

FR_GERICHTE 605 2014 157 vom 24. November 2015

FR Kantonsgericht, 2015-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_157

FR: FR_GERICHTE 605 2014 157 du 24 novembre 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2014 157 del 24 novembre 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours a été interjeté en temps utile - compte tenu des fêtes judiciaires estivales - et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu, ainsi que de la matière. Il est, partant, recevable, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12

E. 2

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 fédérale 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a et les références). Cela étant, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294).

E. 3

a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque 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 (lit. a); qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b); enfin, lorsque, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) 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). Toutefois, 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 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

E. 4

Selon l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. D'après ce dernier alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Dans le cadre de l'examen d'une nouvelle demande, il s'agira, par conséquent, d'appliquer par analogie les principes relatifs à l'examen de la révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA, lequel prévoit que 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 (al. 1). Ainsi, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou à la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important de ces dernières, propres à influencer le degré d'invalidité, peut donner lieu à révision. Il y a

révision non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 126 V 75 consid. 1b ; VSI 2000 p. 314; VSI 1996 p. 192 consid. 2d; ATF 113 V 22 et les références).

E. 5

Est en l'espèce litigieux le droit aux prestations de la recourante. En 2012, celle-ci s'est vu supprimer sa demi-rente octroyée en 2008 à la suite de son accident de la circulation survenu un an plus tôt. Saisie d'un recours, la Cour de céans a confirmé cette suppression dans un arrêt du 31 mars 2014 (cf. 605 12 381).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 La recourante indique que son état de santé s'est aggravé, sur le plan orthopédique, depuis la dernière expertise du BREM à laquelle elle avait été soumise en 2011. Des atteintes situées à droite, au niveau de l'épaule, du genou et du pied limitent désormais sa capacité de travail, de même que des troubles oculaires. L'OAI refuse pour sa part de prester, dans une décision confinant au refus d'entrer en matière. Il soutient pour l'essentiel que les nouvelles atteintes dont se prévaut la recourante ont déjà été alléguées, rapports médicaux à l'appui, dans le cadre de l'instruction de son précédent recours et que leur portée invalidante avait été niée par la Cour de céans, dont l'arrêt est entré en force. Elle ne ferait par ailleurs que continuer à se plaindre de ses douleurs. Il convient dans un premier temps de brièvement revenir sur le précédent arrêt de la Cour de céans et son analyse de l'évolution des atteintes à la santé de la recourante jusqu'à la suppression de sa demi-rente en 2012. Dans un second temps, il s'agira de déterminer s'il faut ou non par la suite tenir compte d'une aggravation de son état de santé susceptible de lui ouvrir à nouveau droit aux prestations. a) arrêt du 31 mars 2014 (cf. 605 12 381) Dans son arrêt du 31 mars 2014, la Cour de céans a en substance retenu ce qui suit. La recourante a été victime d'un accident de la circulation le 30 mars 2007. Au cours de cet accident, qui n'a au demeurant pas causé de très importantes lésions, l'une des vertèbres cervicales, la cinquième, avait été touchée. Elle a été soignée par traitement conservateur avec port d'une minerve et prise d'antalgiques. La recourante a repris le travail au mars de 2008. L'été suivant, elle allait mieux et une reprise du travail à plein temps était même attendue. Au mois de septembre 2008, les douleurs ont à nouveau limité sa capacité de travail. La Nationale a par la suite mis sur pied une expertise pluridisciplinaire, qu'elle a confiée au Bureau romand d'expertises médicales (BREM), à Vevey. Dans leur rapport du 27 août 2009, les experts ont conclu à l'existence d'une cervicarthrose étagée, sans déformation évidente post-traumatique en C5-C6. Ils ont également évoqué un état de stress post-traumatique, en voie de rémission, ainsi qu'un trouble anxio-dépressif, désormais au premier plan, et tenu pour partiellement invalidant. Ils ont en revanche exclu toute atteinte neurologique significative. Ils n'ont par ailleurs pu que constater l'intensité des douleurs, ceci en dépit même de la gravité modérée des atteintes. La pathologie était certes objectivable, mais il existait des éléments de discordance laissant présager d'une extension des douleurs à d'autres zones. Dans ces conditions, le pronostic était plutôt défavorable. Une demi-rente a tout de même été octroyée, vu le trouble anxio-dépressif.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 A l'été 2010, comme on l'avait craint, les douleurs s'étaient chronicisées et étendues aux membres supérieurs. Au printemps 2011, une seconde expertise a été confiée au BREM. Dans leur rapport du 21 mars 2011, les experts ont indiqué que les diagnostics émis deux ans plus tôt étaient demeurés les mêmes au point de vue rhumatologique. Ils ont en revanche considéré qu'il n'y avait plus aucun signe d'une

