office de l'assurance-invalidité afin qu'il mette en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire (rhumatologique, orthopédique et psychiatrique) et rende ensuite une nouvelle décision. A l'appui de sa position, elle se réfère en particulier aux rapports d'expertise orthopédique produits par ses soins en juin 2015 et juin 2016, à une opération de son pied gauche subie le 7 février 2017, aux troubles psychiques attestés par son psychiatre traitant et à un rapport établi le 17 décembre 2018 par un médecin spécialiste en anesthésiologie et en traitement de la douleur faisant ressortir plusieurs types de douleurs liées à des atteintes distinctes. Elle en déduit que, vu ses pathologies qui sont de nature tant somatique que psychiatrique, l'Office de l'assurance- invalidité aurait dû mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire afin de disposer d'une vue d'ensemble des atteintes à la santé et de la capacité globale de travail. Le 27 mars 2019, le recourant verse une avance de frais de CHF 400.-. Dans ses observations du 9 mai 2019, l'Office de l'assurance-invalidité conclut au rejet du recours. Il relève pour l'essentiel qu'il a donné suite aux objections de la recourante en mettant sur pied une expertise psychiatrique et que, sur le plan psychiatrique, la problématique du tunnel tarsien

Tribunal cantonal TC Page 4 de 21 invoquée ne justifiait par l'organisation d'une nouvelle expertise orthopédique, ce d'autant moins que le dossier en contenait déjà cinq. Par courrier du 27 mai 2019, la recourante produit trois rapports médicaux complémentaires et confirme que, de son point de vue, l'Office de l'assurance-invalidité a omis de procéder aux investigations médicales indispensables pour évaluer en toute connaissance de cause sa capacité de travail résiduelle. Le 25 juin 2019, l'Office de l'assurance-invalidité se détermine sur les nouvelles pièces produites, Se référant à un avis demandé à son Service médical régional (SMR), il confirme son appréciation et maintient ses conclusions. Le 24 décembre 2019, la recourante produit encore trois rapports médicaux complémentaires en lien notamment avec une polyarthrite zéro négative et un syndrome multicanalaire. Le 14 janvier 2020, l'Office de l'assurance-invalidité indique ne pas avoir de remarques particulières à formuler et maintient ses conclusions. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Recevabilité. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un recourant directement touché par la décision attaquée et valablement représenté, le recours est recevable. 2. Notion d'invalidité et conditions du droit à une rente. 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 21 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins. En vertu de 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.

2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – 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; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

3. Règles applicables en cas de nouvelle demande. 3.1. L'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, 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. Les principes régissant la révision selon l'art.

17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. Selon l'art. 17 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.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 21 Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 3.2. Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n. 4; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 4. Force probante des documents médicaux. 4.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 4.2. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 21 4.3. En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées).

4.4. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C\_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). Le médecin SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, mais il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt TF 9C\_144/2009 du 10 décembre 2010 consid. 4).

5. Question litigieuse. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si les éléments médicaux figurant au dossier sont suffisants pour déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé ou non dans une mesure justifiant désormais l'octroi d'une rente d'invalidité ou si, au contraire, la mise sur pied d'une nouvelle expertise multidisciplinaire (rhumatologique, orthopédique et psychiatrique) est nécessaire.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 21 La décision du 9 août 2012, confirmée sur recours le 26 mars 2014 (cause 605 2012 320), constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la seule décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, étant rappelé que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué (voir ATF 132 V 215 consid.

3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2). Il convient dès lors d'abord de rappeler comment la situation médicale de la recourante a évolué sur les plans somatiques et psychiques jusqu'au moment déterminant du 9 août 2012, puis d'examiner si les éléments au dossier sont suffisants pour déterminer si cette situation s'est par la suite aggravée, avec pour conséquence une réduction de sa capacité de gain lui ouvrant le droit à une rente. 5.1. Evolution de la situation jusqu'au 9 août 2012. Le 15 février 2004, alors qu'elle avait 37 ans, travaillait comme aide-soignante et allait obtenir deux mois plus tard son diplôme dans cette profession, la recourante a chuté à ski. Cet accident a entraîné certaines lésions, notamment au niveau du genou gauche, dont elle ne s'est pas totalement remise. Plus spécifiquement, elle a subi lors de son accident de ski une torsion du genou gauche qui a provoqué une lésion cartilagineuse de la trochlée ayant nécessité les traitements suivants: arthroscopie avec lissage du cartilage le 6 juillet 2004, arthroscopie avec toilette articulaire et forage de Pride le 8 février 2005, arthrotomie avec greffe cartilagineuse en mosaïque de la trochlée le 26 avril 2005 et, plus tard, le 15 janvier 2008, une toilette articulaire au shaver avec ablation d'une plica et une greffe ostéochondrale. A cet égard, dans son rapport d'expertise du 4 mai 2009 établi à la demande de l'assureur-accidents (dossier AI p. 440), faisant suite à une première expertise du 6 décembre 2005, Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, ajoute que, malgré un bilan intra-articulaire montrant un status satisfaisant, cette dernière intervention n'a pas atténué les plaintes douloureuses. En sus des douleurs au genou, la recourante a constaté, depuis environ mai 2008, l'apparition de douleurs spontanées, localisées dans le pli de la hanche gauche et limitant la marche. L'expert retient à cet égard, suite à ses investigations, l'existence d'un impingement syndrome de la hanche gauche. Il s'agit d'une configuration anatomique particulière de la tête fémorale et du cotyle, ce qui prédispose à un syndrome de conflit qui, à long terme, provoque une lamination du bourrelet glénoïdien, avec en général une évolution vers une arthrose précoce de la hanche (voir rapport d'expertise du 6 décembre 2015, précité). A ce stade, soit au mois de mai 2009, Dr D. \_\_\_\_\_ retenait que la situation était rassurante et que la recourante pouvait travailler à 100% dans sa profession de secrétaire médicale, avec quelques aménagements, tels que la possibilité de se lever pour faire quelques pas. Puis, fin septembre 2009, Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin traitant, a constaté dans un rapport établi à la demande du mandataire de la recourante que, depuis le

