

# FR\_GERICHTE 608 2019 336 vom 18. November 2020

FR Kantonsgericht, 2020-11-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2019\\_336](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_336)

FR: FR\_GERICHTE 608 2019 336 du 18 novembre 2020

IT: FR\_GERICHTE 608 2019 336 del 18 novembre 2020

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

### E. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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).

### E. 2.2

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également 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). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). 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).

### **E. 2.3**

D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont 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). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à 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.

### **E. 2.4**

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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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). 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). 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. A cet égard, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008).

## **E. 2.5**

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. 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 12 Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison

dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

### **E. 2.6**

Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées. Selon cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Lorsque c'est le juge qui, le premier, constate le caractère sans nul doute erroné de la décision de rente initiale, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration en application de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (arrêt TF 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.1 et 4.2 et les références citées). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3, 119 V 475 consid. 1b/cc). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 8 consid. 2c, 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts TF 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

### **E. 3**

La question litigieuse porte sur le droit de l'assurée à une rente. Il convient par conséquent d'examiner si son état de santé et l'influence de celui-ci sur sa capacité de travail se sont péjorés depuis la dernière décision reposant sur un examen matériel, à savoir celle du 16 mars 2018, au point de justifier l'octroi de la rente.

#### **E. 3.1**

A cette période, l'OAI s'était basé, sur le plan psychique, sur une expertise du 9 avril 2016 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, réalisée sur mandat de l'assureur perte de gain maladie (dossier OAI p. 277). L'expert avait diagnostiqué un épisode dépressif d'intensité légère (F32.0) n'entraînant aucune incapacité de travail. Il a

expliqué pourquoi, contrairement au psychiatre traitant, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, il ne retenait pas un état anxio-dépressif sévère associé à un syndrome polyalgique diffus ni une capacité de travail nulle. La crainte de tomber était en effet strictement liée aux problèmes somatiques, sans généralisation, et il existait des substrats anatomo- pathologiques nets et clairement définis contredisant la notion de syndrome polyalgique aigu. L'expert a nié l'existence d'un trouble somatoforme douloureux mais relevé le pessimisme de l'assurée par rapport à l'importance de son atteinte physique et par rapport au pronostic négatif selon elle, le fait qu'elle est un peu à bout de lutter, découragée par rapport à l'ensemble de l'évolution et très clairement dans une optique de ne plus pouvoir travailler. Il décrit l'assurée comme étant très maigre, retenue, sans accentuation féminine, avec une expression souffrante, non souriante avec un important tableau physique. Il n'a pas constaté de ralentissement psychomoteur, ni de trouble cognitif majeur ou de trouble formel de la pensée, ou encore d'obsessionnalité ou d'hypocondrie quant à la problématique somatique. Il a constaté que la recourante avait plusieurs facettes: elle était en grande partie dans une amertume accentuée, négative, une humeur dysphorique, très mécontente avec l'évolution des choses, et il a pu observer d'autres passages où elle était neutre-euthymique et, surtout dans la dernière phase, il a pu constater quelques petits moments de sourires. Si l'énergie vitale était abaissée, elle était toujours présente. L'expert a encore relevé la non observance de la prise des antidépresseurs prescrits et le fossé qui s'est accentué entre l'appréciation objective et celle subjective. Dans un rapport postérieur à cette expertise, le Dr E. \_\_\_\_\_ a posé notamment les diagnostics de trouble anxieux généralisé, syndrome polyalgique diffus, asthénie et dépressivité, amaigrissement pathologique. Il a considéré que l'activité habituelle n'était plus exigible mais que dans un travail à faible fatigabilité physique, la capacité était de 50% sans diminution de rendement (rapport du 13 juillet 2016, dossier OAI p. 248). Le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecin du SMR, a relevé le 28 juillet 2016 que le diagnostic posé par le psychiatre traitant ne correspondait pas à un diagnostic selon une nomenclature reconnue. Il fallait dès lors probablement comprendre un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), affection relativement mineure ne fondant pas une incapacité de travail permanente ou de longue durée (dossier OAI p. 252). Le 13 mars 2018, il a précisé qu'il n'y avait aucun fait nouveau médicalement attesté sur le plan psychiatrique (dossier OAI p. 363). Sur le plan physique, une expertise rhumatologique a été réalisée le 5 juillet 2016 par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, également sur mandat

