

# FR\_GERICHTE 605 2021 120 vom 17. April 2022

FR Kantonsgericht, 2022-04-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2021\\_120](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_120)

FR: FR\_GERICHTE 605 2021 120 du 17 avril 2022

IT: FR\_GERICHTE 605 2021 120 del 17 aprile 2022

## 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 pascales - et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

### 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 ou mentale. Ce n'est toutefois 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

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, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière.

### E. 4

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.

### E. 4.1

Tout changement important des circonstances propres 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 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**

Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente (= rente limitée dans le temps) correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

#### **E. 5**

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).

#### **E. 5.1**

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).

### **E. 5.2**

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). Le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 pour celui-ci, ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure (arrêt TF 9C\_147/2018 du 20 avril 2018 consid. 3.2 et les références citées).

### **E. 5.3**

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).

## **E. 6**

Est litigieux l'octroi d'une rente entière. Dans la mesure où de nouvelles atteintes physiques ont été alléguées dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante après la suppression, en 2016, d'une rente entière allouée en 2005 pour raisons psychiques, il ne s'agirait a priori pas en l'espèce d'un cas de révision fondé sur l'aggravation éventuelle de symptômes préexistants. Néanmoins, l'on reviendra brièvement le parcours médical de l'assurée.

### **E. 6.1**

Octroi d'une rente entière en 2005 Née en 1972, remariée et mère d'un enfant majeur, la recourante, qui travaillait jusqu'alors comme aide-infirmière veilleuse de nuit dans un foyer pour personnes âgées, s'était annoncée à l'AI une première fois en 1993 en raison d'un état dépressif, puis une seconde fois en 2001, invoquant une polyarthrite rhumatoïde, celle-ci principalement localisée au niveau des bras et des mains. Sur la base d'une expertise bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), une rente entière lui avait alors été accordée le 7 octobre 2005 (dossier AI, p. 216). A l'appui de sa motivation, l'OAI prenait acte du fait que la capacité de travail était « considérablement restreinte » et que son assurée, dont la formation avait au demeurant également été empêchée par son atteinte à la santé, ne pouvait alors pas travailler plus d'une nuit par semaine comme veilleuse, générant chez elle un taux d'invalidité de 76% (dossier AI, p. 196).

#### **E. 6.1.1**

Si la capacité de travail était à ce point limitée, c'était essentiellement en raison d'une problématique psychique. Pour l'expert psychiatre le Dr B. \_\_\_\_\_ (cf. expertise du 6 février 2004, dossier AI, p. 143), la recourante était principalement atteinte d'un « trouble dysthymique à début précoce, d'un trouble dépressif majeur, récurrent, en rémission partielle, dont la gravité était alors légère, ainsi que d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques » (dossier AI, p. 160). Il relevait aussi un « abus de cannabis » et une « hyperphagie boulimique ». A côté de cela, il signalait aussi la présence d'une « personnalité borderline avec traits paranoïaques » et notait un certain nombre d'atteintes au plan physique : « arthralgies chroniques

