

# FR\_GERICHTE 605 2020 73 vom 27. Mai 2021

FR Kantonsgericht, 2021-05-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2020\\_73](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_73)

FR: FR\_GERICHTE 605 2020 73 du 27 mai 2021

IT: FR\_GERICHTE 605 2020 73 del 27 maggio 2021

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile, dans le délai suspendu par les fêtes de Pâques prolongées par le Conseil fédéral en lien avec le coronavirus, et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 compétente, par une assurée directement touchée par la décision attaquée et au demeurant dûment représentée, le recours est recevable.

### E. 2

Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

#### E. 2.1

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

#### E. 2.2

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée ; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 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 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 a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

#### E. 2.3

Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; et de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

### **E. 3**

L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, 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). C'est l'application de la méthode ordinaire, dite classique, d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI). 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).

#### **E. 3.1**

Le revenu hypothétique de la personne valide (revenu sans invalidité) se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17

#### **E. 3.2**

Pour sa part, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2).

#### **E. 3.3**

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références citées, in: VSI 1998 p. 293).

### **E. 3.3.1**

On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in: RCC 1989 p. 328).

### **E. 3.3.2**

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246).

### **E. 3.3.3**

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'invalidité 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). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17

## **E. 4**

L'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prescrit que, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

### **E. 4.1**

Les principes régissant la révision selon l'art. 17 LPGA étant applicables par analogie aux cas prévus à l'art 87 RAI, il doit en aller de même s'agissant d'une nouvelle demande, comme ici. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir

augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

#### **E. 4.2**

Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

#### **E. 5**

L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

#### **E. 5.1**

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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 médicales soient dûment motivées.

#### **E. 5.2**

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf.).

#### **E. 5.3**

Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 ; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 ; 9C\_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est

complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminante (arrêt TF 9C\_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées).

#### **E. 5.4**

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). Conformément à l'art. 59 al. 2, 1ère phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3). Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C\_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17

#### **E. 5.5**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité. Dans l'arrêt 9C\_482/2014 du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal

fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à celle-ci et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (ATF 141 V 281 consid. 4.4). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4). Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il y a lieu d'examiner si elles permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8).

### **E. 5.6**

Dans des arrêts 8C\_841/2016 et 8C\_130/2017 prononcés le 30 novembre 2017, publiés aux ATF 143 V 409 et 418, le Tribunal fédéral a ensuite jugé que toutes les affections psychiques devaient en principe faire l'objet de la procédure probatoire structurée définie à l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Une telle évaluation est cependant superflue lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes (voir ATF 125 V 351) et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

## **E. 6**

al. 1 seconde phrase LPGA).

### **E. 6.1**

C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art.

### **E. 6.2**

En d'autres termes, dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C\_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail.

## **E. 7**

Est en l'espèce litigieuse la question du droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité. Le litige porte en premier lieu sur la détermination de sa capacité de travail, en particulier sur la valeur probante des rapports médicaux produits, respectivement sur la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise. L'on signalera d'emblée que la recourante dépose ici dans les faits une nouvelle demande, après un premier refus de rente prononcé en 2016. Dans la mesure toutefois où elle avait pu par la suite reprendre le travail, l'on peut ici directement se fonder sur le résultat des investigations médicales menées après ce premier refus.

### **E. 7.1**

La recourante reproche tout d'abord à l'OAI d'avoir instruit la cause uniquement sous l'angle orthopédique. En plus de troubles de l'appareil locomoteur, la recourante fait valoir qu'elle souffre aussi de dépression, de cervicalgies chroniques et de douleurs au niveau des membres supérieurs. Certes, lors du premier entretien entre l'OAI et la personne assurée, le 14 novembre 2017, cette dernière a indiqué que, comme autres atteintes antérieures, elle avait notamment souffert d'une

