

# FR\_GERICHTE 608 2022 34 vom 29. November 2022

FR Kantonsgericht, 2022-11-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2022\\_34](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2022_34)

FR: FR\_GERICHTE 608 2022 34 du 29 novembre 2022

IT: FR\_GERICHTE 608 2022 34 del 29 novembre 2022

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 14

mai 2020, sa situation médicale restait globalement inchangée et que l'exigibilité médico-théorique restait toujours d'actualité. Il a précisé que les éléments cliniques, paracliniques et radiologiques attestés ne remplissaient les critères d'aucune classification internationale reconnue de la spondylarthropathie. Sur le plan psychiatrique, il a considéré que l'affection attestée évoluait favorablement malgré une prise en charge minimaliste. Il a relevé que les pièces médicales au dossier n'apportaient pas de faits médicaux objectifs nouveaux susceptibles de modifier sa décision. En effet, selon son analyse, une incapacité de travail ne reposait ni sur un examen radiologique seul, ni sur un diagnostic isolé de son contexte clinique. De plus, aucun doute sérieux n'était jeté par le rapport de scintigraphie du 9 août 2021 sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2019. C. Par acte du 7 mars 2022, la recourante dépose un recours de droit administratif contre la décision du 1er février 2022 auprès du Tribunal cantonal. Elle conclut, sous suite de frais et d'une indemnité de partie, à l'annulation de cette dernière et à ce qu'ordre soit donné à l'Office AI de mettre en œuvre une expertise médicale bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) puis de rendre une nouvelle décision.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 21 Le 31 mars 2022, l'Office AI, après avoir sollicité l'avis du Service médical régional (SMR), a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. En ce qui concerne les problématiques somatiques de la recourante, le SMR a rappelé que les limitations fonctionnelles devaient primer le diagnostic lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité de travail. Du point de vue psychiatrique, le SMR a considéré que l'état de santé de la recourante était le même que celui qui avait été retenu dans l'expertise pluridisciplinaire de 2019. Il a ajouté que la psychiatre traitante se contentait de rapporter les plaintes de sa patiente, sans fournir des constatations médicales objectives. Il a ainsi nié toute aggravation de l'état de santé psychiatrique de la recourante depuis la première décision de l'Office AI. Par courrier du 4 avril 2022, la recourante a remis un rapport médical rédigé le 31 mars 2022 par la Dre B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. Celle-ci maintient le diagnostic de spondylarthropathie axiale et périphérique. Elle indique également que les troubles rhumatologiques ne sont pas compatibles avec une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles mentionnées par l'Office AI dans sa décision du 25 septembre 2019. Par courrier du 3 août 2022, la recourante a produit un rapport médical du 28 juillet 2022 du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, attestant qu'elle présente les symptômes d'un syndrome post-covid 19 (Covid long) sous la forme d'une dyspnée, d'une fatigue accrue, de palpitations et de douleurs thoraciques. Selon le Dr

C. \_\_\_\_\_, ces atteintes à la santé cumulées au rhumatisme inflammatoire entraînent une incapacité totale de travail dans toute activité professionnelle. Par courrier du 11 août 2022, l'Office AI s'est déterminé sur la correspondance du 3 août 2022. Il a considéré que les symptômes indiqués par le médecin généraliste pour poser le diagnostic de Covid long étaient connus chez l'assurée depuis de nombreuses années et qu'ils ont déjà été pris en compte dans le cadre des décisions précédentes. Il a précisé que ce qui était déterminant pour reconnaître une éventuelle invalidité n'était pas le diagnostic posé, mais les limitations fonctionnelles retenues. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par ces dernières à l'appui de leurs conclusions, 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 à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 21 2. Règles relatives à l'assurance-invalidité 2.1. A teneur 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. 2.2. 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, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, 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. Les dispositions régissant la rente d'invalidité ont été modifiées dès le 1er janvier 2022. Selon l'art. 28b al. 1 LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. L'al. 2 dispose que, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Selon l'al. 3, pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, l'al. 4 prévoit les quotités de la rente lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50%. Comme cela était déjà le cas en vertu de l'ancien droit, aucune rente n'est octroyée lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 40%. En lien avec cette modification, le législateur a prévu des dispositions transitoires. Ainsi, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de cette modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. La quotité de la rente reste également inchangée après une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA si l'application de l'art. 28b LAI se traduit par une baisse de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité ou par une augmentation de la rente en cas de réduction. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC

AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre

Tribunal cantonal TC Page 5 de 21 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). Dans le cas d'espèce, la nouvelle demande date de 2020 de sorte que l'ancien droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 demeure applicable. 2.3. L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de trois principales méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire (ou, cas échéant, extraordinaire appliquée aux indépendants), la méthode spécifique et la méthode mixte. 2.3.1. En résumé, la méthode dite ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). 2.3.1.1. En règle générale, le revenu (hypothétique) de (la personne) valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 2.3.1.2. Pour sa part, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C\_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels. Ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative. L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir

d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci, notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (arrêt TF 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3 et les références citées).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 21 2.3.2. L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une, est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. C'est la méthode dite spécifique d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 2 LAI). Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RAI; RS 831.201) et 8 al. 3 LPGA) (arrêts TF 9C\_22/2010 du 2 juin 2010 consid. 4 et I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.3). Pour évaluer l'invalidité selon cette méthode spécifique, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, n. 3087 dans son état au 1er janvier 2021). 2.3.3. Enfin, lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité, l'on applique la méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI). Selon cette méthode, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. Cette méthode mixte d'évaluation du taux d'invalidité a été souvent remise en cause, y compris devant la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CourEDH), laquelle a rendu un jugement le 2 février 2016 (arrêt CourEDH n. 7186/09 Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016). Suite à cet arrêt, le Conseil fédéral a modifié les modalités d'application de la méthode mixte, prévues à l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), entré en vigueur le 1er janvier 2018. 3. Règles en cas de nouvelle demande 3.1. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La question de savoir si l'on se trouve en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 du règlement du

## **E. 17**

janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]), elle doit procéder de la même manière que lors d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 133 V 108 consid. 5). 3.2. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de

modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est

Tribunal cantonal TC Page 7 de 21 resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b). 3.3. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314 et les références citées), respectivement du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108, 103 V 71). 4. Règles relatives à l'appréciation des documents médicaux 4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 4.2. Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 4.3. Pour statuer, 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). 4.4. L'art. 69 al. 2 RAI prévoit, comme mesure d'instruction, la possibilité pour l'autorité de réaliser une visite domiciliaire. Telle est la possibilité, notamment, lorsqu'il s'agit d'assurés qui s'occupent du ménage (cf. Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, ci-après: CIIAI, ch. 1058).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 21 En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des

diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place.

Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).

5. Question litigieuse Est en espèce litigieuse la question de savoir si les atteintes à la santé ou les effets de celles-ci sur la capacité de gain de la recourante se sont aggravés depuis la décision de l'Office AI du 25 septembre 2019, confirmée par l'arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 14 mai 2020, au point d'influencer son degré d'invalidité et de lui ouvrir le droit à une rente, ou si c'est à bon droit que l'Office AI a rejeté sa nouvelle demande.