atteinte psychiatrique invalidante, le trouble anxio-dépressif ayant disparu. Malgré l'extension et la chronicisation des douleurs, un syndrome douloureux somatoforme ne pouvait non plus être retenu. Sur la base de cette dernière expertise, qui prenait acte de l'amélioration de l'état santé au niveau psychique, la suppression de la demi-rente se justifiait donc, sans compter que la persistance de douleurs était pour sa part probablement favorisée par des facteurs extra-médicaux - au nombre desquels les nombreuses discordances relevées par les experts ou sa situation personnelle, toute aménagée en fonction de l'octroi de la demi-rente - qui l'amenaient à se considérer comme une invalide qu'elle n'était pas. Sa capacité de travail dans l'activité de type administratif, qu'elle continuait à exercer partiellement, était ainsi jugée à nouveau exigible à plein temps, avec une seule diminution de rendement de 20%. D'autres atteintes avaient encore été signalées, qui seraient apparues après la seconde expertise du BREM, mais dont on ne pouvait déduire qu'elles engendraient une baisse de la capacité de travail. Ainsi, des troubles oculaires (troubles de l'accommodation) dont le caractère invalidant n'était toutefois ni prouvé ni même véritablement allégué. Ou encore, des atteintes localisées au niveau des lombaires, et du côté droit, au niveau de l'épaule, du genou et du pied, toutes traitées ou sur le point de l'être. L'influence de ces dernières atteintes sur la capacité de travail n'était à tout le moins pas établie, du moins pas à terme, aucun des spécialistes suivant la recourante ne l'indiquant, que cela soit le Dr B. _____ ou le Dr C. _____, chirurgiens orthopédiques, ou encore le Dr D. _____, rhumatologue. Ces dernières atteintes ne sachant ainsi fonder le maintien de la demi-rente. b) nouvelle demande du 31 juillet 2013 En déposant une nouvelle demande le 31 juillet 2013 (dossier OAI, pièce 932), la recourante laisse entendre que son état de santé s'est aggravé. Pour autant, elle invoque toujours la même problématique : « Fracture C5 – C6, écrasement sévère des disques - microfractures, à la tête – commotion cérébrale, maux de tête, problème à l'œil droit et troubles de la vue, ainsi qu'à la mâchoire (droite), fracture claviculaire, arrachement LCA au genou droit, fracture cheville et problèmes aux ligaments, écrasement capsule épaule droite », qui découle de son accident : « depuis quand l'atteinte existe-t-elle ? 30 mars 2007 ».

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 De nouveaux documents médicaux figurent au dossier de l'OAI, qui n'avaient pas été examinés par la Cour de céans. Tout d'abord, en ce qui concerne la problématique située au niveau de l'épaule droite. aa) Au début de l'année 2013, le Dr B. _____, chirurgien orthopédique, indique avoir procédé à une intervention chirurgicale au mois de mai 2012, déjà évoquée dans l'arrêt du 31 mars 2014. Celle-ci a eu de bons résultats : « Nette amélioration avec l'intervention de l'épaule droite. Il reste des douleurs diffuses latéro-thoraciques, mais nettement moins importantes qu'en préopératoire. La mobilité s'est également améliorée » (rapport du 29 janvier 2013, dossier OAI, pièce 987). La situation ne générerait plus aucune incapacité de travail depuis plusieurs mois : « pas d'incapacité de travail en relation avec l'épaule droite, dès le 18 juin 2012 » (rapport précité). Pour autant, les douleurs étaient encore présentes au printemps 2013, contre lesquelles toute médecine restait impuissante : « Il reste un fond douloureux qui peut être en relation avec les cervicalgies, ainsi que l'allodynie qui était présente auparavant. La dyskinésie scapulo-thoracique est plutôt réactive en relation avec ces douleurs, plutôt que née à une dysfonction du nerf du grand dorsal. Je l'ai encouragée à utiliser son épaule le plus normalement possible, à reprendre la natation si les cervicalgies le permettent et à reprendre le sport. L'épaule ne représente pas une contre-indication à une éventuelle intervention sur le pied ou le genou. Je n'ai malheureusement pas de possibilité

