

# FR\_GERICHTE 608 2021 182 vom 9. Juni 2022

FR Kantonsgericht, 2022-06-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2021\\_182](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_182)

FR: FR\_GERICHTE 608 2021 182 du 9 juin 2022

IT: FR\_GERICHTE 608 2021 182 del 9 giugno 2022

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1.1

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

### E. 1.2

Dans le cadre du "développement continu de l'AI", notamment la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705; FF 2017 2535). Compte tenu du principe de droit intertemporel selon lequel les dispositions légales applicables sont celles qui étaient en vigueur à l'époque à laquelle les faits juridiquement déterminants se sont produits (cf. notamment ATF 129 V 354 consid. 1), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

### E. 2

La recourante conclut à l'annulation de la décision attaquée. Elle conteste les conclusions de l'expertise du 27 novembre 2020, et demande, si nécessaire, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

### E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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).

### E. 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. 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).

### **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 évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible –, le revenu d'invalide doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]; ATF 135 V 297; 126 V 75; 124 V 321 consid. 3b/aa). A cet égard, il convient en principe de se référer au salaire mensuel brut (valeur centrale) pour tous les secteurs économiques confondus de l'économie privée (arrêt TF 9C\_214/2009 du 11 mai 2009 consid. 5.2). Dans la mesure où les salaires tirés de l'ESS sont en principe déterminés en fonction d'un horaire de 40 heures par semaine, le Tribunal fédéral a estimé qu'il fallait les rapporter à la

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 durée hebdomadaire de travail durant l'année considérée (arrêt TF 9C\_666/2009 du 26 février 2010 consid. 3.2).

### **E. 2.5**

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). 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). 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12

## **E. 2.6**

Selon l'art. 87 RAI, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, 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 (au sens de l'art. 17 LPGA) est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de

manière à influencer les droits de l'assuré. Lorsqu'il dépose une nouvelle demande, l'assuré doit ainsi rendre plausible une modification notable des faits déterminants influant sur le droit aux prestations (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; 130 V 71 consid. 2.2). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références); le but est ainsi lié, sur un plan théorique, à la force matérielle de la décision (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, in RSAS 47/2003 p. 395). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière; à cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref; elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter; ainsi, ce dernier ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (cf. arrêt TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2 et les réf.). Sous l'angle temporel, la comparaison des états de fait pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations a pour point de départ la situation telle qu'elle se présentait au moment où l'administration a rendu sa dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit la prestation d'assurance (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3; 133 V 108 consid. 5.3).

### **E. 3**

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis la dernière décision de manière à influencer ses droits.

#### **E. 3.1**

La dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente est la décision de refus du 28 mars 2017, qui a été confirmée par le TAS ZH le 17 août 2018, puis par le Tribunal fédéral le 20 février 2019. Dans sa décision (dossier OAI p. 1076), qui reprend et confirme celle de l'OAI-ZH du 28 mars 2017, le TAS ZH a retenu que les experts ayant réalisé l'expertise pluridisciplinaire du 17 août 2016 avaient fait une appréciation différente d'une situation rhumatologique inchangée. En effet, il a considéré que les constatations de l'expert rhumatologue ne justifiaient aucune modification pertinente de l'état de santé rhumatologique de l'assurée depuis la précédente expertise de mai 2008. La maladie de Madelung était toujours bénigne et sans arthrose secondaire, avec une variante ulnaire faiblement positive, et l'insuffisance pondérale était déjà présente en 2008. De ce fait, une réduction de la

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 capacité de travail dans une activité adaptée de 100% à 30%, due uniquement à la combinaison de l'hyperlaxité et de l'insuffisance pondérale, était incompréhensible. D'un point de vue de la médecine interne, il a considéré que l'incapacité totale de travail due à la mastectomie prophylactique des deux seins et la reconstruction mammaire subséquente avec complication n'était que temporaire, ces deux atteintes ne