6. Rapports médicaux 6.1. Jusqu'à la décision du 25 septembre 2019 Dans sa première demande de rente AI du 16 novembre 2015, la recourante a mentionné les atteintes à la santé suivantes : cancer des seins, ostéoporose et scoliose (dossier AI pièce 15). Il ressort du rapport médical du 14 juillet 2017 que la Dre D.\_\_\_\_\_, oncologue, a retenu les diagnostics suivants : carcinome mammaire, trouble de l'anxiété généralisé, lombalgie chronique, état dépressif majeur, épisode isolé (03/2017). Elle a considéré que seul le premier de ces diagnostics avait un effet sur la capacité de travail. Ainsi, aucun des troubles d'ordre psychique ne présentait de caractère invalidant pour la recourante. En prenant en compte les affections susmentionnées, la Dre D.\_\_\_\_\_ a estimé qu'une reprise de l'ancienne activité professionnelle (vendeuse-manutentionnaire-caissière à E.\_\_\_\_\_) était difficilement envisageable. Elle a toutefois retenu qu'une activité adaptée, soit un poste sans port de charges et sans stress, pouvait être exercé à un pourcentage réduit (dossier AI pièces 38 et 39). Le SMR, dans son rapport du 28 septembre 2017, a retenu que le carcinome du sein droit, le trouble dépressif et l'anxiété générale constituaient des diagnostics avec conséquences sur la capacité de travail de la recourante. S'agissant des limitations à respecter pour qu'une activité soit adaptée, il s'est positionné comme suit : " Il y a des limitations physiques avec difficulté au port de charges et la mobilité des épaules et bras est limitée à cause des cicatrices de la mastectomie bilatérale. Il existe aussi une asthénie suite au traitement et des limitations en relation avec un trouble dépressif qui n'est pas investigué (pas de RM d'un psychiatre dans le dossier) ". Il a retenu que, dans une activité adaptée, la recourante pouvait travailler à temps plein (dossier AI pièce 40). Dans son rapport du 9 janvier 2018, la Dre F.\_\_\_\_\_, rhumatologue, a posé les diagnostics suivants (avec effet sur la capacité de travail) : carcinome mammaire luminal B de stade 1A du sein

Tribunal cantonal TC Page 9 de 21 droit, cervico-dorso-lombalgies persistantes dans le cadre de troubles statiques et de dysbalances musculaires avec déconditionnement musculaire, fibromyalgie et trouble anxieux et dépressif. Elle ne s'est toutefois pas prononcée sur une éventuelle incapacité de travail (dossier AI pièce 51). Le Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre, a retenu un carcinome invasif du sein droit ainsi qu'un trouble dépressif majeur, épisode isolé. Selon lui, la recourante présente les restrictions suivantes : " Sur le plan psychique, perte d'élan vital, résistance au stress diminuée et capacité de concentration limitée en lien avec son état psychique ". Il a précisé que dans une activité adaptée, il fallait tenir compte d'une résistance au stress diminuée et d'une fatigabilité (rapport médical du 5 janvier 2018, dossier AI pièce 53). Le 7 septembre 2018, la Dre D.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants ayant une incidence sur la capacité de travail : trouble de l'humeur et anxiodépressif, douleurs musculo-articulaires diffuses sur

fibromyalgie, fatigabilité précoce (séquelle des traitements oncologiques). Elle a considéré que le prononcé sur la capacité de travail de la recourante était incertain en raison de ses troubles de l'humeur et anxio-dépressifs mais également de ses douleurs chroniques (dossier AI pièce 62). Dans son rapport du 27 septembre 2018, le Dr G. \_\_\_\_\_ a considéré que le trouble dépressif majeur (épisode isolé) constituait un obstacle à une reprise de l'activité professionnelle par la recourante, en particulier au regard de la perte d'élan vital, de l'asthénie et des douleurs chroniques. Même s'il a considéré que le pronostic sur le potentiel de réadaptation de la patiente était limité, il n'a pas pu se prononcer sur le nombre d'heures de travail par jour exigibles, si l'activité exercée jusqu'alors pouvait encore l'être ou encore s'il y avait une diminution du rendement. Il n'a pas non plus pu répondre à la question de savoir dans quelle mesure la recourante était limitée dans l'accomplissement des tâches ménagères (dossier AI pièce 62). Le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, dans son rapport du 23 octobre 2018, a énuméré les symptômes médicaux suivants : " douleurs diffuses surtout lombaires et les genoux ainsi que les mains. Etat anxiodépressif chronique avec troubles du sommeil. Fréquentes crises de tétanie. Suivie pour cancer du sein et encore sous traitement ". Il a considéré que tous ces diagnostics avaient une incidence sur sa capacité de travail et que la recourante était limitée en raison de ses douleurs, car elle devait toujours changer de position. Son pronostic sur le potentiel de réadaptation de la recourante était faible, principalement en raison de l'état dépressif qui dure et des douleurs de la fibromyalgie. Selon lui, l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était pas exigible et on ne pouvait pas non plus exiger de la recourante qu'elle exerce une autre activité, dès lors que les douleurs étaient rapidement handicapantes, même sur un clavier (dossier AI pièces 64 et 65). Une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, psychiatrie, médecine interne générale et oncologie médicale) a été réalisée et les résultats ont été consignés dans un rapport du 29 mars 2019. Les diagnostics suivants ont été posés : Status post mastectomie et chimiothérapie (cancer des deux seins), lymphœdème de l'avant-bras et de la main droite, cervicalgies chroniques (très discrets troubles dégénératifs débutants), lombalgies chroniques (discret trouble statique, discopathie L5-S1 débutante), fibromyalgie d'accompagnement, ostéoporose lombaire, trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) et anxiété généralisée (dossier AI pièce 78). S'agissant des constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles, les experts ont retenu ce qui suit : " fatigabilité, des troubles de la concentration, une diminution subjective de la force des membres supérieurs, un œdème résiduel constaté au niveau de l'avant-bras et de la main droite, et dans une moindre mesure un tremor des mains, qui sont en rapport avec les traitements oncologiques " (dossier AI pièce 78).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 21 Forts de leurs constats médicaux, les experts ont indiqué que, dans l'ancienne activité, la capacité de travail était nulle et que dans une activité adaptée, elle était de 50%, moyennant le respect des conditions suivantes : pas de port itératif de charges lourdes, pas de mouvement en porte-à-faux, pas de torsion répétée du tronc, pas de station assise ou debout prolongée, pas d'utilisation en force et répétée du membre supérieur droit (lymphœdème), pas d'élévation des membres supérieurs au-dessus de la hauteur des épaules. Sur le plan psychique, ils ont par ailleurs retenu une capacité de travail entière, dans l'activité professionnelle jusqu'ici exercée ou dans une activité adaptée (dossier AI pièces 78 et 82). Sur le vu de ces atteintes et des limitations fonctionnelles en découlant, les experts ont retenu que la recourante était dans l'incapacité de travailler dans l'activité professionnelle de vendeuse- manutentionnaire-caissière. Elle pouvait toutefois