### **E. 23**

juillet 2009, il existait une péjoration de la situation qui était minime au niveau radiologique mais plus importante au niveau des symptômes. En effet sa patiente décrivait, en plus de ses problèmes au genou gauche, des douleurs de la face latérale de la hanche gauche et du pli inguinal à la marche, à la position assise-debout, en précisant que les escaliers devenaient difficiles (voir dossier AI p. 482).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 21 La situation a connu une nouvelle évolution significative en mars 2010, avec la mise en évidence d'un troisième type de problème, au niveau du rachis, toutefois sans nette hernie discale, puis encore en avril 2010. A ce moment, la recourante a présenté également des douleurs du pied gauche avec paresthésies 24 heures sur 24, ce qui a conduit à une révision du tunnel tarsien à gauche avec neurolyse du nerf saphène interne. Malgré cette intervention la recourante a continué à présenter beaucoup de douleurs au niveau de son pied gauche (voir rapport du 10 mai 2010 de Dr E. \_\_\_\_\_, dossier p. 504; voir également rapport du 12 août 2010 établi à la demande du mandataire de la recourante, dossier AI p. 507, faisant état d'une évolution globale «

extrêmement défavorable »). Les différentes affections dont souffrait alors la recourante ont été reprises dans le rapport d'expertise établi le 23 mai 2011 à la demande de l'Office de l'assurance-invalidité par Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique (voir dossier AI p. 539). Il a posé les quatre diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail: coxalgies (douleurs de la hanche) et douleurs du bassin d'origine multifactorielle; syndrome rotulien gauche sur chondropathie; syndrome du tunnel tarsien gauche; lombalgies posturales sur troubles statiques (hyperlordose et légère bascule). Il a indiqué ensuite qu'il ne s'agissait pas d'affections présentant un caractère de gravité particulière et que c'était plus la sommation de ces pathologies, assorties de dysbalances musculaires de toute la ceinture pelvienne, qui était limitante. A ce stade, soit le 23 mai 2011, Dr F.\_\_\_\_\_ estimait que la situation concernant l'exigibilité professionnelle était clairement établie. Rejoignant l'avis de Dr D.\_\_\_\_\_, il confirmait que les activités d'aide-soignante n'étaient plus exigibles, notamment parce qu'elles se faisaient essentiellement en position debout, mais que dans une activité adaptée, en position alternée assis-debout, sans long déplacement, sans travaux lourds et port de charge au-delà de 5kg, une capacité de travail entière était exigible. C'est dans le même sens qu'à fin 2011, s'écartant de l'avis du chirurgien traitant qui attestait avec certaines réserves toutefois une incapacité de travail de 50% dans toute activité, la Cour de céans a confirmé la solution retenue par l'Office de l'assurance-invalidité qui fixait une capacité de travail de 100% dans une activité d'aide de bureau, avec une diminution de rendement de 10% tenant compte du ralentissement prévisible de la recourante dans ses déplacements et de la prise de pauses plus fréquentes ou prolongées (voir arrêt de renvoi précité du 8 décembre 2011, consid. 4b). C'est également dans cette ligne que s'est inscrite la décision du 9 août 2012 qui retenait qu'à partir du 1er juillet 2007, sans autre limitation temporelle, la recourante était apte à travailler à plein temps dans le domaine du secrétariat, en tenant compte d'une réduction de rendement de 10%. Il peut encore être ajouté qu'en sus des atteintes somatiques rappelées ci-dessus, la recourante a certes souffert de troubles de nature psychique, à tout le moins en 2008. Un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques a ainsi été diagnostiqué par Dr G.\_\_\_\_\_ durant la période du 28 février 2008 à fin juin 2008 (voir rapport du 28 juillet 2008, dossier AI p. 376 ss). Une amélioration a toutefois pu être rapidement constatée par ce médecin, de telle sorte qu'il peut être admis qu'à la date déterminante du 9 août 2012, l'épisode dépressif en question n'influaient pas ou plus sur la capacité résiduelle de travail. Cela avait du reste déjà été retenu notamment par l'arrêt de renvoi précité du 8 décembre 2011, dans lequel il était relevé que la recourante elle-même ne contestait pas que sa capacité de travail était entière sous l'angle de sa santé psychique (consid. 4b).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 21 5.2. Evolution de la situation à partir du 9 août 2012.

5.2.1. Nouvelle demande du 23 février 2015 et refus d'entrer en matière du 17 avril 2015.

La recourante a déposé une première nouvelle demande de rente le 23 février 2015, en affirmant que son état de santé s'était sensiblement péjoré depuis l'expertise réalisée en mai 2011 par Dr F.\_\_\_\_\_. Elle s'est référée à des rapports médicaux établis par ses médecins traitants, Dr E.\_\_\_\_\_, chirurgien, qui l'a adressée à Dr H.\_\_\_\_\_, neurochirurgien (dossier AI p. 655, 657). Analysant les documents médicaux produits dans deux avis du 6 mars 2015 et du 9 avril 2015 (dossier AI p. 663 et 675), Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie auprès du SMR, a toutefois conclu que les documents médicaux n'attestaient pas d'atteinte nouvelle ou d'aggravation significatives et ne rendaient dès lors pas plausible une aggravation de l'état de santé de nature à modifier le droit aux prestations. Sur cette base, l'Office de l'assurance-invalidité a refusé par décision du 17 avril 2015