pouvant pas justifier une atteinte à la santé permanente. Sur le plan psychiatrique ensuite, toute restriction résultant de l'épisode dépressif modéré diagnostiqué en juillet 2012 dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent pouvait également être qualifiée de temporaire. En effet, en août 2012 déjà, la Dre C. \_\_\_\_\_ ne s'était plus concentrée sur la dépression et avait relevé que l'assurée avait maîtrisé celle-ci avec beaucoup de courage et d'humour noir. De plus, l'expertise de 2016 attestait que la recourante ne prenait pas d'antidépresseur. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'était pas non plus considéré comme plausible, la recourante ne répondant pas aux exigences en terme d'évolution dans le temps. Des critères cliniques essentiels, tels qu'un sentiment persistant d'engourdissement et un engourdissement émotionnel, manquaient également. Ainsi, l'incapacité de travail de 20% constatée par les experts en 2016 pour cause d'état de stress post-traumatique ne se justifiait pas. En résumé, l'état de santé de la recourante n'avait pas changé ou ne s'était pas détérioré tant sur le plan somatique que sur le plan psychique depuis la décision du 26 juin 2008. La recourante pouvait donc raisonnablement exercer une activité adaptée à 100%. Enfin, le degré d'invalidité établi dans la décision du 26 juin 2008 demeurait le même, soit 100% dans une activité adaptée. Le TAS ZH a donc rejeté le recours. Le Tribunal fédéral a confirmé cette décision le 20 février 2019. Il a relevé que le tribunal cantonal avait motivé sa décision de manière fiable et que son appréciation des preuves ne pouvait pas être qualifiée d'arbitraire ou d'insoutenable.

### **E. 3.2**

Après la décision du 28 mars 2017, la situation a évolué de la façon suivante :

#### **E. 3.2.1**

La Dre D. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, diagnostique un syndrome d'hyperlaxité articulaire généralisé (syndrome d'Ehlers-Danlos) avec mauvais état général et épuisement physique (R53-R54), une ostéopénie, un status après spondylodèse C6-C7 en 2013 pour hernie discale, un déficit pondéral sévère et des troubles dépressifs récurrents modérés à sévères. Elle retient encore comme diagnostic sans influence sur la capacité de travail un syndrome de fuite de potassium d'origine rénale. La recourante porte de multiples orthèses pour stabiliser ses articulations et doit notamment faire de la physiothérapie une fois par semaine à titre antalgique et pour maintenir une certaine force musculaire. Elle présente également un déficit pondéral majeur avec un IMC à 16 ou 16,5. La rhumatologue atteste également d'une aggravation de l'état de santé qui ne permet actuellement pas d'exercer une activité professionnelle, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Elle précise le 6 décembre 2019 que le score de Beighton, dans le cadre du syndrome d'Ehlers-Danlos, est de 7 sur 9 et que l'assurée doit être aidée même dans son ménage. Le 1er avril 2021, elle ajoute que la résistance au stress est diminuée (rapports du 9 mai 2019, dossier OAI p. 1128; 10 octobre 2010, dossier OAI p. 1161; 6 décembre 2019, dossier OAI p. 1185). La Dre E. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et médecine interne générale, indique le 3 octobre 2019 que l'assurée est connue pour un syndrome d'Ehlers-Danlos avec douleurs généralisés et une

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 baisse progressive de l'état général. Ces dernières années, les douleurs ostéo-articulaires se sont péjorées de façon importante et la recourante présente de plus en plus un état d'épuisement physique ainsi que psychique avec des troubles dépressifs réactifs liés au fait d'avoir toujours mal. Son poids est également à la baisse et elle présente une péjoration de la dyspepsie. La docteure estime qu'il n'existe

aucune capacité de travail (dossier OAI p. 1162). La Dre F. \_\_\_\_\_, spécialiste en néphrologie et médecine interne générale, a également pris position le 21 octobre 2019 (dossier OAI p. 1167). L'assurée souffre d'une tubulopathie Gitelman-like occasionnant des crampes musculaires sur une fuite urinaire de magnésium venant aggraver le tableau ostéoarticulaire d'Ehlers-Danlos.