travailler à un taux de 50%, sans perte de rendement, dans une activité adaptée. A noter que le SMR a commenté de la manière suivante l'expertise pluridisciplinaire : " Le rapport de médecine interne, rhumatologie, oncologie et psychiatrie de I.\_\_\_\_\_ se fonde sur une pleine connaissance du dossier de l'expertisée. L'anamnèse et les examens cliniques sont complets. Les plaintes de l'expertisée ont été prises en considération. L'appréciation de la situation médicale est claire et exhaustive. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée ; en particulier, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, divergente de celle donnée par le médecin traitant, repose sur des éléments médicaux objectifs et une argumentation pertinente. Les limitations fonctionnelles ne sont pas décrites. Les experts n'ont donc pas répondu à la question du §8 du mandat d'expertise " Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ? " Les conclusions sont motivées. Sous réserve de la lacune susmentionnée, les critères formels de qualité définis par la jurisprudence sont remplis. Sur le fond médical, les diagnostics attestés sont concordants avec les données cliniques rapportées et les pièces médicales au dossier. Par soucis d'exactitude, on notera toutefois concernant le diagnostic psychiatrique de trouble dépressif récurrent que la présence de deux symptômes majeurs et trois symptômes mineurs de la dépression, tels qu'attestés au § 4.1, p. 5, correspond selon la CIM-10 à un épisode dépressif actuel léger, soit au diagnostic " Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique " et au code F33.01, même s'il y a eu des épisodes dépressifs moyens par le passé. L'appréciation par l'expert-psychiatre de la capacité de travail exigible est correcte, compte tenu de ce diagnostic et des très bonnes ressources de l'assurée mises en évidence. L'exigibilité médico- théorique consensuelle, à savoir 0% dans l'activité habituelle de vendeuse-manutentionnaire- caissière, et 50% d'un plein temps sans diminution de rendement dans une activité adaptée, est médicalement cohérente avec les atteintes à la santé somatiques objectivées " (dossier AI pièce 80). La recourante a également fait l'objet d'une enquête économique sur le ménage le 21 novembre 2017. En tenant compte de l'asthénie, des douleurs musculo-articulaires, des troubles de la concentration, de l'anxiété, de la fatigabilité, des difficultés au port de charges et à la mobilité des épaules et des bras à cause des cicatrices de la mastectomie bilatérale, l'enquêteur a calculé un taux d'invalidité de 6.72% (dossier AI pièce 44).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 21 6.2. D'octobre 2019 jusqu'à la première appréciation du SMR en octobre 2020. Le 9 septembre 2020, la recourante a déposé une nouvelle demande de rente d'invalidité, exposant que sa situation s'était aggravée depuis le prononcé du 25 septembre 2019. Il s'agit donc d'analyser les rapports médicaux postérieurs à cette date. Dans son rapport du 10 octobre 2019, le Dr J.\_\_\_\_\_, psychiatre à K.\_\_\_\_\_, a retenu les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), anxiété généralisée (F41.1), somatisation (diagnostic différentiel : trouble somatoforme douloureux ; F45.0), difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0). Il a estimé que les limitations fonctionnelles suivantes devaient être prises en compte dans l'exercice d'une activité professionnelle : une fatigabilité marquée, de moins bonnes performances cognitives, notamment en lien avec des ruminations anxieuses, des difficultés à être en société ou hors du domicile, une fatigabilité plus marquée, une altération de la résistance au stress et des difficultés organisationnelles en lien avec la moins bonne résistance au stress. Selon lui, sa capacité de travail est nulle, mais il est envisageable qu'à moyen terme elle recouvre une capacité de travail dans une activité adaptée (dossier AI pièce 102). Le 20 décembre 2019, la psychologue L.\_\_\_\_\_ a retenu un autre diagnostic

que celui posé par l'expert-psychiatre (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 mars 2019). Elle a constaté une évolution, la recourante souffrant toujours d'un trouble dépressif récurrent, l'épisode n'étant toutefois plus moyen mais sévère. Elle a ajouté un diagnostic de PTSD (syndrome de stress post-traumatique) en lien avec un accident de la route dont celle-ci avait été victime en août 2018. Selon cette psychologue, sa patiente n'est plus capable de travailler en raison de ses troubles psychiatriques (dossier AI pièce 108). Il ressort des rapports des 9 juin 2020 et 4 août 2020 de la Dre B. \_\_\_\_\_ que l'état de santé rhumatologique de la recourante s'est péjoré. Elle a indiqué que la recourante souffrait notamment d'un rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie inflammatoire axiale et périphérique HLA-B27 négatif. Pour arriver à cette conclusion médicale, elle a procédé à un examen clinique, à une IRM du rachis complet et des sacro-iliaques ainsi qu'à des analyses de laboratoire. Elle a ainsi retenu un diagnostic différent de celui retenu dans l'expertise rhumatologique : " je me permets de vous adresser quelques informations quant à mon appréciation de l'expertise. Comme vous le constaterez à la lecture détaillée de mon examen clinique, je n'ai pas du tout objectivé le même tableau que celui objectivé par ma consœur experte en présence de zones d'irritation aux sacro-iliaques, de point pubiens douloureux, de douleurs à la palpation des côtes, des articulations costo-sternales et du sternum, de douleurs en regard de la palpation des périhanches et le long des tenseurs du fascia lata. Certes, la fibromyalgie provoque des douleurs sur certaines entèses, mais je ne retrouvais pas les 16/18 point[s] de fibromyalgie objectivés par ma consœur. S'il existe indéniablement des troubles dégénératifs rachidiens pluri-étagés, on est frappé, en l'absence de discopathies dégénératives, de trouver de telles poussées congestives zygapophysaires postérieures étagées de L3 à L5-S1 en présence d'inflammations interépineuses de L1 à L5. Par ailleurs, l'examen IRM des sacro-iliaques corrobore mon examen clinique ". Selon la Dre B. \_\_\_\_\_, vu les douleurs et la fatigabilité de l'intéressée, une reprise de toute activité professionnelle est inenvisageable, même en respectant les limitations fonctionnelles. Elle a précisé ce qui suit : " Actuellement, le tableau de rhumatisme inflammatoire de la patiente n'est pas contrôlé. Douleurs et fatigabilité empêchent à mon avis un plein rendement, ceci même dans une activité adaptée. [...] Nous nous trouvons donc dans une phase trop précoce pour entrevoir une capacité