d'entrer en matière sur la nouvelle demande. 5.2.2. Nouvelle demande du 29 juin 2015 et expertise orthopédique privée du 9 juin 2015. La recourante a déposé une seconde nouvelle demande de rente le 29 juin 2015, en produisant cette fois un rapport d'expertise établi le 9 juin 2015 par Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique (dossier AI p. 684). Elle a fait valoir que l'état de son genou gauche et de son pied gauche s'était sensiblement péjoré et qu'elle ne disposait en conséquence plus que d'une capacité de travail de 50% dans une activité professionnelle bien adaptée. Dans son rapport, Dr J. \_\_\_\_\_ mentionne en lien avec l'atteinte au genou gauche que la recourante « signale des blocages fréquents, particulièrement lorsqu'elle reste longtemps dans la même position (debout ou assise). Le périmètre de marche est d'environ 20 minutes à plat. Anamnestiquement, il n'y a pas de lâchage du genou gauche. La marche sur les terrains irréguliers est particulièrement difficile, il en est de même des terrains en pente, surtout à la descente. Les douleurs du genou gauche ont augmenté depuis octobre 2014 ». Après avoir effectué des clichés des deux genoux de face en charge, du genou gauche de profil et des rotules en axiale, il relève ensuite que « sur le cliché des rotules, on note effectivement une bascule rotulienne externe sans trouble dégénératif associé évident. Les clichés des genoux de face ne montrent pas de diminution de l'espace articulaire fémoro-tibial interne ou externe. Le cliché de profil montre une hauteur rotulienne gauche dans la norme ». Il en déduit notamment que l'atteinte au genou gauche n'atteint pas le seuil justifiant l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents. C'est toutefois le pied gauche qui fait l'objet des plaintes principales au moment de l'expertise. Dr J. \_\_\_\_\_ fait état à cet égard d'une récurrence de tunnel tarsien qui avait fait l'objet en avril 2010 d'une opération qui avait permis une résolution de la symptomatologie pendant environ deux ans. Il indique que la recourante fait état de douleurs réapparues depuis 12 à 18 mois et qui sont de pire en pire, avec des fourmillements la nuit nécessitant qu'elle se lève plusieurs fois pour faire quelques pas. Au niveau du rachis et des articulations coxo-fémorales par contre, la recourante n'exprime pas de plainte au moment de l'expertise.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 21 Quant à la capacité de travail, l'expert indique rejoindre les conclusions de Dr F. \_\_\_\_\_ dans le sens qu'elle est limitée pour les déplacements fréquents, la marche en terrain irrégulier, la montée ou descente répétée d'escaliers, ainsi que les travaux accroupis ou à genoux, une activité permettant l'alternance de positions assises ou debout devant être favorisée. Dans une activité respectant ces limitations il estime cette capacité à « au moins 50% », puis ajoute en réponse à une question concernant uniquement le genou gauche que la recourante peut « faire valoir une capacité de travail de 50% ». L'expertise de Dr J. \_\_\_\_\_ a été soumise à Dr I. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR. Dans son avis du 27 juillet 2015, celui relève d'abord que la récurrence de syndrome du tunnel tarsien n'est pas synonyme de nouvelle atteinte car la symptomatologie qui était décrite en 2011 est superposable à celle qui existe actuellement. Il indique également ce qui suit: « il n'y a globalement aucune aggravation objective de l'état de santé de [la recourante] de nature à modifier l'exigibilité médicale depuis l'expertise [de Dr F. \_\_\_\_\_]. En effet, le seul fait nouveau est l'apparition de blocages du genou gauche, n'induisant aucune limitation fonctionnelle supplémentaire; par contre, les coxalgies et les lombalgies, retenues en 2011, ne sont plus présentes actuellement. Dès lors, l'exigibilité médicale attestée dans le rapport d'expertise établi par Dr J. \_\_\_\_\_ ne peut résulter que d'une appréciation différente d'une situation médicale inchangée. » 5.2.3. Nouvelle opération au genou du 17 juin 2015, rapports y relatifs et expertise orthopédique privée du 14 juin 2016. Dans sa nouvelle demande du 19 juin 2015, la recourante a

également mentionné qu'elle avait subi une nouvelle opération au genou gauche le 17 juin 2015. En lien avec celle-ci, de nouveaux rapports médicaux ont été produits au dossier. Une nouvelle expertise a en outre été réalisée à la demande de la recourante par Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. On peut d'abord relever à cet égard que l'avis de Dr D. \_\_\_\_\_, établi le 25 août 2018 à la demande de l'assurance-accidents (dossier AI p. 717), comprend un historique de la situation en lien avec le genou gauche, ainsi qu'une appréciation détaillée de la situation. Ce spécialiste indique être surpris de « la ténacité avec laquelle l'assurée continue à formuler des plaintes douloureuses, toujours plus importantes et invalidantes », ce qui va « à l'encontre du diagnostic de syndrome fémoro-patellaire modéré qui a été objectivé ». Sur ce point, il fait remarquer qu'au vu des multiples plaintes douloureuses persistantes et en raison de l'acceptation de nombreuses arthroscopies/interventions, la question de la présence d'un syndrome de Münchhausen [pathologie psychologique caractérisée par un besoin de simuler une maladie ou un traumatisme dans le but d'attirer l'attention ou la compassion], ou similaire, voire d'une sinistrose est ouverte, ce pourrait justifier un avis psychiatrique. Se déterminant ensuite sur les suites de l'intervention du 17 juin 2015, il affirme notamment que la capacité de travail dans une activité légère et adaptée serait retrouvée à 100% quatre mois après l'intervention et qu'il ne peut dès lors que « réaffirmer que l'assurée pourrait travailler à 100% dans une activité allégée et adaptée », avec un rendement qui « pourrait être légèrement diminué compte tenu que les déplacements peuvent être ralentis ». Il s'inscrit ainsi dans la ligne de ses rapports précédents établis en 2005 et 2009 (voir ci-dessus ch. 5.1). Se déterminant encore sur le rapport de Dr J. \_\_\_\_\_, il constate que celui-ci reste très prudent dans ses réponses en déclarant que la recourante peut faire valoir une « incapacité de travail d'au moins une incapacité de travail d'au moins 50% » (en réalité capacité de travail d'au moins 50%, voir ci-dessus ch. 5.2.2.), sans préciser pour quelle activité ce taux s'appliquerait et