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 des MCP (= métacarpo-phalangiens) ddc d'étiologie indéterminée, possible arthropathie inflammatoire d'origine inconnue, tendinopathie modulaire des fléchisseurs des doigts II et IV de la main droite, suspicion de tunnel carpien bilatéral irritatif et hallux valgus bilatéral débutant ». Des éléments psychosociaux étaient aussi mentionnés : « conflit avec le père de sa fille ; perte répétitive d'emploi ; précarité financière ». Pour l'expert, la complexité des atteintes au niveau psychique occasionnait alors chez la recourante, qui avait également souffert, étant jeune, de toxicomanie, un handicap fonctionnel important : « Au moment de l'évaluation psychiatrique, elle vient de débiter un traitement antidépresseur qui commence à exercer son effet et il est ainsi probable qu'elle présente un épisode dépressif majeur, en rémission partielle, de gravité légère. Tenant compte du fond dysthymique, il s'agit ainsi d'une « double dépression ». La dépression actuelle ne comporte pas d'éléments psychotiques francs, mais il ne peut pas être exclu que certains événements décrits dans l'anamnèse soient des interprétations délirantes. L'expertisée se plaint de douleurs corporelles diffuses qu'elle attribue à une maladie inflammatoire. Le rapport médical du médecin traitant datant de novembre 2001 indique la possible existence d'une arthropathie inflammatoire d'origine X. Le dossier ne comportant pas d'avis rhumatologique, il est difficile d'attribuer avec certitude un diagnostic psychiatrique par rapport aux douleurs. Il est toutefois probable qu'il s'agisse d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques. L'assurée présente également un trouble alimentaire de type boulimique sans conduite purgative, diagnostic qui n'a pas d'impact sur la capacité de travail. Dans les antécédents, on note la présence d'une polytoxicomanie significative impliquant la consommation d'héroïne par injection, tableau qui selon les dires de l'assurée est en rémission complète depuis 1993. La consommation d'alcool semble conforme aux normes sociales et ne justifie pas un diagnostic indépendant. On note également une utilisation occasionnelle de cannabis. Ces pathologies axe I sont associées à un trouble sévère de la personnalité de type état limite avec également des traits paranoïaques. Ce trouble de la personnalité implique l'utilisation de défenses de type psychotique ou pour le moins prépsychotique. L'ensemble de la pathologie axe I et axe II est clairement de nature à induire un handicap fonctionnel important au sens de l'AI » (dossier AI, p. 162-163). Ainsi, la capacité de travail n'était-elle plus que partielle : « Il semble qu'à partir du 30.10.2002, date de l'engagement dans l'EMS, une certaine capacité de travail d'environ 25 ou 30% ait pu être recouvrée. Celle-ci ne dure toutefois pas plus tard qu'octobre 2003, mais il est possible que, sous traitement antidépresseur et en appliquant les propositions thérapeutiques ci-dessous, cette capacité partielle soit exigible » (dossier AI, p. 164-165). Dans sa décision, l'OAI l'estimait dès lors à une nuit de veille par semaine.

### **E. 6.1.2**

Au plan physique, aucune atteinte invalidante n'était en revanche retenue. Le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint du service de rhumatologie, médecine physique et rééducation de l'Hôpital cantonal, se déclarait au départ, en 2001, un peu perplexe : « Je ne vous cache pas une certaine perplexité devant l'histoire de cette patiente qui a déjà souffert de mains à l'âge de 12 ans et qui, après une longue période pour ainsi dire asymptomatique, se plaint à nouveau depuis plusieurs mois de ces douleurs. L'histoire niveau récente avec des douleurs au raideur des MCP, qui sont symétriques, parfois insomniantes et qui s'accompagnent d'une importante matinale durant déjà plusieurs mois, sont autant d'éléments qui doivent faire évoquer la possibilité d'une arthropathie inflammatoire et en premier lieu une PR (= polyarthrite rhumatoïde). Je suis toutefois

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 frappé par l'absence de réponse à la dose énorme de Celebrex » (rapport du 21 mars 2001, dossier AI, p. 125). Deux ans plus tard, il laissait entendre que les problèmes physiques rencontrés par la recourante n'étaient en soi pas susceptibles d'occasionner une invalidité : « pour répondre à cette question, il faudrait certainement prendre connaissance du rapport de l'expertise psychiatrique qui été demandé et qui devrait avoir lieu dans le proche avenir car j'imagine que ces facteurs risquent d'être plus importants que les problèmes musculo-squelettiques dans la capacité de travail de cette assuré » (annexe au rapport médical du 11 décembre 2003, dossier AI, p. 132).