Tribunal cantonal TC Page 12 de 21 de travail dans une activité professionnelle même respectant les limitations fonctionnelles " (dossier AI pièce 119). Le Dr C. \_\_\_\_\_ a également observé une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis le 29 mars 2019, en particulier au niveau des douleurs ressenties : " Elle présente une augmentation des douleurs lombaires, des épaules, des poignets, et des hanches. Ces douleurs sont fluctuantes. Madame ne peut pas marcher plus d'une heure par jour, en raison d'une fatigue et des douleurs qui apparaissent. Elle [peut] se mettre accroupie très brièvement, et rapidement des douleurs apparaissent ". Fort de ce constat, il a retenu les limitations suivantes : " Au niveau de son activité actuelle, Madame effectue certaines tâches ménagères, adaptées à sa condition, pour une durée d'environ 1h par jour. Madame ne peut pas passer l'aspirateur. Elle est aidée pour la lessive. A un lit à hauteur adaptée pour qu'elle puisse faire son lit. Les activités de ménage qu'elle ne peut pas effectuer sont effectuées par des tiers. Vu que les douleurs sont fluctuantes, certains jours Madame ne peut réaliser aucune tâche. Madame décrit pouvoir faire 2h par semaine de comptabilité pour son mari, qu'elle réalise les jours où les douleurs le lui permettent. Elle fait cette activité par tranches de 15 minutes, en raison de douleurs des poignets, et des lombalgies ". Ainsi, sur le vu des symptômes ressentis et des limitations qu'ils entraînaient, le Dr C. \_\_\_\_\_ a estimé la

capacité de travail de la recourante à 8h par semaine. Il a toutefois précisé ce qui suit : " Toutefois, la fluctuation de sa performance professionnelle, rend à mon avis difficile la possibilité de bénéficier d'une activité professionnelle adaptée dans le marché du compétitif travail. Dans le cadre d'une estimation de la capacité de travail, l'avis du rhumatologue traitant est dominant face à mon avis. " (dossier AI pièce 120). Dans son rapport du 15 octobre 2020, le SMR a été amené à se positionner sur l'existence d'une éventuelle péjoration de l'état de santé de la recourante, et plus précisément à répondre à la question suivante : " L'assuré a-t-il rendu plausible une éventuelle modification de son état de santé avec effet sur sa capacité de travail depuis la décision du 25.09.2019 ? " (dossier AI pièce 121). Il y a répondu comme suit : " Le courrier du Dr B.\_\_\_\_\_ rend plausible une aggravation, sans fournir les éléments médicaux objectifs suffisants pour la corroborer. En l'état du dossier, il n'est pas possible de déterminer si l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_ découle d'une appréciation différente (elle conteste l'expertise rhumatologique) ou d'un véritable fait nouveau. Je propose d'entrer en matière sur cette 2ème demande et de demander au Dr B.\_\_\_\_\_ un rapport AI complet et les copies des résultats de tous les examens (radiographies, IRM, ultrasons, examen de laboratoire, etc). " (dossier AI pièce 121). 6.3. De fin octobre 2020 jusqu'à l'appréciation du SMR du 6 juillet 2021 Suite à la détermination du SMR, la Dre B.\_\_\_\_\_ a rempli le questionnaire de l'AI (formule officielle ; 30 octobre 2020). Il en ressort globalement qu'il est, selon elle, prématuré de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, tant au niveau du pronostic que du nombre d'heures qui peut être exigé de sa part et que ce soit dans l'ancienne activité ou dans une activité adaptée. Elle n'a pas non plus été en mesure d'indiquer les limitations fonctionnelles de la patiente et leurs effets sur l'activité exercée jusqu'alors, ni dans quelle mesure la patiente était limitée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Elle a annexé à la formule officielle son rapport du 9 juin 2020, déjà cité, dans lequel elle décrit les symptômes suivants : " Elle présente un tableau douloureux dont les symptômes remontent aux alentours de 2008 sous forme de douleurs lombaires avec parfois épisodes de blocages et de sciatgie. Ils auraient été mis sur le compte de sa scoliose et traités par physiothérapie. Toutefois, ultérieurement, l'horaire des douleurs s'est modifié pour Tribunal cantonal TC Page 13 de 21 revêtir une rythmicité inflammatoire avec des réveils nocturnes aux alentours de 3 heures de matin, la patiente ne pouvant dormir sur le dos, mais devant dormir sur le ventre ou les côtés avec de nombreux coussins. Elle présente également une raideur matinale mais quantifiée de légère. Les rachialgies sont décrites au niveau de la région cervicale, irradiant vers les épaules et les bras, en région dorsale et de façon concomitante en région sternale et costale inférieure. Elle présente également des lombopygialgies à bascule prédominant à la périhanche gauche ainsi que des douleurs dans la musculature fessière. En périphérie, elle accuse des douleurs des coudes, des épaules, des pieds et des talons. L'avant-bras et la main droite sont quant à eux douloureux dans le contexte du status post exérèse ganglionnaire dans le cadre sénologique. Elle bénéficie de drainages lymphatiques à ce niveau. " (dossier AI pièce 124). En outre, dans son rapport du 27 juillet 2020, également annexé à la formule officielle, elle avait retenu ce qui suit : " J'ai donc retenu, à l'origine du tableau douloureux de [la recourante], le diagnostic d'une spondylarthropathie inflammatoire axiale et périphérique, HLA-B27 négative, se surimposant à un tableau de troubles dégénératifs rachidiens pluri-étagés. ". Elle s'est positionnée comme suit sur la capacité de travail de la recourante : " Enfin, dans le cadre d'une demande d'avocat en opposition à une expertise rhumatologique, je me suis positionnée à l'encontre de l'expert de l'OAI, estimant que la patiente n'avait actuellement

pas de capacité de travail complète dans une activité, même adaptée, et qu'il convenait d'attendre l'instauration progressive d'un traitement de fond, en fonction des possibilités post oncologique[s], pour se déterminer. Je pense que si l'on arrive à baisser le seuil douloureux global et la rythmicité inflammatoire des douleurs de Madame, la fatigabilité et le cercle vicieux algique pourront être rompus, autorisant ultérieurement une réévaluation de sa capacité de travail, à mon avis pas plus de 50% dans une activité adaptée. Pour l'heure, j'estime qu'elle n'est pas capable de travailler et vais donner réponse en ce sens à l'avocat de Madame " (dossier AI pièce 124). Enfin, dans son rapport du 22 octobre 2020, la même rhumatologue a relevé ce qui suit : " Compte tenu d'une importante fatigabilité mais également d'une fragilité psychologique, je peux [dire] que pour l'heure la patiente n'a pas de capacité de travail complète à faire valoir dans une activité même adaptée à l'encontre de ce que l'OAI prétend. " (dossier AI pièce 124). Enfin, dans l'annexe au rapport médical relatif à la réinsertion professionnelle qu'elle a complétée le 30 octobre 2020, elle a considéré que l'ancienne activité n'était plus exigible et qu'il ne pouvait être exigé de la recourante qu'elle exerce une autre activité en raison de son tableau douloureux, de sa fatigabilité et de son épuisement psychique. Elle a précisé qu'en cas d'activité professionnelle, les conditions suivantes devaient être remplies : pas de position assise, pas de position debout, alternance des positions assis/debout ou assis/debout/marche à raison de 50% chacun, pas de position à genoux, pas d'inclinaison du buste, pas de position accroupie, pas de parcours à pied, pas d'utilisation répétitive des 2 bras, pas de port de charge, pas d'activité qui implique de se baisser, pas de mouvement occasionnels ou répétitifs des membres ou du dos, pas d'horaire irrégulier / de nuit / matin, pas de travail en hauteur ou sur une échelle et pas de déplacements sur sol irrégulier ou en pente (dossier AI pièce 125). Le 11 février 2020, la Dre M. \_\_\_\_\_, radiologue, a diagnostiqué une ostéopénie (dégradation de la densité de l'os ou de sa qualité) du squelette périphérique et une ostéoporose (diminution de la masse osseuse) du squelette axial (dossier AI pièce 124). Dans son rapport du 6 avril 2021, le Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre psychothérapeute, a considéré qu'aucune activité professionnelle n'était possible (dossier AI pièce 131). Toutefois, dans le rapport médical sur formule officielle, du même jour, il a exposé ce qui suit : " [La recourante] commence son suivi dans notre cabinet le 10 août 2020, suite au déménagement du Docteur G. \_\_\_\_\_ . Une