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 de l'assureur perte de gain maladie (dossier OAI p. 257). Cet expert a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un status après double arthroscopie du genou gauche en 2010 pour une ménissectomie interne et externe compliquée par une arthro-fibrose antérieure secondaire avec une restriction de la flexion à 90° et une ostéoporose traitée par Prolia. Sans effet en revanche sur sa capacité de travail, le rhumatologue a noté les diagnostics de très faible poids corporel (IMC : 15.7 kg/m<sup>2</sup>), tabagisme chronique et lombalgies intermittentes actuellement en rémission. Il relevait l'existence de gonalgies gauches persistantes qui se sont décompensées il y a un an dans le contexte de vraisemblable arthro-fibrose antérieure consécutive aux deux arthroscopies effectuées en 2010. Le genou gauche était sec, stable et présentait des signes de conflit fémoro- patellaire, en étant restreint à la flexion à 90° (160° à droite) avec une distance talon-fesses à 50 cm (3 cm à droite). L'expert constatait une amyotrophie globale symétrique aux deux cuisses dans le contexte d'extrême maigreur (IMC 15.7), l'examen

neurologique et le reste de l'examen ostéo-articulaire étant normaux. Il notait encore que les constatations cliniques étaient en corrélation avec les plaintes et les observations du bilan radiologique effectué en 2015. Il retenait une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et une pleine capacité dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes: ne pas rester dans des positions statiques debout en piétinement, avoir la possibilité d'alterner les positions assise et debout, ne pas porter de charges de plus de 10kg, ne pas s'accroupir ni s'agenouiller, ne pas monter ou descendre des escaliers ou des échelles, et ne pas s'exposer à des risques de chutes augmentés à cause de son extrême maigreur et d'une ostéoporose densitométrique. Le 24 janvier 2018, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de I. \_\_\_\_\_, diagnostiquait une discopathie L4-L5, un déconditionnement global du genou gauche post-chirurgie arthroscopie, des douleurs péri-articulaires chroniques au genou gauche avec suspicion d'un neurome du nerf saphène, voire de la branche infra-rotulienne du nerf saphène, une suspicion d'un syndrome de friction du tractus ilio-tibial, une raideur articulaire avec flexion limitée à 90° sur status post deux arthroscopies en 2010, ainsi que des lombalgies chroniques sur sacralisation latérale droite L5. Il attestait d'une incapacité totale dans l'activité d'infirmière et d'une incapacité de 50% avec diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles – port de charges jusqu'à 4-5kg, la marche sur terrain inégal, la montée et la descente des escaliers ou des échelles, la position à genoux et accroupie. Il recommandait un travail plutôt de bureau avec possibilité d'être en position alternée debout mais de façon non répétitive (dossier OAI p. 322). Le Dr F. \_\_\_\_\_ a pris position sur ce rapport le 13 mars 2018 (dossier OAI p. 363) et a relevé que le status du genou gauche et les limitations fonctionnelles du Dr H. \_\_\_\_\_ étaient superposables à celles "du rapport d'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ du 05.07.2016", et que les diagnostics du Dr H. \_\_\_\_\_ étaient identiques à ceux qu'il avait posés le 24 avril 2015. Il ne retenait ainsi aucun fait nouveau.