## **E. 6.2**

Suppression de la rente en 2016 Si la rente entière a été supprimée en 2016, c'est sur la base d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

### **E. 6.2.1**

Au plan physique, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, observait principalement un « syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, avec une diminution du seuil de tolérance à la douleur », ainsi que des « cervico-brachialgies récurrentes, avec status post-cure d'hernie discale C5-C6 en 2011 » (expertise rhumatologique du 12 mai 2014, dossier AI, p. 369). Il ne relevait, cela étant, rien d'alarmant, et notamment pas au niveau lombaire, ni même au niveau des cervicales, qui avaient donc déjà fait l'objet d'une intervention chirurgicale en 2011, sous la forme d'un implant discal : « Lors de l'examen de ce jour, on note la présence d'un syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Il n'y a pas de signe de dysfonction segmentaire. L'examen des épaules est rassurant, il n'y pas de signe de tendinopathie ou de conflit. L'examen des genoux est également dans les normes, il n'y pas de signes méniscaux ou tendineux. Il n'y pas d'instabilité. Il n'y pas de signe de synovite ou de ténosynovite. Il n'y pas d'argument parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique. L'examen frappe cependant par la présence de douleurs péri-articulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Du point de vue paraclinique, le bilan radiographique met en évidence un status post cure d'hernie discale avec pose d'un implant discal en C5-C6 sans signe de descellement. Il n'y pas de discopathie au niveau lombaire, la RX des mains est également dans les normes, il n'y pas de signe d'érosion ou de troubles dégénératifs significatifs. L'examen des genoux est également dans les normes. L'ultrasonographie révèle l'absence de collection liquidienne intra- articulaire ou au niveau rétro-poplité, il n'y a pas de troubles dégénératifs significatifs. L'ultrasonographie des épaules est dans les normes » (dossier AI, p. 370).

Dans ces conditions, il estimait la capacité de travail à 80% : « L'assurée présente une limitation concernant le port de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive de plus de 10kg. D'un point de vue quantitatif: sa capacité de travail dans son activité antérieure d'aide- soignante dans un foyer pour personnes âgées est estimée à 80%. (...) Du point de vue rhumatologique, il n'y pas de limitation à proprement parler de plus de 20%, vu que l'évolution post chirurgicale de la région cervicale est favorable » (dossier AI, p. 371).

### **E. 6.2.2**

Au plan psychiatrique, le Dr E.\_\_\_\_\_ ne retenait la présence que d'une seule « éventuelle légère dysthymie », accompagnée d'un « trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique ». Il relevait en outre la présence d'une

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 dépendance passée « à des substances toxiques multiples (héroïne, THC, alcool...) » l'assurée étant abstinentes depuis 1995 (expertise psychiatrique du 23 octobre 2014, dossier AI, p. 398). Il signalait aussi une « personnalité du registre état-limite, à traits abandonniques, compensée ». Il concluait à une amélioration de la situation au plan psychique, en dépit de la persistance des plaintes, entretenues selon le spécialiste par la recourante elle-même, confinée, pour des raisons utilitaires, dans une posture d'invalides : « Comme le rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ du 7.01.2004 le laissait déjà augurer, l'évolution au niveau des troubles thymiques est favorable.