Tribunal cantonal TC Page 14 de 21 symptomatologie anxieuse et dépressive est objectivée au cours de son suivi : anxiété, crises récurrentes d'angoisse, ruminations de la pensée en lien avec l'évolution de son humeur triste, insomnie, diminution de l'estime et de la confiance en soi, repli sur soi, tendance à isolement social, ralentissement verbal psychomoteur, augmentation de la fatigabilité (asthénie) ralentissement de la mise en marche d'activités fonctionnelles élémentaires, atteinte légère de sa capacité cognitive globale. ". Il a ainsi posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, tout en précisant que l'évolution de son état de santé psychique était favorable depuis le début du suivi. Selon lui, le pronostic sur la capacité du travail de la recourante était de 50%, soit 4 heures par jour du lundi au vendredi, dans une activité adaptée. Il n'a pas été en mesure de répondre à la question de savoir si la recourante était limitée dans l'accomplissement des tâches ménagères (dossier AI pièce 132). Le SMR a pris position sur les différents rapports médicaux le 6 juillet 2021 : " Dans son rapport médical AI du 30.10.2020, la Dresse B. \_\_\_\_\_ se réfère exclusivement à son consilium du 09.06.2020. Le premier diagnostic mentionné dans ce document est " Spondylarthropathie inflammatoire axiale et périphérique ". L'anamnèse relatée est

globalement analogue à celle qu'on peut lire dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29.03.2019. Le status ostéo-articulaire décrit est superposable à celui de la Dresse O. \_\_\_\_\_, si ce n'est que la mobilité rachidienne s'est objectivement légèrement améliorée avec une distance doigt-sol qui a passé de 29 cm en mars 2019 à 10 cm en juin 2020. Le rapport d'IRM du rachis complet du 25.05.2020 conclut à des altérations dégénératives, y compris au niveau des sacro-iliaques. Aucune image de sacro-iliite n'est décrite. L'HLA B27 est négatif. Les dosages biologiques des auto-anticorps anti-SSA, anti-SSB reviennent négatifs pour un syndrome de Sjörger, de même que la totalité des anticorps anti- nucléoprotéines. L'antalgique le plus efficace pour cette assurée est le Co-Dafalgan. Or ce médicament ne contient aucun anti-inflammatoire. Hormis l'IRM du rachis, aucun autre rapport radiologique n'est transmis. On doit en déduire que des lésions radiologiques inflammatoires périphériques n'ont pas été recherchées ou que cette recherche est restée négative. On ne nous communique pas non plus de résultat d'ultrasonographie montrant des synovites ou des enthésites périphériques. Il n'est attesté aucun syndrome inflammatoire biologique. La VS, la CRP, la formule sanguine ne nous sont pas communiquées. Le diagnostic de spondylarthropathie axiale et périphérique repose exclusivement sur les douleurs. Enfin la Dresse B. \_\_\_\_\_ n'atteste ni limitations fonctionnelles ni incapacité de travail. Le psychiatre qui suit l'assurée depuis le 10.08.2020 à raison d'une consultation par mois, atteste un " Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique F33.11 ". [...] Il atteste une capacité de travail de 50% dans toutes activités depuis le 10.08.2020. L'évolution est décrite comme favorable depuis le début de son suivi et le pronostic est déclaré " favorable d'un point de vue strictement psychiatrique ". Une réadaptation professionnelle est envisageable. ". Il est ainsi arrivé aux conclusions suivantes. Sur le plan somatique, il n'y a aucun fait médical objectif nouveau depuis l'expertise, les éléments cliniques, paracliniques et radiologiques attestés ne remplissent les critères d'aucune classification internationale reconnue de la spondylarthropathie, une spondylarthropathie ne pouvant pas être retenue sous l'angle de l'evidence based medicine à laquelle est soumise la médecine d'assurance. Sur le plan psychiatrique, l'affection psychiatrique attestée évolue favorablement malgré une prise en charge minimaliste, la capacité de travail attestée par le psychiatre est la même que celle fixée par les experts. Ainsi, l'exigibilité médicale définie dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire reste pleinement valide (dossier AI pièce 134).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 21 Sur cette base, l'Office AI a établi un projet de décision du 24 août 2021, par lequel il entendait confirmer le refus de rente, considérant que l'exigibilité médico-théorique retenue dans sa décision du 14 mai 2020 restait d'actualité.

6.4. D'août 2021 jusqu'à la décision du 1er février 2022 Selon le rapport de la Dre M. \_\_\_\_\_ du 9 août 2021, la conclusion suivante a pu être tirée de la scintigraphie osseuse trois phases et du SPECT-CT entier effectués sur la recourante : " Atteinte modérée des articulations sacro-iliaques, évocatrice d'une sacro-ilite inflammatoire, associée à une atteinte du plastron sternal et discrètement du rachis dorsal supérieur ainsi que des articulations costo-vertébrales pluri-étagées, pouvant entrer dans le cadre d'une spondylarthropathie inflammatoire. Absence de lésion osseuse métastatique sur l'ensemble du squelette examiné. Hypercaptation des petites articulations des mains des deux côtés à prédominance droite ainsi que du poignet droit, probablement d'allure mixte, sur des discrets remaniements structurels en poussée inflammatoire " (dossier AI pièce 141). Ce rapport médical a été soumis au médecin du SMR, qui s'est déterminé comme suit : " La scintigraphie osseuse n'est pas l'examen de choix pour diagnostiquer une

spondylarthropathie, pour laquelle la radiographie standard et l'IRM restent les examens de référence. Les critères radiologiques mentionnés dans toutes les classifications internationales reconnues ne se réfèrent pas à la scintigraphie osseuse mais à l'IRM. Cet examen par scintigraphie n'est que " évocateur d'une sacro-iliite ". Le diagnostic de spondylarthropathie ne repose pas que sur une sacro-iliite, fut-elle certaine, ce qui n'est de loin pas le cas ici. Les classifications internationales comportent toutes des critères cliniques, radiologiques et biologiques, nécessaires pour poser le diagnostic de spondylarthropathie. Enfin, en médecine d'assurance, ce n'est pas le diagnostic qui est déterminant pour fixer la capacité de travail exigible mais bien les limitations fonctionnelles médicalement fondées et objectives sur la base d'une analyse de l'ensemble des éléments anamnestiques, cliniques, biologiques et radiologiques. ". Il a ainsi pris les conclusions suivantes : il n'y a aucun fait médical nouveau, une incapacité de travail ne repose ni sur un examen radiologique seul, ni sur un diagnostic isolé de son contexte clinique, étant précisé que le contexte clinique a été déterminé en détail par les experts et demeure inchangé, aucun doute sérieux n'est jeté sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire par le rapport de scintigraphie osseuse et aucune mesure d'instruction médicale supplémentaire n'est nécessaire (dossier AI pièce 143).