### **E. 3.2**

Après la décision du 16 mars 2018, la situation a évolué de la manière suivante. Du point de vue psychique, le Dr E. \_\_\_\_\_ relève le 8 septembre 2018 que l'assurée présente un état d'aggravation pathologique de sa situation tant mentale que physique, sous la forme d'une douleur morale profonde associée à un état de maigreur pathologique nécessitant maintenant son hospitalisation (dossier OAI p. 393). Le 9 mars 2019, il diagnostique une dépression réactionnelle (F32.11) et atteste d'un amaigrissement pathologique en rapport avec une conduite anorexique s'inscrivant dans le cadre d'une dépression réactionnelle aux limitations physiques. Il indique des difficultés dans la gestion des émotions, une hypersensibilité au stress, l'apparition périodique de phases de décompensation. Il observe également que la situation et les limitations fonctionnelles

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 sont identiques à celles de la précédente demande. Il estime en outre que les activités exigeant de l'endurance et du stress ne sont pas adaptées, mais que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée (dossier OAI p. 410). Le Dr F. \_\_\_\_\_ relève que le code F32.11 correspond à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, qui est un trouble de l'humeur réactionnel de faible gravité. Ce trouble ne nécessite ici qu'une consultation psychiatrique par mois et un traitement antidépresseur à très faible dose. Il constate l'absence d'aggravation justifiant une incapacité de travail durable dans une activité adaptée (rapport du 26 juillet 2019, dossier OAI p. 417). Il est encore mentionné que l'hospitalisation de la recourante à cause d'un état de maigreur

pathologique ne s'est pas faite étant donné qu'elle n'aurait pas eu les moyens de la payer (premier point de situation Intake du 21 novembre 2018, dossier OAI p. 401). Aucun rapport en lien avec les problèmes physiques ne figure au dossier.

### **E. 3.3**

Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour constate que la cause est suffisamment instruite sur le plan physique et sur le plan psychique, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire n'apporterait rien de plus. En effet, la situation médicale ressort clairement des rapports médicaux. Force est d'abord de constater que l'état d'amaigrissement existait déjà avant la décision du 16 mars 2018 et qu'il ne s'est pas aggravé. En effet, l'IMC était d'environ 15,7 en 2015 et 2016 (notamment expertise rhumatologique du 5 juillet 2016, dossier OAI p. 261, et expertise psychiatrique du 9 avril 2016, dossier OAI p. 283). Le 23 novembre 2019, peu de temps après la décision litigieuse, le Dr K. \_\_\_\_\_ indique que l'IMC est de 16,4, soit légèrement supérieur à celui de 2015 et 2016 (dossier OAI p. 431), de sorte que l'on peut admettre qu'il était le même dix jours plus tôt. De plus, si le Dr E. \_\_\_\_\_ relève en septembre 2018 que cet état nécessite désormais une hospitalisation, celle-ci n'a pas eu lieu en raison de la situation financière de l'assurée qui n'a pas eu les moyens de la prendre en charge (premier point de situation INTAKE du 21 novembre 2018, dossier OAI p. 401), montrant par là l'absence d'aggravation de son état, puisque l'assurance-maladie aurait très vraisemblablement pris en charge l'hospitalisation si elle avait été indispensable. Par ailleurs, si les diagnostics psychiques posés se sont modifiés (épisode dépressif d'intensité légère pour l'expert ou notamment trouble anxieux généralisé pour le Dr E. \_\_\_\_\_ en 2016, puis dépression réactionnelle en 2018), force est de constater qu'ils n'ont pas d'influence négative sur la capacité de travail de l'assurée, au contraire. En effet, le Dr E. \_\_\_\_\_ retenait en juillet 2016 une capacité de 50% dans une activité adaptée, mais toujours une pleine capacité dans une activité adaptée en mars 2019. Il relève également, toujours en mars 2019, que la situation et les limitations fonctionnelles sont identiques à celle de la précédente demande, soit celle du 1er février 2016. Si l'antidépresseur a été changé, force est également de constater que le traitement médical est resté le même, à savoir une consultation psychiatrique toutes les trois semaines et un antidépresseur à faible dose (expertise psychiatrique du 9 avril 2016, dossier OAI p. 284; rapport du 9 mars 2019 du Dr E. \_\_\_\_\_; 1er point de situation Intake, dossier OAI p. 401). Enfin, si le Dr E. \_\_\_\_\_ mentionne en mars 2019 des phases de décompensation, on ignore leur fréquence et leurs conséquences pour l'assurée.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12