Tribunal cantonal TC Page 12 de 21 quelles sont les raisons médicales objectives qui le justifieraient. Dans l'ensemble, il conclut qu'il n'a aucun élément pour admettre une péjoration de l'état de santé de la recourante et qu'il s'agit essentiellement de plaintes purement subjectives qui ne sont pas suffisantes pour admettre une aggravation. Le rapport d'expertise orthopédique établi le 14 juin 2016 par Dr K. \_\_\_\_\_ (dossier AI p. 763) ne s'éloigne que peu de cette ligne, à tout le moins s'agissant du genou gauche. Ce spécialiste de la chirurgie du genou constate d'abord sur la base d'une anamnèse que la recourante a subi un accident relativement mineur de son genou gauche en février 2004 et que le bilan radiologique n'a jamais mis en évidence de pathologie méniscale ou cartilagineuse par les divers médecins traitants. Il indique ensuite que la recourante « décrit un sentiment d'enserrement pratiquement constant de jour comme de nuit. Elle nécessite un déverrouillage matinal et remarque une exacerbation de la symptomatologie douloureuse en montant et en descendant les escaliers. Quelques sentiments de blocage sont présents sous forme de douleurs et notamment lors des mouvements de pivot. Elle ne signale pas de phénomènes de gonflement ou d'épanchement en regard de la zone intraarticulaire. Elle a stoppé la physiothérapie depuis début 2016. Elle n'a pas particulièrement de douleurs nocturnes mais surtout une fatigabilité accrue du genou. » Il relève encore que « la situation est actuellement marquée par un déconditionnement proprioceptif et musculaire » en précisant que cet état de fait avait déjà été constaté par Dr F. \_\_\_\_\_ et qu'il n'y a pas d'évolution marquée depuis lors. Il ajoute enfin que « la situation comme elle est actuellement peut être considérée comme stabilisée pour la patiente et l'évolution ne va pas aller forcément vers le négatif. Il n'y a pas d'éléments d'instabilité fonctionnelle ou de

laxité ligamentaire qui pourraient mener à des lâchages ou une arthrose précoce ». Dr K.\_\_\_\_\_ se prononce également sur la situation concernant le pied gauche de la recourante. Il met en évidence ce qui suit: « Il y a eu une évolution négative après la chirurgie réalisée et cela n'est pas en lien particulier avec l'accident initial mais peut être lié au fait que la patiente a développé une boiterie sur plusieurs années et a donc surchargé le membre inférieur droit dans des conditions physiologiques qui ont pu mener petit à petit à une décompensation du canal tarsien qui devient alors symptomatique. [...].

Malheureusement, l'évolution après cette chirurgie [voir ci-dessus ch. 5.1; opération du 13 avril 2010, révision du tunnel tarsien à gauche avec neurolyse du nerf saphène interne] est défavorable et il n'a rien été confirmé d'autre que finalement une récurrence du canal tarsien [...]. La situation devra nécessiter une nouvelle neurolyse mais dont le résultat est également difficile à définir sachant que la situation perdure depuis maintenant longtemps et que toute révision nerveuse est difficile à effectuer [...] ». Pour le reste, il n'a pas été demandé à Dr K.\_\_\_\_\_ de se prononcer sur la capacité de travail. Dans son rapport du 30 août 2016, Dr L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant (dossier AI p. 786), reprend d'abord les diverses atteintes à la santé dont souffre la recourante. Il mentionne en particulier que sa patiente est altérée sur le plan général depuis plusieurs années, qu'elle travaille à 40% dans une activité de concierge, qu'elle présente de multiples infections notamment ORL (sinusite chronique ainsi que des bronchites aiguës voire chroniques) nécessitant à chaque fois des traitements de plus en plus lourds, qu'à cette pathologie s'associent des problèmes musculo-squelettiques comme les tunnels carpien et tarsien. Elle est de plus en plus fatiguée et a de plus en plus de mal à assurer son activité professionnelle qui est très prenante. Plus particulièrement, la montée et la descente d'escalier est de plus en plus difficile et le port de

Tribunal cantonal TC Page 13 de 21 charges lourdes, supérieures à 7-10 kg, est absolument déraisonnable. Sur cette base, il conclut que la recourante ne pourra pas travailler plus que son taux d'activité actuel de 40%. 5.2.4. Problèmes pulmonaires et ORL. Puis, le 20 octobre 2016, alors que la nouvelle demande du 29 juin 2015 était toujours en instruction, la recourante a mis en évidence les problèmes pulmonaires et ORL – déjà mentionnés en août 2016 dans le rapport précité de son médecin généraliste traitant – pour lesquels des rapports médicaux ont été établis par Dr M.\_\_\_\_\_ (dossier AI p. 822 ss). Ce spécialiste en pneumologie a été consulté par la recourante en lien avec une éventuelle pathologie spécifique du sommeil, avec au premier plan une plainte consistant en « une fatigue importante avec quelques accès de somnolence lors d'inactivité ». Les diagnostics suivants ont été posés : « 1) légère diminution isolée des débits expiratoires tardifs sans critère formel d'obstruction bronchique à intégrer dans le cadre d'un tabagisme chronique et d'un possible asthme léger intrinsèque [...]; 2) ronchopathie sans indice polygraphie suggestif d'un syndrome d'apnées du sommeil surajouté ». Le pneumologue en a déduit, sous l'angle pulmonaire, que la recourante n'est pas limitée dans l'exercice de toute activité professionnelle, qu'il n'y a pas de restriction formelle sur le plan respiratoire et qu'il ne faut pas s'attendre à une diminution du rendement, sous réserve d'une exacerbation de l'asthme. Il précise toutefois qu'il convient d'éviter le froid, les poussières et tout autre facteur irritant sur le plan respiratoire. Plus tard, Dr N.\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique auprès de la policlinique ORL du CHUV a encore établi un rapport le 19 mai 2017. Il y fait mention d'un suivi depuis au moins 2014 pour une rhinosinusite chronique non polypoïde, ayant justifié une opération en octobre 2014, puis pour une infection des voies respiratoires qui était au décours en octobre 2016, sans signe de complication, pour laquelle il lui a été