Actuellement, il n'y a plus de dépression, même l'évolution dysthymique est moins évidente. Néanmoins, les plaintes somatiques sont manifestement ici toujours surinvesties. Force est de constater qu'elles ont une incidence surtout dans les activités plus contraignantes ou désagréables et quasiment aucune dans ce qui est de l'ordre de la relation à l'autre, des loisirs, de la vie sociale, ce qui démontre un peu le caractère finaliste de ceux-ci. Nous pouvons donc souligner ici le caractère finaliste de ses plaintes somatiques. L'assurée maintenant identifie ce rôle d'invalides qui offre de nombreux avantages à des problèmes de réalité. Madame n'arrive pas à faire des liens. N'arrive que peu à prendre de la distance avec ses plaintes physiques, autrement dit, le clivage ne survient pas ici seulement entre l'externe et l'interne, mais aussi entre le "psyché" et "soma" et subséquentement entre "sensations corporelles" et "affect". Il en résulte ses symptômes psychosomatiques, qui ne sont ici pas de nature symbolique comme chez l'hystérique. Ils sont chargés d'une part d'une fonction d'agressivité et d'autre part, lui permettent de susciter l'intérêt de l'entourage et aussi se soustraire à certaines obligations » (dossier AI, p. 400). Elle ne présentait ainsi aucune atteinte invalidante : « L'assurée actuellement ne présente pas de comorbidité psychiatrique majeure, le trouble de personnalité n'est pas décompensé, les éléments dysthymiques sont sans répercussion sur la capacité de travail, ils traduisent tout au plus des légères variations de l'humeur. L'environnement social, familial, est tout à fait favorable. En tant que tel, l'assurée pourrait réaliser une activité de veillesse au minimum à 70%, mais n'en a aucune motivation, parfaitement satisfaite dans sa situation actuelle, ce qui reste, pour le surplus, un choix personnel. Au niveau médical, il n'y pas d'indication à une prise en charge spécifique, ou l'introduction de psychotropes, compris anti-douloureux, et surtout éviter ici, comme le fait la Dresse F.\_\_\_\_\_, la multiplication des investigations médicales et les explorations chirurgicales, face à tout nouveau symptôme. Relevons au passage que même si l'assurée revendique de ne souffrir d'aucun trouble psychique, les troubles psychométriques donnent des valeurs largement trop élevées pour la dépression,

avec une discordance inter auto-évaluations suggérant la dramatisation et l'emphase » (dossier AI, p. 402). La capacité de travail serait, ainsi, entière dans « toute activité adaptée à ses compétences et sa motivation, à 100%, sans baisse de rendement (40 h./semaine, 8h./jr) » (dossier AI, p. 404).

### **E. 6.2.3**

La suppression de la rente a par conséquent été décidée le 21 juillet 2016, après interruption des mesures de réadaptation (dossier AI, p. 488). La recourante n'a pas recouru contre cette dernière décision mais a déposé une nouvelle demande peu de temps après.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18

## **E. 7**

Nouvelle demande du 21 septembre 2016

### **E. 7.1**

Dans son précédent jugement du 19 décembre 2019, la Cour de céans avait, sur le principe, admis la plausibilité de l'aggravation de l'état de santé de la recourante et dès lors renvoyé la cause à l'OAI pour un complément d'instruction (605 2017 161, dossier AI, p. 603 et ss). Elle indiquait à cet égard : « A première vue, les rapports apportés par la recourante ne font qu'aborder le diagnostic de cervicobrachialgies, respectivement de syndrome cervical chronique, diagnostic connu depuis longtemps. Cependant, du rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 6 octobre 2016 mentionné plus haut, il ressort déjà que la deuxième intervention chirurgicale (du 22 juin 2015), cette fois au niveau C6/C7, connu une évolution nettement moins favorable que la première cure de hernie discale de 2011 au niveau C5/C6 avec des douleurs toujours ressenties, prédominantes du côté gauche, raison pour laquelle des infiltrations ont été proposées. Celles-ci n'ont pas apporté de bénéfices à part une discrète amélioration transitoire estimée entre 10 et 20% selon les indications de ce même médecin dans son rapport du 2 décembre 2016. Le Dr C. \_\_\_\_\_ de son côté relève le 6 mai 2016 un nouveau syndrome de l'angulaire de l'omoplate avec une possible composante facettaire en C4/C5 et neuropathique aux membres supérieurs. Dans ces conditions, la Cour de céans estime que la recourante a rendu plausible une modification de son état de santé » (consid. 3.3., dossier AI, p. 609).

### **E. 7.2**

Complément d'instruction Dans un premier temps, l'OAI a demandé l'avis des médecins traitants et tout particulièrement du Dr H. \_\_\_\_\_, neurochirurgien consulté à partir du mois de février 2016.