### **E. 3.4**

La recourante a encore produit trois rapports médicaux avec son mémoire de recours. Les deux premiers rapports, du 10 avril 2018 et du 6 septembre 2018, émanent du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et ont été établis en 2018 sans toutefois figurer dans le dossier de l'OAI. Tous deux évoquent les diagnostics de syndrome de Bertolotti droite, d'hémi-sacralisation L5 droite, de syndrome sacro-iliaque droite, de discopathie L4-S1 et d'arthrose sévère articulaire postérieure L4-S1. Ils reprennent également les diagnostics posés par le Dr H. \_\_\_\_\_ le 24 janvier 2018, à savoir un déconditionnement global du genou gauche post-chirurgie arthroscopique, des douleurs péri-articulaires chroniques au genou gauche avec suspicion d'un neurome du nerf saphène, voire de la branche infra-rotulienne du nerf

saphène, et suspicion d'un syndrome de friction du tractus ilio-tibial et une raideur articulaire avec flexion limitée à 90° sur status post-2 arthroscopies en 2010 et status post-arthroscopie et ménisectomie partielle interne et externe avec libération d'adhérences sous-rotuliennes le 30 juillet 2010. Le 10 avril 2018, le Dr L. \_\_\_\_\_ note que le status est superposable au dernier contrôle et relève que l'anomalie transitionnelle à droite, aggravée par une arthrose à ce niveau, explique les douleurs et que la marche déséquilibrée à cause du genou gauche péjore l'état de la colonne. Le 6 septembre 2018, il reprend l'ensemble des diagnostics et indique que les douleurs lombaires chroniques et mécaniques ne se sont pas aggravées depuis la dernière consultation, les douleurs sont dues au canal lombaire dégénératif sur les deux derniers étages avec arthrose sévère facettaire et discopathie et anomalie transitionnelle type syndrome de Bertolotti avec héli-sacralisation L5 à droite. Les diagnostics du Dr H. \_\_\_\_\_ avaient déjà été pris en compte lorsque la décision du 16 mars 2018 a été rendue et il n'y a pas lieu d'y revenir. Quant aux autres, ils existent depuis 2011 et figurent notamment dans l'expertise rhumatologique du 20 juillet 2011 du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, laquelle mentionnaient déjà également des douleurs et une marche déséquilibrée (dossier OAI p. 109). Si l'arthrose articulaire postérieure semble avoir évolué, d'abord localisée en L5-S1 (expertise du Dr J. \_\_\_\_\_), puis en L4-S1, rien n'indique qu'il y a eu augmentation des douleurs déjà présentes. Le Dr L. \_\_\_\_\_ indique d'ailleurs le 10 avril 2018 que le status est superposable au dernier contrôle, sans mention d'une date, mais qui est probablement celui réalisé en janvier 2018 par le Dr H. \_\_\_\_\_, ce qui démontre l'absence d'évolution depuis la décision du 16 mars 2018. Il ne se détermine par ailleurs pas quant à une incapacité de travail, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Le troisième certificat a été établi le 23 novembre 2019 par le Dr K. \_\_\_\_\_. Celui-ci constate une péjoration de l'état de santé de sa patiente avec une perte pondérale inquiétante et un déconditionnement musculaire majeur rendant les déplacements difficiles, qui s'accompagne d'un état de fatigue important. Il relève un BMI à 16.4 et ajoute que l'évolution de la pathologie du genou reste défavorable. Il note encore des douleurs lombaires dans le cadre de troubles arthrosiques et une discopathie L4-S1. Enfin, il observe une répercussion psychique notable avec une humeur dépressive et un sentiment d'être complètement perdue face aux problèmes somatiques et sociaux. Il n'est cependant pas établi que ce rapport concernerait la période avant que la décision attaquée ne soit rendue. Quoiqu'il en soit, le déconditionnement musculaire (ou amyotrophie) et la fatigue étaient présents déjà en juillet 2016, sans qu'une évolution ne soit ensuite attestée. Il en est de même des douleurs lombaires et de la discopathie qui existaient également depuis au moins 2016. Quant à la difficulté de déplacement, qui existe depuis 2011 (notamment rapport du 10 octobre 2011 du Dr K. \_\_\_\_\_, dossier OAI p. 142), et l'évolution