conseillé de cesser de fumer et de reprendre le traitement nasal qu'elle avait arrêté depuis plusieurs mois (dossier AI p. 858). 5.2.5. Récidive du syndrome du tunnel tarsien gauche et autres affections somatiques. Parallèlement à cela, d'autres rapports médicaux, établis par Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, ont encore été produits en lien avec la récurrence du syndrome du tunnel tarsien gauche, ayant fait l'objet le 7 février 2017 d'une opération suite à laquelle une incapacité de travail a été attestée jusqu'au 9 avril 2017 (dossier AI p. 841). Il en ressort que les douleurs ont été réduites grâce à l'intervention, mais que la recourante a dû réapprendre à marcher correctement, ce qui a provoqué à nouveau des douleurs qui laissent penser à une fasciite plantaire, problème qui a des répercussions sur son travail. L'emploi de concierge exercé jusqu'alors n'est plus exigible, mais une autre activité peut être exercée à 100% sans diminution de rendement, pour autant qu'elle respecte certaines limitations, plus particulièrement une alternance entre les positions assise et debout, la même position ne pouvant être maintenue plus d'une heure et le périmètre de marche étant limité à 200 mètres. Prenant en considération les éléments qui précèdent, Dr I. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a rendu un nouvel avis le 23 mai 2017, confirmant qu'aucune aggravation durable de l'état de santé n'est attestée, que celui-ci est au contraire stable et que l'exigibilité médicale dans une activité adaptée demeure inchangée (dossier AI p. 856). Dr L. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a quant à lui rempli le 8 juin 2017 un nouveau formulaire de rapport à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité, sur lequel il indique que l'état

Tribunal cantonal TC Page 14 de 21 de santé de sa patiente s'est aggravé, qu'elle n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle et qu'elle peut exercer une activité adaptée au taux de 50%. Il précise que les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail sont la sinusite chronique, le syndrome du tunnel tarsien à gauche et les coxalgies des deux côtés. Il ajoute que la motivation pour un reclassement professionnel est faible et que l'absentéisme prévisible est important (dossier AI p. 863). Puis, dans un rapport médical intermédiaire du 6 juillet 2017, Dr O. \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente avait alors repris le travail, que son état de santé s'était amélioré depuis avril 2017 (probablement à l'égard de la problématique du tunnel tarsien) et qu'il existait désormais une suspicion d'une irritation des adducteurs au niveau du bassin des deux côtés, pour laquelle un traitement de physiothérapie était prescrit. Sur cette base, l'Office de l'assurance-invalidité a établi le 28 juillet 2017 un projet de décision de refus d'entrer en matière (dossier AI p. 869), suite auquel la recourante a formulé des objections le

## **E. 24**

novembre 2017 en faisant valoir que son état de santé s'était péjoré (dossier AI p. 887). Sur le plan somatique, elle a rappelé certaines des atteintes mentionnées ci-dessus (genou gauche, pied gauche, problèmes pulmonaires), insistant sur les douleurs à son pied gauche, incompatibles avec la position debout un tant soit peu prolongée. Sur le plan psychique, elle a fait valoir un syndrome anxio-dépressif (voir ci-dessous ch. 5.2.6.) S'agissant des atteintes somatiques, par courrier du 11 octobre 2018 de son mandataire (dossier AI p. 907), la recourante a encore signalé qu'elle avait dû consulter en août et en septembre 2018 son chirurgien traitant en raison d'une récurrence de son tunnel tarsien, qu'un cancer lui avait été diagnostiqué à l'occasion d'une consultation auprès du Service de gynécologie de l'Hôpital fribourgeois et qu'en octobre 2018, elle avait dû se rendre au Service des urgences du même hôpital en raison d'un blocage du dos. Sur le même plan, son médecin généraliste a rédigé un rapport résumant la situation le 2 novembre 2018 (dossier AI p. 930). Dr P. \_\_\_\_\_,

médecin adjoint auprès du Service d'antalgie de l'Hôpital fribourgeois a établi deux rapports mettant en évidence les diagnostics de douleurs neuropathiques, de périarthrite de la hanche, de syndrome rotulien et de syndrome de Maigne (douleurs au niveau du bas du dos), ainsi que des diagnostics a priori totalement nouveaux, à savoir un tunnel carpien bilatéral, plus symptomatique à gauche qu'à droite, et une probable tendinopathie du sous-scapulaire droit (dossier AI p. 937 ss). Dr O. \_\_\_\_\_ a quant à lui répondu le 26 novembre 2018 à un questionnaire établi par le mandataire de la recourante (dossier AI p. 960). Appelé à donner son avis sur les dernières pièces produites, Dr I. \_\_\_\_\_, a rendu un dernier avis le 8 janvier 2019 (dossier AI p. 949). Il relève que le tunnel carpien dont fait état Dr P. \_\_\_\_\_ est une affection de faible gravité qui est traitable par un geste chirurgical simple et qui n'est pas susceptible de motiver une incapacité de travail permanente ou de longue durée au sens de l'assurance-invalidité. Quant aux autres affections mentionnées par ce médecin, y compris les douleurs de l'épaule droite sans diagnostic attesté de façon certaine, elles constituent toutes des « syndromes douloureux » de l'appareil locomoteur. Il rappelle à cet égard que les douleurs en question ont fait l'objet de plusieurs expertises figurant au dossier. Il en conclut que les nouveaux éléments décrits par les médecins traitants ne justifient pas la mise sur pied d'une expertise supplémentaire sur le volet orthopédique.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 21 5.2.6. Atteintes psychiques. Dans un courrier adressé le 20 septembre 2017 au mandataire de la recourante (dossier AI p. 884), Dr L. \_\_\_\_\_ a « confirmé » à celui-ci que l'aggravation de l'état de santé de sa patiente était en rapport avec un syndrome anxio-dépressif latent et chronique depuis plusieurs années, avec des antécédents médicaux de BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) sur tabagisme actif, d'hypertension artérielle et de sinusite chronique ayant nécessité une intervention chirurgicale le 2 octobre 2014. Elle présentait par ailleurs, à ce moment et selon ce médecin, un état d'asthénie qui s'était péjoré par son syndrome anxio-dépressif et qui l'empêchait d'avoir une activité professionnelle supérieure à 50%. En lien avec la même problématique psychique, Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indiquait quant à lui dans un rapport du 13 novembre 2017 (dossier AI p. 377) que sa patiente qu'il suivait depuis l'été 2017 souffrait d'un probable trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère, limitant à ce moment sa capacité de travail de façon partielle, étant donné qu'elle arrivait encore à effectuer ses tâches de travail correctement (voir également rapport du 19 juin 2018 attestant un épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, dossier AI p. 901). Suite à ces nouveaux éléments liés à une prise en charge psychiatrique, sur recommandation de Dr I. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR (voir dossier AI p. 896), une expertise psychiatrique a été organisée. Dans son rapport du 15 février 2019, Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie a notamment établi une synthèse du dossier et une anamnèse relativement complète. Il pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique qui se caractérise par une tristesse et humeur dépressive d'un degré léger, sans ralentissement psychomoteur, sans troubles du sommeil, sans idées noires, sans tentative de suicide ni hospitalisation en milieu psychiatrique, avec une anxiété et tension nerveuse en fonction de ses problèmes somatiques, ainsi qu'un sentiment de découragement fluctuant. Il a précisé ne pas avoir pu retrouver des critères objectifs permettant de confirmer le degré de sévérité retenu par le psychiatre traitant et il a précisé que l'état dépressif a été plus important en 2018, à la suite de plusieurs deuils. Il a conclu sur cette base que, du point de vue psychiatrique, la recourante a toujours été capable de travailler à 100%. 5.2.7. Décision de