thérapeutique » (rapport du Dr B. _____ du 16 mai 2013, dossier OAI, pièce 1081). A la même époque, le Dr E. _____, chiropraticien ASC indique, une année après l'opération subie, que la recourante demeure régulièrement suivie, à raison d'environ une séance toutes les trois semaines: « Je suis la patiente régulièrement depuis plusieurs années pour ses problèmes de la colonne cervicale et ses dyskinésies scapulo-thoraciques. Le traitement se concentre sur le relâchement de la musculature de l'angulaire de l'omoplate, des rhomboïdiens ainsi que de la musculature para-spinale, thoracique et cervicale. Elle apprécie le relâchement offert par ses traitements, les contractures réapparaissent au bout de 2-3 semaines particulièrement au niveau de la musculature scapulo-dorsale qui est, je pense, en partie en relation avec les troubles de l'articulation gléno-humérale » (rapport du 15 avril 2103, dossier OAI, pièce 936). Des examens radiologiques réalisés à la même période donnent à penser qu'il n'y a pas d'atteinte invalidante: « Impression d'une capsule articulaire légèrement rétrécie, par ailleurs bon état de l'épaule D. Pas d'atteinte osseuse ou majeure de l'humérus, évoquant un petit HST dans le contexte d'une éventuelle luxation antécédente » (rapport du 23 mai 2013 du département de radiologie de l'Hôpital cantonal, dossier OAI, pièce 937). Une nouvelle intervention ne se justifie en tous les cas pas : « Pour le moment, vu le contexte psychologique mais aussi pathologique, avec des douleurs clairement chroniques de type dégénératives, je déconseille toute intervention chirurgicale. Une intervention n'apporterait à mon avis aucun bénéfice, que ce soit sur sa symptomatologie ou sur son taux de travail » (rapport du 1er septembre 2014 du Dr F. _____, bordereau à l'appui des contre-observations). D'autres rapports médicaux concernent la problématique liée au membre inférieur droit.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 bb) La recourante a subi une opération au niveau du genou droit, le 27 septembre 2012. Celle-ci a été pratiquée par le Dr C. _____, chirurgien orthopédique, qui a décelé des lésions dégénératives au genou droit et un ostéophyte au pied du ligament croisé antérieur, qu'il a fallu réduire : « Lésions malaciques stade II-III de la rotule. Trochlée intacte. Gouttière interne libre. Lésions dégénératives stade II et III très localisées en zone de charge du condyle interne. Ménisque sp. Rien à signaler dans le compartiment fémoro-tibial externe. Par contre, au pied du croisé, on tombe sur un important ostéophyte qui entre en conflit avec l'éminence intercondylienne en fin d'extension. Résection du débord osseux jusqu'aux toutes premières fibres du LCA » (rapport opératoire, déposé à l'appui des contre-observations). A la fin du printemps 2013, les examens radiologiques ne signalent aucune atteinte grave pouvant laisser craindre, à terme, une invalidité au genou droit: « Les ligaments croisés antérieur et postérieur sont continus, sans anomalie de signal significative. Les ligaments latéraux interne et externe sont suivis sur toute leur longueur. On visualise des anomalies de signal linéaires en hypersignal PD, mais sans atteinte des surfaces supérieure et inférieure, correspondant à des lésions de dégénérescence de grade II. Irrégularité des cartilages articulaires fémoral et tibial interne avec diminution de l'épaisseur, mais sans œdème de la moelle, des structures osseuses en regard. On visualise également une atteinte analogue au niveau du compartiment fémoro-rotulien, prédominant au niveau de la surface articulaire de la rotule. Pas d'œdème de moelle visualisé au niveau de l'ensemble des structures osseuses. Minime épanchement intra-articulaire » (rapport du 5 juin 2013 du département de radiologie de l'Hôpital cantonal, dossier OAI, pièce 939). Au niveau du seul pied droit, les examens radiologiques réalisés à la fin du printemps 2013 ne laissent, là encore, présager d'aucune gravité: « Pas d'œdème de moelle au niveau de l'ensemble des structures osseuses visualisées pour un processus inflammatoire. L'ensemble des rapports ostéo-articulaires de