6.5. Postérieurement à la décision du 1er février 2022 La recourante a produit dans la présente procédure de recours plusieurs rapports médicaux établis par ses médecins traitants postérieurement à la décision attaquée. Il peut en être tenu compte, toutefois dans la seule mesure où ils portent sur la situation telle qu'elle existait au moment où cette décision a été rendue. L'éventuelle évolution ultérieure de l'état de santé et de la capacité de la recourante n'est en effet pas déterminante pour la présente cause. Dans son rapport du 21 février 2022, la Dre P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rapporté les plaintes exprimées par la recourante : " [La recourante] a pour plaintes la douleur de manière chronique, la fatigue et le manque d'énergie qui l'empêchent de faire les choses et une anxiété majeure ". Elle a posé les diagnostics suivants : " Sur le plan psychiatrique, je constate un état dépressif moyen avec syndrome somatique (F31.11). On constate en effet une humeur dépressive, une perte de plaisir et d'intérêt, une augmentation de la fatigabilité, une baisse de la concentration et estime de soi, un pessimisme face à l'avenir, un sommeil perturbé (insomnie).

Tribunal cantonal TC Page 16 de 21 Ce tableau est de par sa durée (apparition au plus tard en 2006), trop long pour relever d'un simple trouble de l'adaptation. ". Selon elle, ces troubles ont un effet sur la capacité de travail de la recourante : " Oui, les troubles psychiatriques sont suffisamment graves pour limiter la capacité de travail de la patiente même pour de petites tâches d'apparence facile que ce soit sur le plan moteur ou sur le plan mental. En effet, les troubles de la concentration et la fatigabilité sont majeurs et représentent un frein à ce type d'activités (service ou industrie légère). De plus, l'état dépressif actuellement observé ne permet pas à la patiente de disposer des capacités d'adaptation suffisantes pour mener une recherche d'emploi, des entretiens, l'apprentissage de nouvelles tâches dans un environnement inconnu. L'anxiété présente est incompatible, tout comme l'état cognitif (tb de la concentration, atténuation des capacités d'organisation et plus globalement des fonctions exécutives), avec le processus d'intégration dans un nouvel emploi. ". Ainsi, la Dre P. \_\_\_\_\_ a attesté que la recourante n'était pas capable d'exercer une activité professionnelle, même à faible volume horaire, ce qui, selon elle, justifiait pleinement sa demande de rente d'invalidité. Le 31 mars 2022, la Dre B. \_\_\_\_\_ s'est prononcée sur la dernière appréciation du SMR au sujet de son diagnostic de spondylarthropathie inflammatoire. Elle a apporté les éléments suivants : " En l'absence de

toute discopathie dégénérative, l'importance des inflammations interépineuses pluriétagées s'étendant depuis le niveau L1 au niveau L5 est un élément, en soi, suspect de spondylarthropathie. Il existe par ailleurs la présence d'un œdème sous-chondral et des signes de rengraissement bilatéral prédominant du côté droit s'assortissant d'un aspect congestif de la portion ligamentaire postérieure des articulations sacro-iliaques des deux côtés. [...] compte tenu de la persistance et de l'intensité du tableau douloureux de rachialgies inflammatoires et de polyenthésites persistantes au fil du temps malgré les traitements instaurés, j'ai finalement demandé une évaluation par scintigraphie osseuse trois phases et spect-CT du corps entier. Cet examen objective une hypercaptation des articulations sacro-iliaques des deux côtés, prédominant à gauche, avec un aspect étendu de condensation des berges articulaires, d'allure floue, modérément dense, touchant surtout le versant iliaque, avec un aspect très discrètement flou de l'interligne articulaire. Il existe une hypercaptation du fascia plantaire gauche et surtout du plastron sternal, des articulations costo-vertébrales de façon pluriétagé[e]. Ces sites d'hypercaptation non seulement correspondent à des zones enthésitiques mais se trouvent corroborés à mon examen clinique. On ne peut donc pas " déduire que des lésions radiologiques inflammatoires périphériques n'ont pas été recherchées... ". Selon elle, une IRM n'élimine pas le diagnostic de spondylarthropathie. Enfin, elle a rappelé les limitations fonctionnelles de la recourante et son incapacité totale de travail. Dans son rapport du 28 juillet 2022, le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a attesté que l'état de santé de la recourante s'était significativement dégradé au cours des derniers mois, en précisant ce qui suit : " Elle a été victime d'une infection à covid-19 en décembre 2021, et suite à cet épisode elle présente une dyspnée, une fatigue accrue, des palpitations, et des douleurs thoraciques. Ce tableau clinique évoquerait un syndrome post-covid19, et un avis spécialisé sera prochainement prévu à Q. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, une prise en charge rhumatologique est toujours en cours en raison d'un rhumatisme inflammatoire lui provoquant des multiples douleurs (cf rapport rhumatologique). Elle bénéficie également d'un suivi psychiatrique auprès de R. \_\_\_\_\_ à Fribourg, en raison d'un syndrome anxieux et dépressif avec crises d'angoisses. A noter que la patiente a été victime d'un état fébrile chronique durant le début de l'année 2022, qui a été attribué à un kyste complexe de l'ovaire rapidement évolutif et qui a été opéré en février 2022. Devant cette situation, et tel qu'il est attesté par la Dre B. \_\_\_\_\_ dans son courrier ci-joint, il existe une capacité de travail à 0% dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. "

Tribunal cantonal TC Page 17 de 21 Le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, dans son rapport du 30 juin 2022, a repris le diagnostic de " spondylarthropathie axiale et périphérique HLA-B27 négatif diagnostiquée suite à une scintigraphie osseuse effectuée en 2021 qui aurait montré une atteinte inflammatoire des articulations sacro-iliaques et des articulations costo-vertébrales pluriétagées pouvant entrer dans le cadre d'une spondylarthropathie inflammatoire ", posé par la Dre B. \_\_\_\_\_ en août 2021. Dans son rappel anamnestique, il a ajouté ce qui suit : " Comme traitement, elle a eu des anti-inflammatoires, elle prend actuellement de l'Olfen 75 mg le soir qui n'est pas efficace, ainsi que 3 perfusions d'infliximab (Remsima) à la Clinique T. \_\_\_\_\_ en fin d'année 2021 qui restent également inefficaces. Par la suite, elle a eu une infection à Covid-19 en décembre 2021, suivie par un état fébrile persistant pendant 1 mois. Dans ce contexte, le traitement d'infliximab a été suspendu. Actuellement, elle relate des polyarthralgies axiales périphériques, des arthromyalgies généralisées qui sont constantes la nuit, la journée, avec une raideur matinale globale qui peut durer 2h le matin. Elle n'a pas d'arthrite nette et pas