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 défavorable de la pathologie du genou, leur description peu précise ne permet pas d'en déduire une aggravation de l'état de santé. Enfin, le médecin n'indique pas quelle serait l'influence de tous ces troubles sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

### **E. 3.5**

Pour terminer, la recourante allègue qu'au vu des rapports médicaux, son état de santé somatique s'est cristallisé et ses ressources personnelles ont été réduites à néant en raison d'un long parcours du combattant, ce qui implique que son éventuelle capacité résiduelle de travail ne peut être mise à profit que dans un cadre protégé, ainsi que l'atteste l'institution

Intégration pour tous. Le rapport du 31 octobre 2017 de cette institution ne figure pas au dossier de l'OAI. Il n'est cependant pas de nature à remettre en cause l'exigibilité dans une activité sur le marché équilibré du travail. En effet, contrairement à ce qu'affirme la recourante, l'institution n'atteste pas que seule une activité dans un cadre protégé est possible, mais seulement que l'assurée se verrait bien travailler dans un tel cadre. Elle décrit en effet seulement le déroulement de la collaboration avec l'assurée sans prendre position sur ce point.

#### **E. 4**

La recourante estime encore que les décisions du 15 décembre 2011 et du 16 mars 2018 refusant le droit à la rente sont nulles et que la Cour de céans doit, moyennant une reconsidération au sens de l'art. 53 LPGA, revenir d'office sur ces décisions formellement passées en force, au sujet desquelles aucune autorité judiciaire ne s'est prononcée, afin de corriger une application initiale erronée du droit et une constatation erronée des faits résultant de l'appréciation arbitraire des preuves. S'agissant de la décision du 15 décembre 2011, elle conteste l'utilisation de la méthode mixte dès lors qu'elle n'a baissé son taux d'activité, qui était de 100%, qu'en raison de la naissance de ses enfants, et met en cause la valeur probante de l'expertise rhumatologique en relevant que la situation n'était pas encore stabilisée et que l'expert se contredit sur les questions des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail dans l'activité habituelle. Quant à celle du 16 mars 2018, la recourante prétend que l'OAI aurait comparé à tort l'état de santé existant en 2016, au lieu de celui existant en décembre 2011, à celui de mars 2018, et qu'il aurait, sur le plan psychique, retenu l'avis du médecin du SMR alors que celui-ci était contesté par le psychiatre-traitant et par une expertise psychiatrique. L'autorité intimée ne s'est pas déterminée à ce sujet. En l'espèce, force est de constater que les deux décisions sont entrées en force sans avoir été attaquées en temps utile et qu'il n'y a ainsi pas lieu d'y revenir. En particulier, dans la mesure où le Tribunal de céans confirme l'existence d'une capacité actuelle de travail dans une activité adaptée et l'absence d'évolution défavorable, il n'y a pas de place pour reconsidérer les premières décisions par application analogique de l'art. 53 al. 2 LPGA.

#### **E. 5**

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 13 novembre 2019 confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant versée le 27 décembre 2019.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 Vu l'issue de la procédure, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A. \_\_\_\_\_. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 27 décembre 2019. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 18 novembre 2020/cso Le

Président : La Greffière-rapporteure :

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