refus de rente du 21 février 2019. Se fondant sur les éléments qui précèdent, l'Office de l'assurance-invalidité a rendu le 21 février 2019 la décision de refus de rente qui fait l'objet de la présente procédure de recours. Il a retenu en particulier que, sur le plan orthopédique, aucun fait nouveau n'avait pu être dûment objectivé depuis la dernière décision rendue et qu'une expertise supplémentaire n'était pas justifiée. Quant au plan psychique, aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail n'avait été mis en évidence. 5.3. Discussion. 5.3.1. Motifs initiaux. Il faut d'abord constater que la nouvelle demande du 29 juin 2015 était dans un premier temps fondée sur une péjoration alléguée des affections touchant le genou gauche et le pied gauche de la recourante. A cet égard, il ressort des expertises du 29 juin 2015 de Dr J. \_\_\_\_\_ et du 14 juin 2016 de Dr K. \_\_\_\_\_ que l'état du genou de la recourante n'a que peu évolué depuis la précédente

Tribunal cantonal TC Page 16 de 21 expertise de 2011 à laquelle se réfère la décision du 9 août 2012 qui sert de point de comparaison temporel. Plus particulièrement, la nouvelle opération effectuée sur ce genou en 2015 n'empêche pas d'admettre, en prenant également en considération l'avis circonstancié de Dr D. \_\_\_\_\_ qui s'est prononcé en 2018, que la situation est stabilisée. Cela est confirmé par l'arrêt de la physiothérapie au début 2016 et par le constat que les douleurs se manifestent surtout lors de mouvements de pivot et de montées ou descentes d'escaliers. Quant à l'atteinte au pied gauche, elle avait connu une certaine amélioration en 2011, respectivement 2012, puis le syndrome du tunnel tarsien déjà opéré en 2010 a récidivé, avec pour conséquence la réapparition de douleurs et de paresthésies. Il n'en demeure pas moins que cette atteinte a été prise en considération dans l'expertise orthopédique réalisée en 2011, de telle sorte qu'elle ne peut pas être considérée comme nouvelle. Par ailleurs, les documents médicaux figurant au dossier font apparaître que les douleurs qui étaient décrites comme « de pire en pire » lors de l'expertise du 9 juillet 2015, avec des fourmillements la nuit qui obligeaient la recourante à se lever pour faire quelques pas, ont pu être réduites grâce à l'intervention effectuée en février 2017. Cela est en particulier attesté par Dr O. \_\_\_\_\_, chirurgien traitant. Celui-ci a d'abord concédé en avril 2017 que le réapprentissage de la marche après cette opération avait provoqué à nouveau des douleurs qui laissaient penser à une fasciite plantaire, problème ayant des répercussions sur son travail. Mais dès juillet 2017, il a indiqué que la situation s'était améliorée. Il l'a confirmé dans son rapport du 26 novembre 2018 dans lequel il a indiqué que des douleurs au pied gauche persistaient lors de la charge et qu'il y avait une légère amélioration depuis mars 2017 (voir dossier AI p. 960), puis encore dans son rapport du 14 janvier 2019 produit avec les contre-observations, dans les termes suivants: « depuis la dernière fois, la situation au niveau du tunnel tarsien avec les infiltrations par [Dr P. \_\_\_\_\_] s'est améliorée. Il y a encore une douleur qui persiste. Il y a encore des infiltrations qui sont prévues pour ceci. D'autre part, elle présente des douleurs sous le pied au niveau de l'avant-pied à la pression. Au repos, aucune douleur mais, dès qu'elle se lève et charge elle a des douleurs. » Ces constats, fondés sur les deux expertises requises par la recourante, sur l'avis circonstancié donné Dr D. \_\_\_\_\_ à la demande de l'assurance-accidents et sur les rapports médicaux établis par les médecins traitants, laissent apparaître que les atteintes au genou gauche et au pied gauche n'ont pas connu d'évolution significative. Ce sont essentiellement les douleurs, par essence subjectives, qui semblent avoir varié. C'est le lieu de relever que, alors même que l'activité de concierge a été bien logiquement considérée par les experts et les médecins traitants comme inadaptée à son état de santé, la recourante y retourne invariablement après chaque incapacité de travail attestée, tout en se plaignant de sa pénibilité et de la fatigue qu'elle induit, de telle sorte qu'elle ne

peut pas l'exercer à plus de 40%. Le constat qu'elle peut assumer – même à un taux réduit – une activité aussi pénible, qui ne permet notamment pas d'éviter le port de charges, la montée et descente d'escaliers et certains autres mouvements inadaptés, va plutôt dans le sens qu'elle pourrait travailler dans une bien plus grande mesure dans une activité qui serait adaptée à ses limitations et qui serait dès lors moins susceptible de la fatiguer et de lui causer des douleurs. Dans la ligne des conclusions de l'expertise de 2011 de Dr F. \_\_\_\_\_, confirmées quant au taux exigible notamment par Dr O. \_\_\_\_\_ en avril 2018 et Dr D. \_\_\_\_\_ en août 2018, il faut dès lors admettre comme établi que, eu égard aux atteintes à son genou gauche et à son pied gauche, la recourante reste apte à travailler à plein temps dans le domaine du secrétariat, à 100% mais