la cheville et de l'arrière-pied sont conservés. Intégralité des ligaments de la cheville, notamment des ligaments latéraux interne et externe ainsi que de la syndesmo. On ne visualise également pas de tendinopathie sur l'ensemble des images » (rapport du 5 juin 2013, dossier OAI, pièce 939). Dans un rapport du 25 août 2014, le Dr C. _____ ne fait toujours pas état d'atteintes réellement incapacitantes au membre inférieur droit: « Au niveau du genou droit, l'évolution est favorable après l'intervention. Concernant la cheville droite, statu quo. (...) Au niveau de la cheville droite, des investigations et une intervention pourraient être proposées cependant la patiente refuse la prise en charge de cette cheville tant que les autres articulations principalement touchées ne sont pas en mesure de supporter la décharge » (bordereau produit à l'appui des contre-observations). cc) A côté de tout cela, il n'existe pas de nouveau rapport sur les troubles oculaires. Il n'est à tout le moins pas établi qu'ils diminuent la capacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 c) synthèse Rien au dossier ne va dans le sens d'une aggravation significative de l'état de santé de la recourante. Ses plaintes continuent à s'inscrire dans le même contexte, qu'elle estime directement lié à l'accident de circulation subi en 2007. Ce sont toujours les mêmes douleurs qu'elle invoque. Son médecin traitant, le Dr G. _____, ne dit au fond rien d'autre : « En écho de la lettre qui vous a été adressé par ma patiente, je me permets de vous écrire afin d'appuyer ses dires. En effet, elle souffre de multiples douleurs depuis son accident du 30 mars 2007, douleurs qui n'ont pas été pris en compte car elles étaient alors au second plan, mais elles sont bien là. En raison de la fracture C5, elle souffre de douleurs cervicales persistantes, constantes et fortes, avec céphalées. Le traumatisme crânien a engendré vertiges, troubles oculaires, troubles de concentration et du langage. Elle ressent des douleurs à l'épaule droite consécutive à une déchirure de la capsulaire articulaire qui n'a pas pu être totalement récupérée chirurgicalement en raison de l'inflammation chronique. Toutes ces douleurs provoquent une grande fatigue et une atteinte de son humeur » (rapport du 5 janvier 2014, dossier OAI, pièce 1078). L'ensemble des rapports médicaux ne permettent toutefois pas de conclure à l'existence chez elle, à nouveau, d'une invalidité, fût-elle partielle. Des facteurs extra-médicaux, comme ceux relevés il y a un an par la Cour de céans et qui ne sauraient engager la responsabilité de l'assurance-invalidité, semblent toujours présents, si l'on se réfère aux observations de la Dresse H. _____, psychiatre et psychotérapeute, déposé deux mois après le recours. Est ainsi notamment évoqué un incendie très mal vécu: « Il y a une réelle aggravation du status psychique avec les plaintes suivantes : troubles du sommeil, réapparition récente des cauchemars (autrefois thème de chute, actuellement thème d'enfermement sans issue). Les cauchemars avaient cessé après une thérapie de courte durée auprès de la Dresse I. _____, (2007) médecin psychiatre à Fribourg. Troubles de la concentration et de la mémoire de fixation allant en augmentant. Fatigabilité accrue. Humeur dépressive avec pleurs (la faculté de pleurer était restée comme « bloquée »). Les pleurs sont apparus au printemps 2014, deux mois après la naissance d'un petit-fils, laquelle a été source de joie mais bientôt aussi de découragement quand la patiente s'est aperçue qu'elle ne pouvait le porter que peu de temps. A noter que, lors de l'incendie de la ferme que la patiente habitait, les pleurs sont apparus trois ans après le traumatisme, comme s'il y avait un après-coup de l'effet traumatique » (rapport du 13 octobre 2014, bordereau à l'appui des contre-observations). A côté de cela, demeure sa conviction de ne pas être comprise par la médecine : « Elle se décrit irritable, ce qui n'est pas « dans son caractère habituel ». A la tristesse s'ajoute le découragement devant la non amélioration des douleurs (région fronto-orbitale, région cervicale, épaule droite), de