de psoriasis. Elle relate également des douleurs thoraciques rétrosternales et un essoufflement à l'effort depuis l'infection Covid en décembre 2021. ". Le Dr S. \_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique et a fait les observations suivantes : " Troubles statiques rachidiens discrets sous forme de scoliose lombaire sinistro-convexe. Pas de troubles statiques des membres inférieurs. La marche est sans boiterie, marche sur les talons et les pointes de pieds est indolore. La palpation de la colonne dorsale et lombaire est douloureuse, ainsi que la palpation de la musculature paravertébrale bilatérale. Mobilisation lombaire en rétroflexion douloureuse. Schober lombaire 10/17 cm avec DDS 5 cm. ICL 15 cm bilatérale douloureuse. Colonne cervicale : mobilisation libre avec peu de douleurs musculaires. Articulations acromio-claviculaires indolores. Les articulations sternoclaviculaires et sternocostales bilatérales sont douloureuses. Status des épaules normal. Au niveau des coudes, absence de synovite, mais épicondylalgies bilatérales. Suspicion de synovite au niveau du poignet gauche. Douleurs au niveau du poignet droit et des MCP bilatérales sans synovite. Examen des hanches normal. Les périhanches sont douloureuses, le test de Faber est douloureux, bilatéral. Le reste au niveau des genou, chevilles, tendons d'Achille, fascia plantaire sans particularité. ". 7. Discussion sur l'aggravation de l'état de santé de la recourante et de ses effets sur la capacité de gain 7.1. Au 25 septembre 2019, la recourante souffrait d'un status post mastectomie et chimiothérapie (carcinome mammaire des deux seins), d'un lymphœdème de l'avant-bras et de la main droite, de cervicalgies chroniques (très discrets troubles dégénératifs débutants), de lombalgies chroniques (discret trouble statique, discopathie L5-S1 débutante), de fibromyalgie d'accompagnement, d'ostéoporose lombaire, d'un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) et d'une anxiété généralisée. Elle devait composer avec une fatigabilité précoce, des troubles de la concentration, une diminution subjective de la force des membres supérieurs, une perte d'élan vital et une résistance au stress diminuée. Sur la base de ces diagnostics et atteintes, l'Office AI, dans sa décision du 25 septembre 2019, a retenu la capacité de travail et les limitations fonctionnelles suivantes : " D'un avis consensuel expertal, une incapacité de travail à 100% est médicalement justifiée entre le 03.01.2014 et le 31.12.2014. Par la suite, une capacité de travail à 20% avec une évolution progressive jusqu'à 50% dès la fin décembre 2015 dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : "pas de port itératif de charges lourdes (plus de 10 kg), pas de mouvement en porte-à-

Tribunal cantonal TC Page 18 de 21 faux, pas de torsion répétée du tronc, pas de station assise ou debout prolongée, pas d'utilisation en force et répétée du membre supérieur droit (lymphœdème), pas d'élévation des membres supérieurs au-dessus de la hauteur des épaules, est raisonnablement exigible d'un point de vue médico-économique. ". Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'Office AI a fixé le degré d'invalidité à un taux de 25.20%. S'agissant de l'invalidité pour la partie ménagère, l'Office AI a tenu compte de l'obligation de réduire le dommage (ORD) et, après une analyse poste par poste, a retenu une invalidité de 6.72% (dossier AI pièce 96). Dans son arrêt du 14 mai 2020, le Tribunal cantonal a entièrement confirmé la décision de l'Office AI du 25 septembre 2019. 7.2. La recourante estime que sa situation s'est aggravée depuis cette décision. 7.2.1. Sur le plan psychiatrique, il peut être relevé ce qui suit en lien avec les rapports médicaux susmentionnés. Le 10 octobre 2019, Dr J. \_\_\_\_\_ a retenu pour l'essentiel un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, une anxiété généralisée et une somatisation. Il a précisé qu'une activité adaptée pouvait être envisagée, même si la capacité de travail de la recourante était selon lui nulle en l'état. Quant à la psychologue L. \_\_\_\_\_, elle a elle

aussi, en décembre 2019, fait état d'une situation plus grave que celle ressortant du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 mars 2019. Elle a estimé que la recourante souffrait toujours d'un trouble dépressif récurrent, l'épisode n'étant toutefois plus moyen mais sévère. Elle a ajouté un diagnostic de PTSD (syndrome de stress post-traumatique) en lien avec un accident de la route dont l'assurée avait été victime en août 2018. Sa patiente n'était selon elle plus capable de travailler en raison de ses troubles psychiatriques. Il convient d'emblée de préciser que le diagnostic retenu par la psychologue, non médecin, doit être relativisé, dans la mesure où il se trouve en contradiction avec l'avis des experts. Formulés respectivement à peine une quinzaine de jours et quelques mois après la décision du 25 septembre 2019, ces avis s'apparentent à des appréciations différentes d'un état de santé qui n'avait alors selon toute vraisemblance pas évolué significativement dans les faits. Surtout, ils ont déjà été discutés dans l'arrêt 605 2019 286 du 14 mai 2020 par la 1<sup>ère</sup> Cour des assurances sociales. Celle-ci a notamment retenu d'une part que l'exclusion de toute capacité de travail paraissait conditionnée par les plaintes de la recourante et d'autre part que l'accident n'avait pu avoir tout au plus qu'une influence passagère sur cette capacité de travail. Prenant en compte ces avis, elle a considéré qu'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée pouvait à tout le moins être globalement retenue, ceci sur la base essentiellement de la problématique physique liée aux seules conséquences et effets secondaires du cancer, respectivement du traitement de celui-ci, affectant sa santé (voir consid. 5.2 Prise en compte des troubles psychiques dans la part " activité lucrative "). S'agissant ensuite du rapport établi en avril 2021 par le Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre psychothérapeute, celui-ci a tout d'abord retenu qu'aucune activité professionnelle ne pouvait être exercée par la recourante, avant d'admettre la possibilité actuelle pour elle d'exercer une activité adaptée à un taux de 50%, à raison de 4 heures par jour. Il a, comme le Dr J. \_\_\_\_\_, posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique, précisant que l'évolution était favorable. Il en résulte que ces deux avis médicaux, vu notamment leurs contradictions sur la question de la capacité de travail de la recourante, ne permettent pas de retenir que l'atteinte à la santé psychique, surtout ses conséquences sur la capacité de travail de la