### **E. 3.2.2**

Suite à la pose du diagnostic de tubulopathie Gitelman-like, une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, médecine interne et psychiatrie a été mise en œuvre auprès de G. \_\_\_\_\_ SA (dossier OAI p. 1225). Elle a été réalisée le 27 novembre 2020 par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'expert-psychiatre ne pose aucun diagnostic avec ou sans influence sur la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, sont ceux de déformation des mains et des pouces dans le cadre d'une maladie de Madelung, un syndrome d'hypermobilité articulaire, un status post chirurgie du cubitus gauche en 2006 et un status post chirurgie cervicale C6-C7 en 2013 (R252). Du point de vue de la médecine interne, celui de crampes musculaires sur tubulopathie rénale (N259) est posé. Sont par contre sans influence les diagnostics de pied plat stade I bilatéral, d'ostéopénie, de troubles de la concentration avec une atteinte cognitive légère, d'insomnies d'endormissement et de maintien du sommeil sans substrat relevant de la médecine interne, de syndrome d'Ehlers-Danlos avec fragilité capillaire, de myopie et presbytie corrigées, de maigreux avec un IMC de 18,44 kg/m<sup>2</sup>, d'allergie médicamenteuse au Ponstan (urticaire diffus), d'insuffisance chronique veineuse stade C1 CEAP avec un status post stripping de varices des deux côtés en 1984, 1997, 2000 et 2005, d'insuffisance rénale de stade 3a, de ferritinémie sub-optimale, de status après hystérectomie en 2004 sur hyperménorrhées anémiantes ligature des trompes en 1996, de status après mastectomie bilatérale dans un contexte préventif pour risque oncologique familial et carcinome in situ à gauche et fibroadénome droit (en avril 2013) après reconstruction mammaire par implants siliconés (en juillet 2013) et retrait des implants pour réaction inflammatoire/infectieuse (en mai 2014) et mammoplastie secondaire (en juillet 2014) compliquée d'hématome axillaire gauche résolutif, de status après ovariectomie bilatérale le 2 mars 2018 et de status après deux cures d'hémorroïdes entre 1999 et 2006. Pour les experts, il n'existe ensuite aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique. L'expert-rhumatologue retient quant à lui la nécessité d'alterner les positions et de porter des charges jusqu'à 5kg maximum, ainsi que d'éviter toute activité à genou, qui demande une sécurité augmentée comme les échafaudages et les échelles, qui force sur le rachis cervical et lombaire ainsi que toute activité qui force sur les mains avec un travail répétitif et de dextérité fine. Le Dr H. \_\_\_\_\_ proscrit pour sa part la conduite et la manipulation de véhicules ou engins dangereux, tout travail en hauteur, en terrain irrégulier, dans les escaliers ou les échafaudages, avec port de charges lourdes au-dessus de 6kg de manière occasionnelle et au-dessus de 4kg de manière répétitive.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle de boulangère-pâtissière, elle est nulle depuis la dernière décision du 28 mars 2017 en raison des troubles rhumatologiques et depuis octobre 2019 également en raison des crampes liées à la tubulopathie. Avant octobre 2019, elle était de 0% de manière transitoire lors des périodes d'hospitalisation et de convalescence sur le plan de la médecine

interne (opération de la hernie discale le 28 octobre 2013, mastectomie et ses suites en avril et juillet 2013, mai et juillet 2014). Il n'y a aucune incapacité du point de vue psychiatrique dans cette profession. Le consensus atteste dès lors d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle depuis le 28 mars 2017. La capacité de travail est par contre entière dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles dans les trois domaines, sauf de manière transitoire lors des périodes d'hospitalisation et de convalescence précitées pendant lesquelles la capacité de travail était de 0%. L'expert-psychiatre relève en outre que la recourante a arrêté tout traitement psychiatrique depuis plusieurs années et a cessé tout suivi psychologique ou psychiatrique depuis 2015. Son collègue rhumatologue mentionne que l'examen au jour de l'expertise ne met en évidence aucune douleur articulaire à la mobilisation des différentes articulations périphériques. Enfin, du point de vue strictement de la médecine interne, la personne assurée se plaint actuellement et spontanément de troubles de la concentration en corrélation avec une asthénie sur sommeil peu récupérateur avec des insomnies, sans substrat relevant de la médecine interne, et de crampes en lien avec une tubulopathie rénale. Il n'existe pas de divergences entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée, sauf lorsque celle-ci dit avoir une certaine fragilité articulaire avec des douleurs alors que l'examen rhumatologique ne met en évidence aucune douleur articulaire à la mobilisation. Du point de vue interdisciplinaire, il n'y a pas d'élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation.

### **E. 3.3**

Le 1er avril 2021, la Dre D. \_\_\_\_\_ s'est déterminée sur cette expertise (dossier OAI p. 1342). Elle estime qu'elle contient des contradictions entre l'incapacité totale de travailler dans sa profession habituelle et la capacité de 100% retenue dans une activité adaptée, ainsi qu'au sujet de la non-aggravation de l'état de santé alors qu'elle atteste du contraire. Elle conteste ensuite l'absence de douleur articulaire alors que la recourante porte de multiples orthèses pour stabiliser ses articulations et qu'elle doit faire très régulièrement de la physiothérapie à titre antalgique ainsi que pour maintenir une certaine force musculaire. Enfin, elle relève un IMC de 16, retient une incapacité totale de travail et est d'avis que les contradictions entre les expertises de 2017 et celle de 2020 reflètent le caractère subjectif de ces évaluations. Dans un complément du 27 juillet 2021, l'expert-rhumatologue a pris position sur ce rapport de la Dre D. \_\_\_\_\_. Il indique que son examen n'a retrouvé aucune douleur, ni signe inflammatoire local à la mobilisation des différentes articulations périphériques, qu'il n'y a pas d'épuisement physique et que l'IMC est de 18. Le syndrome d'Ehlers-Danlos, type hypermobile, est pris en compte avec un score de Beighton de 9/9 et est considéré comme incapacitant dans l'activité habituelle. Il ajoute que le port d'orthèses ou l'exécution de physiothérapie n'est pas synonyme d'une affection invalidante ou incapacitante, et que la résistance au stress n'est pas une affection rhumatologique.