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 façon générale, anhédonie, sentiment d'impuissance et impossibilité de se projeter dans un avenir si peu désirable. Actuellement, la patiente n'a pas les ressources psychiques suffisantes pour surmonter ses douleurs et se désespère que le monde médical en général ne puisse l'en soulager plus » (rapport précité). On retrouve donc chez elle, comme mentionnée dans le précédent arrêt de la Cour, cette conviction d'être invalide, qui n'est toutefois relayée par aucuns des nouveaux rapports médicaux, lesquels ne peuvent expliquer les formidables répercussions subjectives d'un accident de la route qui n'aura finalement laissé que peu de traces : « La patiente dit que l'accident a été « comme une bombe qui m'est tombée dessus. Je ne suis plus du tout la même personne » (rapport précité). Certaines des atteintes physiques alléguées aujourd'hui sont au demeurant même antérieures à l'accident, pourtant au départ à l'origine de toutes ses plaintes: «La patiente présentait déjà, avant son accident, des signes clairs de troubles dégénératifs discaux. La discopathie ainsi que la lésion discale et la fracture, qui était quand même instable, sont des signes dégénératifs traumatisés par l'événement accidentel mais il ne s'agit toutefois pas d'une pathologie provenant uniquement de l'accident. Les troubles actuels de la vision peuvent provenir d'un problème de l'orbite (elle avait été traitée chirurgicalement pour ce problème) et les céphalées peuvent être en relation avec le TC subi. Les douleurs musculaires sont en partie dues aux distorsions cervicales provoquées par l'accident ainsi que par un accident précédent. Les pathologies lombaires n'ont aucune relation avec l'événement accidentel. Il ne s'agit que de troubles dégénératifs. L'arthrose qu'elle présente provoque des limitations fonctionnelles concernant le travail. Il faut compter une diminution de rendement de 30% concernant le dos (colonne cervicale et lombaire) » (rapport du 1er septembre 2014 du Dr F. _____, bordereau à l'appui des contre-observations). La seule nouvelle appréciation d'une diminution de rendement de 30% en lieu et place des 20% retenus à l'époque de la suppression de la demi-rente ne saurait manifestement constituer, dans un tel contexte, un motif de révision. A la question d'ailleurs de savoir si l'état de santé de la recourante s'est ou non aggravé depuis le mois de septembre 2012, le Dr B. _____ répond très clairement: « Non » (rapport du 23 septembre 2014, bordereau à l'appui des contre-observations). Quoiqu'il en soit, il est ici manifeste que la recourante n'a pas accepté la suppression de sa demi-rente, confirmée l'an passé dans un arrêt entré en force. Elle le conteste aujourd'hui dans le cadre du recours interjeté contre le rejet de sa nouvelle demande, mais sans pour autant disposer d'éléments prouvant l'aggravation objective de son état de santé, raison pour laquelle ce nouveau recours doit être rejeté, comme le précédent.

E. 6

Dans la mesure où elle succombe, les frais de la présente procédure sont enfin mis à sa charge, à hauteur des CHF 800.- qu'elle a avancés le 17 septembre 2014.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Des frais de justice d'un montant de CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante qui succombe ; ils sont compensés avec l'avance de frais déposée le 17 septembre 2014. III. Communication. 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 24 novembre 2015 /mbo Présidente Greffier-rapporteur

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