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 dépression. Elle a toutefois reconnu qu'elle ne suivait plus de traitement sur le plan psychiatrique, puis a évoqué le fait qu'elle devrait éventuellement recommencer, compte tenu de sa baisse de moral (rapport d'entretien initial, dossier OAI, p. 124). Au terme de l'entretien, les seules affections retenues cependant comme étant une atteinte à la santé susceptible d'être ou de devenir invalidante, étaient les hernies discales (rapport d'entretien initial, dossier OAI, p. 125). En outre, dans sa demande de prestations, l'assurée a uniquement annoncé une hernie discale, une arthrose et des disques abimés, précisant qu'une opération était prévue le 15 septembre 2017 (demande sur formule officielle, dossier OAI, pp. 106 et ss). Par ailleurs, dans un rapport du 28 février 2018, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, médecin traitant, indique que seules les hernies discales L4-L5 et L5-S1 ont un effet sur la capacité de travail, le HTA, le syndrome dépressif, la neurofibromatose type 1 et l'asthme n'ont selon lui pas d'incidence sur ladite capacité (rapport médical, dossier OAI, pp. 172 et ss). S'agissant des cervicalgies, la recourante s'appuie en particulier sur la recommandation de l'expert orthopédique suivante figurant à la page 41 de son premier rapport : « Une réévaluation de la capacité de travail est respectueusement suggérée après réception du dossier chirurgical et d'imagerie – non fournie – de la pathologie cervicale annoncée par l'assurée ». Cependant, c'est bien la recourante, elle-même, qui a suggéré une telle extension de l'expertise. Il est ainsi décrit que : « Les autres diagnostics anamnestiques, n'entraînent pas de limitations fonctionnelles dans le cadre de l'appareil locomoteur ici examiné. On rappelle, pour être complet, que l'assurée annonce ce jour des cervicalgies chroniques anciennes. Mécontente que ses médecins et chirurgiens ne l'aient pas signalé, elle déclare vouloir déposer un dossier complémentaire auprès de l'Office » (rapport de l'expertise orthopédique, dossier OAI, pp. 258 et ss). Après que l'OAI a rendu la décision querellée, l'assurée est certes allée subir une IRM du rachis cervical le 28 avril 2020 et a produit un rapport basé sur cet examen avec sa détermination du 16 juin 2020. L'autorité de céans n'a donc pas à en tenir compte, puisqu'il est postérieur à la décision attaquée. Cela étant, alors que le but de cet examen était d'éliminer l'hypothèse d'une hernie discale, le radiologue a pu constater qu'il n'y avait pas de véritable hernie ni conflit discoradiculaire mais une discopathie C6-C7 avec une fissuration débutante de l'annulus. Il est alors juste recommandé de reconstrôler dans 5 ou 6 mois. Partant, les rapports médicaux produits ou requis par l'OAI, à tout le moins avant la décision querellée, ne font pas état du fait qu'une affection des cervicales était actuelle et/ou prise en charge médicalement. En outre, quand la recourante fait état de sa vie quotidienne, elle évoque seulement des douleurs au dos (rapport de l'expertise orthopédique, p.26, dossier OAI, p. 283). Partant, dans la mesure où l'assurée ne suit aucun traitement sur le plan psychiatrique ni pour des prétendues cervicalgies, qu'elle n'a pas fait valoir ces affections comme étant invalidantes dans sa demande de prestations, qu'aucun rapport médical produit avant la décision querellée n'en fait état, c'est bien à juste titre que l'OAI n'a pas ordonné d'expertise sur ces affections.

## **E. 7.2**

La recourante conteste par ailleurs pour l'essentiel les conclusions du rapport d'expertise du

### **E. 7.2.1**

L'assurée souffre de douleurs lombaires depuis décembre 2014. En incapacité de travail toute l'année 2015, elle a repris son activité de janvier 2016 à février 2017, date à laquelle une incapacité de travail totale est à nouveau médicalement attestée. Les nombreuses infiltrations et dénervations réalisées n'ayant pas eu de résultat, une prise en charge