### **E. 3.4**

La recourante remet en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie du 27 novembre 2020 et soutient que la décision est en réalité basée sur une expertise de 2008 et non sur les expertises et avis médicaux plus récents. Elle estime également qu'une capacité de travail de 30%, comme attestée par l'expertise du 17 août 2016, doit lui être reconnue.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 A titre liminaire, soulignons que l'expertise de 2020 a été correctement établie et est conforme aux réquisits jurisprudentiels. Les experts se sont

en effet basés sur le dossier médical complet de la recourante et l'ont examinée personnellement avant d'établir leur rapport. L'assurée a pu s'exprimer à chaque moment. Les conclusions sont par ailleurs claires et bien motivées. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, tient compte des plaintes exprimées par l'assurée et est le résultat d'exams complets. Force est ensuite de constater que l'assurée se méprend lorsqu'elle allègue que la décision litigieuse se base sur l'expertise réalisée en 2008. En effet, il sied d'abord de relever que les différentes autorités ont pris en considération l'ensemble des rapports médicaux, y compris l'expertise de 2016, figurant au dossier avant de rendre leurs décisions respectives. Leur appréciation se base par conséquent sur la situation médicale jusqu'en 2017, et non sur celle existant en 2008. Ensuite, l'arrêt du 20 février 2019 du Tribunal fédéral, qui confirme le jugement du 17 août 2018 du TAS ZH, indique clairement que la situation médicale ne s'est pas modifiée entre les décisions de l'OAI-ZH du 26 juin 2008 et du 28 mars 2017 et que les experts avaient apprécié différemment une même situation de fait. Il a aussi expliqué que, de ce fait, il n'y avait aucune raison de prendre en compte une capacité de travail exigible autre que celle retenue en 2008, soit 100% dans une activité adaptée. De même, l'OAI, dans la décision ici querellée, se fonde sur l'ensemble des rapports médicaux en ses mains, dont l'expertise de 2020. Cela étant, rien ne l'empêchait de constater, comme l'ont fait avant lui l'OAI-ZH, le TAS ZH et le Tribunal fédéral, que la situation actuelle est une nouvelle fois similaire à celle prévalant en 2008. De même, le fait que l'OAI retienne une capacité de travail dans une activité adaptée à 80%, telle qu'elle ressort de la décision du 28 mars 2017, et s'écarte de celle de 100% retenue dans l'expertise de 2020, ne permet pas pour autant de rejeter les conclusions de cette dernière. En effet, les diagnostics avec influence sur la capacité de travail retenus par l'expertise de 2020 – maladie de Madelung, syndrome d'hypermobilité articulaire, status post chirurgie du cubitus gauche en 2006 et status post chirurgie cervicale en 2013 – étaient déjà présents lorsque la précédente décision a été rendue (cf. notamment expertise bi-disciplinaire du 27 mai 2008, dossier OAI p. 236; rapport du 3 mars 2014 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chirurgie de la main, dossier OAI p. 553; expertise pluridisciplinaire du 17 août 2016, dossier OAI p. 854) et leur éventuelle influence sur la capacité de travail ne s'est pas modifiée: celle-ci a toujours été entière dès 2008 tant du point de vue psychique que physique (expertises du 27 mai 2008 et du 17 mai 2016 précitées, jugement du 17 août 2018 du TAS ZH et arrêt du 20 février 2019 du Tribunal fédéral). Quant à l'hyperlaxité et l'insuffisance pondérale dont est atteinte l'assurée, elles demeurent sans effet invalidant d'après les experts. Le fait de porter des attèles et de suivre de la physiothérapie ne sauraient manifestement suffire à cet égard, malgré les dires de sa médecin traitante, à tout le moins dans une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles. L'atteinte psychiatrique ne s'est pas péjorée non plus, l'assurée ayant cessé tout traitement psychiatrique depuis 2012, et l'état de stress post-traumatique diagnostiqué à l'origine n'ayant déjà pas été retenu par les précédents experts. Les limitations fonctionnelles sont en outre restées les mêmes (nécessité d'alterner les positions, éviter les mouvements en force ou répétitifs, ne pas porter des charges de plus de 5kg, ne pas travailler à genou ou sur des échelles). En revanche, le diagnostic de crampes musculaires sur tubulopathie rénale est récent. Il n'a toutefois pas d'impact sur la capacité de travail dans la mesure où l'on respecte le profil d'effort et les limitations fonctionnelles indiquées par les experts pour ce trouble, à savoir pas de conduite et manipulation de véhicules ou engins dangereux, ni de travail en hauteur, en terrain irrégulier, dans