Tribunal cantonal TC Page 19 de 21 recourante, se serait aggravée. Ce d'autant moins que ce psychiatre psychothérapeute a observé une évolution favorable de l'état de santé psychique de la recourante. Quant à l'avis de la Dre B. \_\_\_\_\_, qui a considéré en octobre 2020 que la recourante ne pouvait pas travailler, notamment en raison de son épuisement et de sa fragilité psychiques, il émane d'une oncologue et non d'une spécialiste en psychiatrie. Cette médecin n'est du reste pas si catégorique que cela puisqu'elle ajoute dans le même temps qu'en cas d'activité professionnelle, il conviendrait de respecter certaines limitations physiques. Son appréciation ne permet dès lors pas non plus de constater une évolution défavorable des atteintes déjà constatées en septembre 2019 et de leurs conséquences sur la capacité de travail. Enfin, il ressort du rapport établi le 21 février 2022 par la Dre P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, que le tableau des troubles psychiques diagnostiqués existe depuis 2006 et a une influence sur la capacité de travail de la recourante, au point que celle-ci n'est selon cette médecin pas capable d'exercer la moindre activité professionnelle, même à faible volume horaire. Dans la mesure où il a été établi postérieurement à la décision attaquée et ne se fonde pas sur un diagnostic véritablement nouveau par rapport à ceux retenus jusque-là, notamment dans la dernière décision de septembre 2019, cet avis émis par une nouvelle psychiatre traitante s'apparente lui aussi à une appréciation différente d'un état de fait en soi inchangé. En tant que tel, il ne

saurait remettre en question la solution retenue dans cette décision, fondée sur une expertise pluridisciplinaire et confirmée par l'arrêt 605 2019 286 du 14 mai 2020. Partant, sur le plan psychique, il est constaté que les diagnostics et les limitations fonctionnelles sont les mêmes que ceux qui avaient été posés avant le 25 septembre 2019. En outre, une évolution favorable de l'état de santé de la recourante a même été observée. De plus, il n'a pas été rendu vraisemblable que ces atteintes avaient désormais une influence plus importante sur la capacité de travail de la recourante. Partant, aucune aggravation de l'état de santé psychique ne peut être retenue. Cette conclusion peut être tirée sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique, requise par la recourante. 7.2.2. Au niveau physique, la Dre B. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué en juin et août 2020 un rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie inflammatoire axiale et périphérique HLA-B27 négatif, se surimposant à un tableau de troubles dégénératifs rachidiens pluri-étagés. Elle l'a confirmé notamment en octobre 2020, puis encore le 31 mars 2022. Elle en déduit que l'état de santé rhumatologique de la recourante s'est péjoré. La Cour relève que les différents rapports médicaux établis par la Dre B. \_\_\_\_\_ présentent une importante contradiction, à tout le moins s'agissant de l'éventuelle diminution de la capacité de travail de la recourante. Le 30 octobre 2020, la médecin a estimé, d'une part, qu'il était trop tôt pour se déterminer sur cette capacité et, d'autre part, que tant l'ancienne activité qu'une activité adaptée n'étaient pas exigibles en raison du tableau douloureux, de la fatigabilité et de l'épuisement psychique dont sa patiente souffre. Malgré le constat que la recourante ne peut exercer d'activité lucrative, quelle qu'elle soit, cette médecin a toutefois curieusement retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position assise, pas de position debout, alternance des positions assis/debout ou assis/debout/marche à raison de 50% chacun, pas de position à genoux, pas d'inclinaison du buste, pas de position accroupie, pas de parcours à pied, pas d'utilisation répétitive des 2 bras, pas de port de charge, pas d'activité qui implique de se baisser, pas de mouvement occasionnels ou répétitifs des membres ou du dos, pas d'horaire irrégulier / de nuit / matin, pas de travail en hauteur ou sur une échelle et pas de déplacements sur sol irrégulier ou en pente.

Tribunal cantonal TC Page 20 de 21 La Cour constate par ailleurs que le diagnostic même de spondylarthropathie a, de manière convaincante, été remis en question par le SMR. Celui-ci a notamment objecté à juste titre que la scintigraphie osseuse n'était pas l'examen adapté, mais qu'il aurait fallu faire une IRM ou une radiographie. En outre, il a observé que le médicament qui soulageait le plus la patiente ne contenait aucun anti-inflammatoire, ce qui rend peu plausible l'existence d'une maladie inflammatoire. A noter que le Dr S. \_\_\_\_\_ a également exposé que les anti-inflammatoires restaient sans effet sur la patiente. Ainsi, il convient de faire preuve de prudence s'agissant des limitations fonctionnelles que la Dre B. \_\_\_\_\_ a retenues sur cette base. Il est relevé que cette dernière a également mis l'incapacité de travail de la recourante sur le compte d'une fragilité psychologique et d'un épuisement psychique. Il est toutefois rappelé qu'elle n'est pas psychiatre, mais spécialiste en rhumatologie. A cet égard, il peut être ajouté que le Dr S. \_\_\_\_\_ a mentionné le diagnostic de spondylarthropathie inflammatoire, sans pour autant le faire sien. De plus, il ne s'est pas prononcé sur une éventuelle incapacité de travail de la recourante. Enfin, tel que l'a relevé le SMR, les observations faites par la Dre M. \_\_\_\_\_ ne sont pas suffisantes pour confirmer le diagnostic de spondylarthropathie inflammatoire posé par la Dre B. \_\_\_\_\_. Elle mentionne effectivement une atteinte modérée des sacro-iliaques, qui ne serait qu'évocatrice d'une sacro-ilite inflammatoire. Elle expose également que les lésions constatées peuvent entrer dans le cadre d'une

spondylarthropatie inflammatoire. Il ne s'agit toutefois que d'hypothèses, ce qui est insuffisant au regard de la vraisemblance prépondérante. Quant au Dr C. \_\_\_\_\_, qui, pour rappel, est le médecin généraliste traitant de la recourante, il est d'avis que cette dernière peut exercer une activité lucrative à raison de 8 heures par semaine, même si cette possibilité est rendue difficile par le marché du travail. En plus du fait que son constat doit être appréhendé avec retenue, vu sa position de médecin traitant, la Cour constate qu'il fonde ses conclusions sur la seule base des douleurs exprimées par la patiente. Un tel avis n'est pas suffisant pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la capacité de travail de la recourante s'est objectivement réduite depuis la décision de septembre 2019 qui se fondait sur une expertise pluridisciplinaire et qui a été confirmée par l'arrêt 605 2019 286 du 14 mai 2020. Dans son rapport du 28 juillet 2022, le même médecin généraliste a exposé que la recourante souffrait de dyspnée, d'une fatigue accrue, de palpitations et de douleurs thoraciques, ce qui évoquerait un syndrome de Covid long. Ce diagnostic, posé plusieurs mois après la décision attaquée, n'a toutefois pas été confirmé par un spécialiste. En outre, la fatigue accrue n'est pas un syndrome nouveau, puisque la recourante en souffre depuis de nombreuses années. Il ne peut dès lors pas non plus être déduit de ce dernier rapport que les atteintes physiques de la recourante se seraient aggravées au moment où la décision attaquée a été rendue. 7.2.3. Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, il est suffisamment établi, sans qu'il ne soit encore nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire, que les atteintes à la santé et leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante n'ont pas évolué de façon significative depuis la précédente décision de refus de rente du 25 septembre 2019, confirmée par l'arrêt du Tribunal cantonal 604 2019 286 du 14 mai 2020. C'est dès lors à bon droit que l'Office AI a refusé de lui allouer une rente et qu'il a en conséquence rejeté la nouvelle demande y relative du 9 septembre 2020.

Tribunal cantonal TC Page 21 de 21 8. Sort du recours et frais Sur vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 18 mars 2022. Pour le même motif, la recourante n'a pas droit à des dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 1er février 2022 est confirmée. II. Les frais de procédure, par CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. 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 29 novembre 2022/sal Le Président : La Greffière-rapporteuse :