chirurgicale est proposée. L'assurée subit une première intervention chirurgicale le 20 septembre 2017 en raison d'une discopathie L5-S1 et d'une arthrose facettaire L4-L5, L5-S1. L'opération se déroule sans complication et les suites postopératoires sont simples (lettre définitive de sortie du 23 septembre 2017 et protocole opératoire définitif du 22 septembre 2017, dossier OAI, pp. 176 et ss). Selon le chirurgien traitant, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, la capacité de travail de l'assurée est de 50% dès le 6 janvier 2018, puis de 100% dès le 25 février 2018 (courrier du 20 décembre 2017, dossier OAI, p. 169). Cependant, dès le 14 mars 2018, son médecin généraliste atteste d'une nouvelle incapacité de travail totale (certificat médical du 14 mars 2018, dossier OAI p. 185). Dans un rapport du 27 avril 2018, le chirurgien traitant fait état de douleurs lombaires récidivantes à 4 mois post-opératoires, constantes et invalidantes, et plus intenses qu'en pré-opératoire. Il attend les résultats d'une myélographie pour se prononcer en particulier sur le pronostic relatif à une éventuelle reprise d'une activité professionnelle (rapport médical du 27 avril 2018, dossier OAI pp. 200 et ss). En juin 2018, le médecin généraliste traitant adresse sa patiente au Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, pour un second avis. Celui-ci la voit en consultation le 14 juin 2018. Après examen de son dossier médical, il remarque qu'il s'agit « d'une patiente qui a été opérée par spondylodèse sur 2 niveaux pour un problème de douleurs lombaires ou dorso-lombaires, d'allure mécanique, sans symptomatologie neurologique subjectivement ou objectivement significative. [...] Il n'y avait pas de signe directs ou indirects d'instabilité, d'inflammation ou d'autre pathologie particulière. Dans cette situation, l'origine des douleurs était donc purement spéculative, comme c'est toujours le cas dans de pareils circonstances. On estime généralement, et de plus en plus, que dans cette constellation, on ne peut pas retenir une indication opératoire avec un espoir substantiel de soulager les douleurs, même si cela n'est pas totalement exclu. [...] Le résultat dans ce cas n'est donc pas surprenant. Il ne s'agit pas d'un échec de l'opération, mais d'un problème d'indication. Le résultat radiologique de l'intervention est d'ailleurs tout à fait bon, comme attendu. Il n'y a pas non plus de détérioration clinique objective par l'intervention. Il ne faut donc certainement pas chercher une nouvelle sanction chirurgicale. Dans ces cas, il faut s'en tenir à des mesures conservatrices [...] » (rapport médical du 17 août 2018, dossier OAI, pp. 222 et ss). Dans un rapport du 15 novembre 2018, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, médecin auprès du SMR, recommande la mise en œuvre d'une expertise orthopédique au vu des avis divergents. En effet, il constate d'une part, que le dernier spécialiste en neurochirurgie consulté estime qu'une nouvelle opération n'est pas nécessaire, alors que les médecins traitants jugent que la situation n'est pas stabilisée et ne se prononcent donc pas sur la question de la reprise d'une activité (rapport du médecin SMR, dossier OAI, pp. 236-237).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 Dans son rapport d'expertise du 8 janvier 2019, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et spécialiste de la colonne vertébrale, constate que l'assurée « souffre d'une maladie discale lombaire et surtout de la charnière lombosacrée, dont le résultat chirurgical est excellent initialement. Il se dégrade brutalement au jour de la reprise de l'activité professionnelle habituelle à temps plein. [...] Les plaintes de l'assurée sont définies par des douleurs du bas du tronc. Les examens complémentaires effectués par le chirurgien traitant sont des plus complets. [...] L'examen neurologique est normal. L'examen clinique du jour montre une très belle mobilisation du rachis dans son ensemble, sans anomalie neurologique ». Il ajoute que « les pertes de fonctionnalité dont se plaint l'assurée ne sont pas cohérentes. Le tableau dépeint par l'assurée, celui d'un handicap majeur dans tous les