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 les escaliers ou les échafaudages, pas de port de charges lourdes au-dessus de 6kg de manière occasionnelle et au-dessus de 4kg de manière répétitive. Il y a encore lieu de relever que la capacité de travail de 80% considérée par l'OAI est effectivement similaire à celle de la décision du 28 mars 2017 de l'OAI-ZH alors que tant le TAS ZH que le Tribunal fédéral ont ensuite retenu une pleine capacité de travail tant sur le plan physique que psychique, comme également les experts mandatés en 2020 dans le cadre de la décision litigieuse. Cela étant, ce taux, au demeurant plus favorable à l'assurée, ne change en rien la solution du litige, dès lors que le degré d'invalidité reste inférieur à 40%. De plus, contrairement à ce que soutient la recourante, tant le Dr H. \_\_\_\_\_ que le Dr I. \_\_\_\_\_ dressent la liste des médicaments qu'elle prend en page 20 de l'expertise (dossier OAI p. 1244), respectivement en page 54 (dossier OAI p. 1278). Quant aux limitations fonctionnelles liées au syndrome d'Ehlers-Danlos, la Dre D. \_\_\_\_\_, si elle indique qu'il en existe, ne les détaille dans aucun de ses rapports médicaux, alors que l'expert en médecine interne les mentionne expressément. C'est le lieu de préciser que les limitations fonctionnelles sont déterminées en fonction de la globalité des diagnostics, et non de chaque diagnostic en particulier. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a également expliqué pourquoi il s'écarte du rapport du 21 octobre 2019 de la Dre F. \_\_\_\_\_, qui ne décrit ni les déficits objectivés, ni les limitations fonctionnelles et prend en considération des motifs autres que ceux en lien avec la médecine interne pour juger de l'impossibilité de la reprise d'une activité professionnelle. De plus, tant la Dre D. \_\_\_\_\_ que la Dre E. \_\_\_\_\_ se fondent également sur des diagnostics psychiques pour se déterminer sur la capacité de travail, alors que la psychiatrie ne relève pas de leur spécialité respective. Leurs rapports ne sont ainsi pas probants. Quant à la Dre F. \_\_\_\_\_, elle ne se prononce pas sur la capacité de travail de sa patiente. Aucun médecin ne réussit ainsi à remettre valablement en cause l'expertise. L'expertise est dès lors en tous points concluante et peut être suivie, de sorte que le Tribunal de céans fait sien ses conclusions et retient que l'assurée peut travailler à 100 % dans une activité lucrative respectant les limitations fonctionnelles rappelées ci-dessus. Il n'est ainsi pas nécessaire de mettre sur pied une autre mesure d'instruction. L'assurée est encore d'avis que la définition du profil des activités qu'elle pourrait exercer est incompréhensible et ne permet pas d'en déduire un salaire. En l'espèce, on ne voit pas en quoi la définition de ce profil serait incompréhensible. Le profil adéquat est en réalité déterminé par les limitations fonctionnelles indiquées par les experts et reprises par l'autorité intimée, lesquelles doivent être respectées. L'OAI n'a en outre pas l'obligation de donner une liste des activités possibles, dont on doit par ailleurs admettre qu'il en existe un très large panel adapté à ses limitations, somme toutes très conventionnelles. Quant au revenu d'invalidité, l'autorité intimée s'est correctement référée aux salaires statistiques (tableau TA1, salaires totaux, niv. 1 femmes), l'assurée n'ayant pas exercé d'activité lucrative depuis plusieurs années. Enfin, la recourante ne conteste pas le calcul du revenu de valide ni le degré d'invalidité qui est résulté de la comparaison des deux revenus, éléments qui ont au demeurant été correctement établis. Partant, c'est à juste titre que l'OAI a estimé que la recourante ne pouvait toujours pas prétendre à une quelconque rente.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12

#### **E. 4**

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision du 24 septembre 2021 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 1er novembre 2021. 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 1er novembre 2021. III. 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 9 juin 2022/cso Le Président :  
La Greffière-rapporteure :

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