Tribunal cantonal TC Page 17 de 21 avec une diminution de rendement de 10% tenant compte du ralentissement prévisible dans ses déplacements et de la prise de pauses plus fréquentes ou prolongées. Le fait que Dr J. \_\_\_\_\_ ait retenu en juin 2015 une capacité de travail moindre (50%, voire « au moins 50% ») ne change rien à cette conclusion. En effet, ce spécialiste n'explique pas du tout dans son expertise en quoi les affections au genou gauche et au pied gauche empêcheraient celle-ci d'accomplir des tâches de secrétariat durant un horaire de travail complet, moyennant des pauses plus fréquentes pour faire quelques pas et se dégourdir les jambes. Il en va de même de l'avis de Dr E. \_\_\_\_\_, chirurgien traitant, et de Dr L. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, qui semblent tous deux maintenir que la recourante aurait une capacité de travail réduite également dans une activité adaptée, sans toutefois formuler d'explication concrète étayant leur point de vue.

5.3.2. Motifs liés à des affections pulmonaires et ORL. Dans un deuxième temps, soit plus spécifiquement dans la deuxième partie de l'année 2016 et en 2017, la recourante a fait valoir des problèmes pulmonaires et ORL. Il a toutefois été vu ci-dessus (consid. 5.2.4) que le pneumologue consulté a clairement exclu toute incidence de ces affections sur la capacité de travail et que le rapport établi par le spécialiste ORL ne permet pas non plus de retenir une atteinte invalidante. 5.3.3. Motifs psychiques. Puis, dès l'automne 2017, ce sont des atteintes à la santé psychique qui ont plus été mises en évidence. Sur ce point, on peut relever d'emblée que la recourante avait déjà vécu en 2008 un épisode dépressif qui avait alors été qualifié de sévère par sa psychiatre traitante, mais qui s'était rapidement amélioré (voir ci-dessus consid. 5.1, à la fin). Cela étant, s'agissant du nouvel épisode qui a débuté en 2017, l'expertise psychiatrique réalisée au début de l'année 2019 fait ressortir de façon convaincante que la recourante connaît certes une tristesse et une humeur légèrement dépressive, mais qu'il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, de troubles du sommeil, d'idées noires ou suicidaires, mais uniquement une certaine anxiété et tension nerveuse en fonction de ses problèmes physiques, ainsi qu'un sentiment de découragement fluctuant. Ces éléments sont insuffisants pour retenir l'existence d'une limitation de la capacité de travail du point de vue psychiatrique. C'est dès lors à juste titre que l'Office de l'assurance-invalidité a repris cette conclusion ressortant de l'expertise, écartant ainsi les avis contraire des médecins traitants, généraliste et psychiatre, qui retenaient l'existence d'un « probable trouble dépressif récurrent » qui empêchait la recourante d'exercer une activité professionnelle à temps complet. 5.3.4. Autres motifs invoqués en dernier lieu. Dès la deuxième partie de l'année 2018, la recourante invoque encore plusieurs autres atteintes somatiques. Elle fait d'abord état d'un « cancer » diagnostiqué lors d'une consultation gynécologique. Elle n'indique toutefois à aucun moment en quoi consiste exactement cette affection, quels soins elle aurait pu justifier et dans quelle mesure elle pourrait avoir une incidence sur sa capacité de travail. Selon un rapport du 22 novembre 2018 de Dr

P. \_\_\_\_\_ (dossier AI p. 940), il s'agit d'un nodule

Tribunal cantonal TC Page 18 de 21 au niveau de l'endomètre, qui nécessite une surveillance régulière, ainsi qu'un nodule au niveau du sein gauche. Elle mentionne ensuite un tunnel carpien bilatéral, plus symptomatique à gauche qu'à droite. A ce sujet, il doit être relevé avec Dr I. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, qu'il s'agit d'une affection de faible gravité qui n'est pas de nature à justifier une incapacité de travail de longue durée. Enfin et surtout, se référant à des rapports établis par Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en antalgie, elle énumère différents « syndromes douloureux » dont certains pour lesquels les médecins consultés ne paraissent pas avoir posé de diagnostic clair. Ceux de « douleurs neuropathiques du nerf tibial gauche et du nerf fibulaire commun gauche » et de « syndrome rotulien » concernent les affections au genou gauche et au pied gauche déjà discutées ci-dessus. Ceux de « périarthrite de la hanche droite » et de « syndrome de Maigne à droite » [douleurs au niveau du bas du dos] visent également des affections déjà connues de longue date puisqu'elles ont déjà été prises en considération dans l'expertise réalisée en 2011 par Dr F. \_\_\_\_\_ (voir ci-dessus ch. 5.1). Enfin, celui de « probable tendinopathie du sous-scapulaire droit » paraît totalement nouveau, n'est pas confirmé et Dr P. \_\_\_\_\_ n'explique pas dans ses rapports en quoi il pourrait affecter la capacité de travail dans une activité adaptée. Plus particulièrement, en réponse à une question du mandataire de la recourante, il répond qu'en raison des atteintes diagnostiquées, « la capacité de travail est diminuée surtout qu'elle présente actuellement un tunnel carpien ainsi que des douleurs de l'épaule droite » (voir rapport du 17 décembre 2018, dossier AI p. 938). Il ne donne toutefois aucune précision quant au type et à la durée des limitations que ces deux affections impliqueraient.

5.3.5. Appréciation globale. Il résulte des éléments discutés ci-dessus qu'au moment où la décision attaquée a été rendue, soit le 21 février 2019, la recourante insistait plus particulièrement sur plusieurs atteintes. Celles-ci consistaient toutefois pour l'essentiel en des douleurs liées à des affections qui étaient soit déjà connues et n'ayant pas évolué de façon significative depuis la date déterminante du 9 août 2012 (genou gauche et pied gauche), soit sans effet incapacitant à long terme (tunnel carpien bilatéral), soit encore peu claires et non confirmées quant au diagnostic à l'effet sur la capacité de travail de la recourante (divers syndromes douloureux). Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'Office de l'assurance-invalidité a retenu qu'à la date de sa décision rendue le 21 février 2019, l'état de santé de la recourante n'avait pas connu d'évolution significative et ne s'était ainsi pas aggravé dans une mesure justifiant désormais l'octroi d'une rente d'invalidité.