domaines de la vie quotidienne, ne correspond pas à l'analyse détaillée de ceux-ci, ni aux résultats de l'examen clinique avec confrontation radio-clinique. On cite par exemple la possibilité persistante de passer l'aspirateur ou de nettoyer les vitres comme la mesure d'une distance doigts-sol de 2 cm. » Il retient les diagnostics suivants avec une influence de longue durée sur la capacité de travail : « status post syndrome lombo-radiculaire irritatif L5 gauche, status post discopathie L5/S1 grade IV selon Pfrimann avec arthrose facettaire L4/L5 et L5/S1, status post dénervation facettaire de hauteur et date inconnues, status post discopathie L5/S1 et arthrose facettaire L4/L5 et L5/S1, status post décompression L5/S1 par abord foraminaux droit, discectomie L5/S1 et cage TLIF par la droite, spondylolypse L4/S1 avec correction de la scoliose et Cestasorb ». Il explique qu'au vu de la symptomatologie algique induite par le syndrome mécanique des articulations sacro-iliaques, l'assurée ne peut plus du tout exercer l'activité habituelle, celle-ci ne respectant pas les limitations fonctionnelles, en particulier le port de charge. En revanche, elle peut exercer, depuis le 6 janvier 2018, à plein temps, sans diminution de rendement, une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles du rachis de classe 2, qui sont des restrictions modérées, à savoir soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 à 15 kg, effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexions, extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude, monter fréquemment plusieurs escaliers, marcher en terrain accidenté ou glissant. L'expert pense que la capacité de travail de l'assurée peut encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales, à savoir des infiltrations radioguidées des deux articulations sacro-iliaques (expertise de chirurgie orthopédique, dossier OAI, pp. 258 et ss). Dans une correspondance du 21 janvier 2019, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie en orthopédie, chirurgien traitant de l'assurée, et le Dr I. \_\_\_\_\_, médecin assistant, expliquent qu'une nouvelle intervention chirurgicale est prévue à la fin mars, et que, vu son licenciement, ils sollicitent le versement d'une rente provisoire, le mal dont leur patiente souffre impactant sa vie jusqu'à ses activités quotidiennes (courrier du 21 janvier 2019, dossier OAI p. 320). Suite à cette opération effectuée par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, ce dernier atteste des incapacités de travail à 100%, les douleurs n'ayant pas diminué notablement. Dans ses rapports des 14 mai et 5 septembre 2019, il indique qu'il soupçonne soit un lâchement des vis S1, soit une mal fusion (CT-SPECT 09/2018). Dans son rapport du 3 octobre 2019, il explique que le CT-SPECT lombaire du 20 septembre 2019 démontre que le vissage est intact, qu'il ne démontre donc pas d'autre cause qu'une malfusion L5/S1. Il propose une nouvelle intervention chirurgicale pour aider et faciliter l'ossification. Il ajoute, qu'hésitante, sa patiente préfère attendre, avant d'accepter cette opération (rapports médicaux des 14 mai, 5 septembre et 3 octobre 2019, dossier OAI pp. 373-375).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 Interpellé par l'OAI, l'expert mandaté analyse à nouveau la situation sur la base des nouvelles pièces médicales produites en lien notamment avec l'intervention chirurgicale du mois de mars 2019. Dans son rapport complémentaire du 17 mars 2020, il essaie de comprendre pour quelles raisons le résultat chirurgical qui est initialement excellent se dégrade brutalement au 6ème mois postopératoire. Il constate que « la pathologie arthrosique entre L2 et L3 est supprimée de façon efficace par la nouvelle fixation postérieure. Le nouveau matériel est efficace, sans signe de démontage à l'imagerie. » Il ajoute que « l'absence de blocage entre L5 et S1 est une explication avancée par l'imagerie. » Il relève toutefois qu'« il existe une contradiction entre l'amélioration postopératoire et la réapparition, à distance, des douleurs. En cas de persistance de la

problématique de non-fusion entre L5 et S1, les douleurs n'auraient pas dû disparaître. Elles auraient dû être immédiatement majorées en raison de l'ablation du matériel rigide et de son remplacement par des tiges souples. » Il ajoute enfin qu' «il existe surtout une contradiction avec l'absence de description de non-fusion au cours de la chirurgie du 21.03.19. Le résultat du test effectué à rachis ouvert par le neurochirurgien est de valeur bien supérieure à celle d'une imagerie quelle que soit son type et sa qualité». Il conclut donc que « la situation fonctionnelle clinique de l'assurée est identique à celle décrite au moment de l'expertise. A savoir que, six mois après la chirurgie, les douleurs réapparaissent après une amélioration initiale. Aucun nouveau diagnostic avec une influence de longue durée sur la capacité de travail n'est retenu. Aucune nouvelle limitation fonctionnelle s'appuyant sur un diagnostic précis ne peut ainsi être justifiée. Les conclusions de l'expertise concernant les limitations fonctionnelles sont maintenues. » L'expert confirme donc sa position sur l'exigibilité retenue lors de sa première expertise (complément d'expertise de chirurgie orthopédique du 17 mars 2020, dossier OAI, pp. 407 et ss).

### **E. 7.2.2**

Au moment de rendre sa décision, l'OAI disposait donc d'une expertise orthopédique et d'un complément que l'autorité de céans peut qualifier de probants. L'expert a en effet tenu compte de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, qu'il a commentées et il a expliqué, de manière circonstanciée, les raisons des divergences d'appréciation, compte tenu des remarques des médecins traitants et des questions complémentaires posées par l'OAI. La Cour considère également que l'expertise est en tous points conforme à la jurisprudence ci-dessus rappelée, en ce qu'elle émane d'un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert a abouti à des résultats convaincants. L'expert a aussi procédé directement à un examen clinique de l'assurée et a constaté que « le rachis de l'assurée présentait une mobilité remarquable, dans la mesure où elle était apte à frôler le sol à 2 centimètres avec ses doigts en se penchant en avant. Elle peut enlever spontanément ses chaussettes debout sur un seul pied sans aucune difficulté, ni pause. Il n'existe aucun point d'appel neurologique. Le traitement contre la douleur se limite à un seul médicament, pris à dose non maximale » (rapport d'expertise complémentaire du 17 mars 2020, dossier OAI, pp. 407 et ss). En outre, il est aussi relevé que cette appréciation est « à replacer dans un contexte financier grisailé par le licenciement récent, associé à des charges financières importantes selon l'assurée et suite à l'arrêt de la prise en charge spécialisée » (rapport orthopédique, dossier OAI p. 302). Or, les problèmes financiers, tout comme le niveau d'éducation limité de l'assurée, constituent des facteurs psychosociaux, dont il n'a pas à être tenu compte dans l'évaluation de l'invalidité.

### **E. 7.3**

Après que l'OAI a rendu sa décision le 24 mars 2020, la recourante a encore, par le biais de son mandataire, sollicité et produit de nouveaux rapports médicaux des médecins traitants.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17

#### **E. 7.3.1**

Dans un rapport du 21 mai 2020, en réponse aux questions posées par le mandataire de la recourante, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, médecin traitant, explique qu'il a diagnostiqué aussi une cupulolithiase droite depuis décembre 2017, une discopathie C6-C7 avec une fissuration débutante de l'annulus (selon un IRM d'avril 2020). Le

médecin pense que les douleurs ressenties par sa patiente sont d'origine mixte, à savoir des douleurs sacro-iliaques et vertébrale sur des lésions dégénératives et un status post-opératoire. Il indique qu'il n'est pas qualifié pour dire si la fusion des vertèbres L5-S1 est complète. Il explique qu'en avril 2019, il a dû lui prescrire des médicaments pour dormir en raison des douleurs et des tensions musculaires dorso- lombaires. Il ne partage donc pas l'avis de l'expert quand celui affirme que les douleurs lombaires ont disparu après l'opération, avant de réapparaître 6 mois plus tard. Il estime enfin que sa patiente n'est pas en mesure de travailler actuellement même dans une activité adaptée, en raison des douleurs ressenties. Dans un rapport du 2 juin 2020, en réponse aux questions posées par le mandataire de la recourante, le Dr J.\_\_\_\_\_ explique qu'il a diagnostiqué une douleur intensive chronique dans le bas du dos due à une malfusion du segment L5/S1. Il explique qu'il a opéré à nouveau sa patiente le 22 mai 2020 pour enlever la première cage posée en septembre 2017 et en placer une nouvelle beaucoup plus grande. Il n'a pas procédé immédiatement à ce remplacement en mars 2019 car l'intervention aurait été exagérée. Il était prévu de le faire seulement dans un second temps en cas de persistance des douleurs. Il constate aussi que des douleurs causées par le segment adjacent L3/4 s'étaient améliorées, sans que les douleurs causées par la malfusion n'aient disparu. Il estime qu'il faut attendre le résultat de la dernière intervention chirurgicale avant de se prononcer sur le taux d'activité horaire exigible. Dans un document daté du 13 juillet 2020, le Dr J.\_\_\_\_\_ indique que sa patiente est en arrêt de travail à 100 % à cause de douleurs invalidantes, la fusion L5-S1 de septembre 2017 n'ayant pas été réalisée. Cette mauvaise fusion est, selon lui, la source des douleurs. Dans un rapport produit sur demande du mandataire de l'assurée du 16 novembre 2020, le Dr J.\_\_\_\_\_ indique que l'état de sa patiente stagne, que la guérison du segment pseudo- arthrotique n'a pas été réalisé, que dans l'état actuel la patiente n'est pas en mesure de travailler.