5.3.6. Demande de nouvelle expertise multidisciplinaire La recourante soutient encore que l'Office de l'assurance-invalidité aurait dû mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire (rhumatologique, orthopédique et psychiatrique) avant de statuer. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur. Selon l'art. 43 LPGa, il examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (voir al. 1).

Tribunal cantonal TC Page 19 de 21 Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le principe inquisitoire n'est en outre pas absolu dans la mesure où sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à

l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). En l'espèce, il ressort de ce qui précède qu'au moment de rendre sa décision, l'Office de l'assurance-invalidité disposait non seulement de plusieurs expertises orthopédiques et psychiatrique, mais également de nombreux rapports médicaux relatifs aux différentes affections dont souffre la recourante. L'ensemble de ces données médicales était suffisant pour procéder à une appréciation des faits avancés à l'appui de la nouvelle demande qui était d'abord fondée sur une péjoration alléguée des affections touchant le genou gauche et le pied gauche, puis sur des affections pulmonaires et ORL, puis sur des motifs psychiques et, enfin sur d'autres atteintes somatiques. S'agissant plus particulièrement de ces dernières, il faut mettre en évidence que les avis médicaux apportés par la recourante dans les mois précédant la décision mentionnaient surtout la présence de douleurs, ainsi que des diagnostics et des tentatives d'explications encore peu claires et non confirmées, notamment quant à leur effet sur la capacité de travail de la recourante dans une activité de secrétariat médical par exemple. Dans ces conditions et au moment où elle a rendu sa décision, l'autorité intimée n'était ainsi pas tenue d'organiser une nouvelle expertise dont le but aurait pu être plutôt assimilé à la seule recherche de diagnostics – non encore clairement posés – dans le but d'éventuellement trouver une étiologie plus claire aux douleurs dont souffre la recourante et dont l'intensité n'avait pas trouvé jusqu'alors de justification objective. On aboutit du reste au même constat en examinant les rapports médicaux produits par la recourante avec ses contre-observations du 27 mai 2019. Ceux-ci font en effet aussi état soit de douleurs liées à des diagnostics déjà connus et discutés, soit à des diagnostics au moins en partie nouveaux, en cours d'évaluation. Dans son rapport du 14 janvier 2019, Dr O. \_\_\_\_\_ rappelle ainsi plus particulièrement les diagnostics de métatarsalgies au pied gauche, douleurs neuropathiques au pied gauche, récurrence d'un syndrome de tunnel tarsien au pied gauche, syndrome du piriforme de la hanche droite, syndrome fémoro-patellaire du genou droit et de fasciite plantaire du pied gauche. Plusieurs diagnostics sont aussi posés par Dr S. \_\_\_\_\_, également spécialiste en chirurgie orthopédique, à savoir « probable syndrome de tunnel carpien gauche plus que droit », « probable arthrose acromio-claviculaire symptomatique à droite » et « douleurs neuropathiques du nerf tibial gauche et du nerf fibulaire commun à gauche sur status post cure de tunnel tarsien » (rapport du 1er mars 2019). Il en va de même de Dre T. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, qui mentionne quant à elle les diagnostics de « syndrome multicanalaire », « maladie rhumatismale de type polyarthrite rhumatoïde ou spondylarthrite ankylosante entraînant des tuméfactions des doigts et des douleurs

Tribunal cantonal TC Page 20 de 21 articulaires », « polyarthralgie mixte » (rapport du 25 avril 2019). A cet égard, on ne peut ainsi que suivre l'avis de Dr I. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, qui relève dans un avis du 24 juin 2019 que ces rapports s'inscrivent « toujours dans le registre des plaintes algiques de l'appareil locomoteur, sans cause organique identifiable susceptible d'expliquer le tableau clinique ». Cela pourrait accréditer la thèse selon laquelle la recourante souffrirait d'un syndrome de Münchhausen, ou similaire, affection qui ne saurait au demeurant être assimilée à une atteinte invalidante au sens de la loi. Il en va de même des rapports établis par les médecins de la Clinique de rhumatologie de l'Hôpital fribourgeois et produits en dernier lieu le 24 décembre 2019, faisant en plus état d'une « polyarthrite séronégative », d'« omalgies à droite plus qu'à

gauche sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs probables » et de troubles oculaires (symptômes de flou visuel progressif suite à la prise de médicaments pour traiter la polyarthrite séronégative). En lien avec ces différents constats effectués par les médecins rhumatologues, il peut tout au plus encore être noté que dans le dernier de ces rapports, établi le 31 octobre 2019, il est fait mention que, compte tenu de la polyarthrite atteignant les mains, « la capacité de travail pour un travail nécessitant le port de charges est limitée, selon les douleurs ». Ce qui ne fait que rejoindre les limitations confirmées de longue date dans les décisions successives de l'Office de l'assurance-invalidité. 6. Sort du recours et frais. 6.1. Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours tendant à l'annulation de la décision du 21 février 2019 et au renvoi du dossier pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise multidisciplinaire doit être rejeté. 6.2. Vu le sort du recours, la procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de fixer les frais de justice à CHF 800.- et de les mettre à la charge de la recourante. Ce montant sera acquitté par prélèvement sur l'avance de frais de CHF 400.- qui a été effectuée et par facturation du solde de CHF 400.-. 6.3. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 21 de 21 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ce montant sera acquitté par prélèvement sur l'avance de frais de CHF 400.- qui a été effectuée et par facturation du solde de CHF 400.-. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Pour la suspension des délais de recours liée au Covid-19, se référer aux ordonnances du Conseil fédéral, cas échéant du Tribunal fédéral en consultant le site de ce dernier. 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 avril 2020/msu Le Président : La Greffière-stagiaire :

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