### **E. 7.3.2**

Les rapports médicaux, qui attestent une incapacité de travail totale de la recourante, produits après la décision attaquée et que l'autorité de céans n'est en principe pas tenu de prendre en considération, ne sont, en tous les cas, pas suffisamment convaincants pour remettre en question la position de la Cour de céans, puisque les constatations sont basées essentiellement sur les douleurs ressenties par l'assurée. Or, s'agissant des douleurs, il importe de relever que l'expert orthopédique a décrit une assurée d'emblée très plaintive. Il indique en effet : « On relève que l'assurée brosse initialement un tableau où elle apparaît comme gravement handicapée, ne pouvant presque pas bouger, avec un traitement antalgique, qui n'est efficace qu'une heure par jour. Elle se déclare incapable de débarrasser la table mais peut utiliser le lave-vaisselle, le lave-linge et passer l'aspirateur voire nettoyer une petite vitre. » » Lors de l'entretien, l'expert explique aussi que l'assurée demande régulièrement à se lever en raison de lombalgies. Il constate cependant ceci : « On est alors surpris de l'aisance avec laquelle elle quitte le fauteuil, sans jamais prendre appui, et avec laquelle elle s'assoit de nouveau. Au moment de se rendre en salle d'examen, après une longue position assise, la marche est d'emblée fluide » (rapport d'expertise orthopédique, dossier OAI, pp.285-286).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 Les rapports médicaux produits ultérieurement à la décision de l'OAI semblent finalement aussi confirmer la position du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, qui a été consulté pour un second avis et qui a attesté que, dans ces situations, il n'est pas indiqué de procéder à une opération, dans la mesure où il n'y

avait de toute façon pas d'espoir de soulager les douleurs. Il n'est donc pas nécessaire d'attendre encore le résultat des interventions, pour se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée. Le chirurgien traitant estime, quant à lui, qu'il y a bien, selon lui, une malfusion de deux vertèbres, selon les images d'IRM, et pense qu'il importe d'attendre le résultat des interventions chirurgicales pour se prononcer sur la capacité de travail. Selon lui, cette affection serait existante depuis septembre 2018. Il est également fait mention de la suspicion d'une telle affection dans le rapport de consultation du Dr E. \_\_\_\_\_ du 30 octobre 2018, qui était aussi versé au dossier médical soumis à l'expert orthopédique. Cependant, la Cour de céans partage l'avis de l'expert orthopédique, selon lequel le chirurgien traitant aurait dû à tout le moins faire mention de l'existence de cette malfusion dans son rapport opératoire de mars 2019, ce qu'il n'a pas fait. La Cour de céans est aussi convaincue que « le résultat du test effectué à rachis ouvert par le neurochirurgien est de valeur bien supérieure à celle d'une imagerie, quelle que soit son type et sa qualité » (rapport complémentaire de l'expertise orthopédique, dossier OAI p. 409). Dans son courrier du 2 juin 2020, pourtant interpellé sur ce point par le mandataire de la recourante, le chirurgien traitant n'explique pas pourquoi il n'a pas constaté l'existence de cette fusion incomplète lors de l'opération du 21 mars 2019. Il fait uniquement valoir que, lors de cette opération, il a surtout procédé au contrôle et au remplacement des vis. Une nouvelle spondylodèse, telle que suggérée par l'expert orthopédique en cas de malfusion, était prévue uniquement si les douleurs persistaient. Or, comme relevé plus haut, les douleurs ne sont pas un indicateur fiable et objectif dans cette situation en particulier. Compte tenu également du lien de confiance unissant les médecins traitants à leur patiente, leurs rapports, dans lesquels ceux-ci ne font que livrer leur propre évaluation de la situation de l'assurée, sans se prononcer sur sa capacité de travail à terme, ne permettent en aucun cas de justifier de s'écarter des conclusions de l'expert. C'est donc à raison que l'autorité intimée s'est fondée sur dite expertise pour retenir que la recourante pouvait exercer une activité adaptée à des limitations fonctionnelles du rachis de classe 2 à plein temps, sans diminution de rendement.

## **E. 8**

La capacité de travail étant déterminée, il importe de contrôler le calcul du taux d'invalidité.

### **E. 8.1**

L'OAI n'a tenu compte d'aucun désavantage salarial et n'a ainsi opéré aucune réduction sur le revenu statistique d'invalidité que l'assurée pourrait obtenir dans le cadre d'une telle activité adaptée. La recourante estime pour sa part qu'un désavantage salarial de 20%, doit être pris en considération, compte tenu de son âge et de ses limitations fonctionnelles. S'agissant de l'âge, le Tribunal fédéral fixe le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé à près de 60 ans. Le moment déterminant pour juger de la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail en cas d'âge avancé est celui de la fixation de l'exigibilité médicale de la capacité résiduelle de gain et non pas ni le moment de la naissance du droit à la rente ni encore la date de la décision

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 attaquée. Il en va ainsi aussitôt que les rapports médicaux à disposition permettent d'en tirer à cet égard des constatations de fait convaincantes (ATF 138 V 457 consid. 3.3). En l'espèce, la recourante, née en 1968, avait tout juste 50 ans au moment où elle pouvait reprendre une activité adaptée. De l'avis des juges de céans, un changement d'activité demeure parfaitement exigible, dans la mesure où

il s'agit d'un âge encore lointain de la retraite, qui devrait en principe lui donner la possibilité de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré. En outre, les limitations fonctionnelles de la recourante ne sauraient être prises une deuxième fois en considération. Partant, c'est à juste titre que l'OAI n'a pas retenu une réduction au titre de désavantage salarial.

### **E. 8.2**

Enfin, la recourante conteste aussi le revenu sans invalidité retenu par l'OAI. L'OAI s'est basé sur le salaire mentionné en 2016 dans l'extrait de compte individuel AVS de CHF 62'752.00, montant qu'il a indexé au taux de 0.4%, obtenant ainsi un montant de CHF 63'003.00 comme revenu sans invalidité. La recourante se base sur le salaire perçu en 2015, d'un montant de CHF 64'409.00, qu'elle indexe de 0.8% pour 2016, 0.4% pour 2017 et 0.5% pour 2018. Selon elle, son revenu de valide pour l'année 2018 se monte à CHF 65'185.45. Cette question peut rester ouverte, dans la mesure où si l'on retient le revenu sans invalidité avancé par la recourante, son taux d'invalidité atteindrait à peine 16%, alors qu'il a été évalué à 13%. Cela n'a aucune incidence sur le droit ou non à des prestations de l'assurance invalidité, dans la mesure où ce chiffre demeure bien loin du taux de 40% qui ouvre le droit à un quart de rente.

### **E. 9**

Au vu de ce qui précède, il importe de rejeter le recours, de confirmer la décision querellée, laquelle achève au demeurant de démontrer qu'entre le moment du premier refus de rente et le second, l'état de santé de la recourante n'a à tout le moins pas subi de modification notable, dans le sens d'une aggravation.

### **E. 10**

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de frais de CHF 800.- versée. Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé d'indemnité de partie. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision querellée est confirmée. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante ; ils sont compensés avec l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 27 mai 2021/mem Le Président :  
La Greffière :