#### **E. 7.2.1**

Ce dernier a témoigné d'une évolution au cours des mois au niveau des cervicales. Il importe de revenir plus en détail sur ses rapports, dont certains déjà portés à la connaissance de la Cour de céans. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a tout d'abord indiqué que la recourante avait subi deux interventions au niveau des cervicales, la dernière en 2015, qui avaient donné entière satisfaction : « La patiente présentée une discopathie sévère C5-6 ayant justifié une décompression par voie antérieure avec mise en place d'une cage en 2011 avec un excellent résultat postopératoire, le niveau me paraît probablement fusionné actuellement. Elle redéveloppé l'année dernière une volumineuse hernie discale C6-7 à prédominance gauche luxée derrière le corps vertébral qui été enlevée puis le niveau fixé. Une IRM été pratiquée

en décembre 2015. Pour moi cette IRM ne montre pas de compression résiduelle, la hernie a complètement disparu » (rapport du 23 février 2016, dossier AI, p. 631). Soulignant encore l'efficacité des traitements entrepris, il évoquait d'emblée l'origine multifactorielle des douleurs: « Je pense que les douleurs sont d'origine multifactorielle, à la fois sur deux opérations cervicales, un re-balancement qui ne s'est pas encore fait correctement, des problèmes musculaires, des problèmes peut-être rhumatologiques et le tunnel carpien bilatéral. Cette patiente devrait bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire en commençant par un bilan rhumatologique et éventuellement une prise en charge dans un centre d'antalgie. Ce qui est certain, c'est que les cages sont parfaitement en place et les opérations parfaitement effectuées et justifiées » (rapport précité).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 Au mois de juin 2016, il observait que la situation se compliquait avec la suppression de la rente : « la patiente a toujours des douleurs et la situation se complique par une cessation de la rente AI à la fin de ce mois. Les radiographies fonctionnelles ont été effectuées, elles démontrent que le niveau C5-6 est possiblement fusionné sans certitude absolue, je vois un petit mouvement de 2 millimètres sur les épineuses mais le segment C6-7 présente certainement une pseudarthrose. Il est difficile de savoir si cette pseudarthrose est douloureuse ou si les douleurs viennent plutôt de la région de l'épaule gauche, je n'ai pas reçu les rapports de consultation de mes collègues, il m'est difficile de me prononcer, de toute façon je ne suis pas pressé de proposer à la patiente une réintervention » (rapport du 23 juin 2016, dossier AI, p. 633). Une année plus tard, en été 2017, la recourante déplorait l'absence de toute amélioration, en dépit des traitements par infiltrations : « malgré les traitements entrepris depuis une année, y compris des infiltrations, la patiente n'a pas eu d'améliorations notables. Elle prend différents traitements dont du Citalopram qu'il ne faut pas modifier, de la codéine pour un syndrome des jambes impatientes qui semble être efficace et du Zaldiar qui ne semble avoir aucune efficacité. Le Docteur G. \_\_\_\_\_ note dans son courrier qu'il n'y pas eu d'améliorations après les infiltrations, il semblerait quand même que la patiente signale une amélioration de 24 heures. Elle l'impression que la première intervention été très efficace, à savoir le niveau C5-6, mais que la deuxième intervention qui avait été faite en 2015 n'a pas aidé » (rapport du 20 août 2017, dossier AI, p. 634). Le Dr H. \_\_\_\_\_ proposait alors une reprise de l'intervention pratiquée en 2015 (rapport du 15 septembre 2017, dossier AI, p. 635), qui fut réalisée à la fin du mois de septembre 2017, « avec le remplacement de la cage C6-7 par une cage tryptik préremplie de Grafton et d'une plaque Zevo » (rapport du 18 octobre 2017, dossier AI, p. 636). Au mois de novembre 2017, l'évolution était plutôt favorable, « les douleurs minimales bien contrôlées, les cages et la plaque sont en place, il n'y pas d'œdème des tissus mous, pas de signe de radio- transparence autour du matériel » (rapport du 28 novembre 2017, dossier AI, p. 638). Le Dr H. \_\_\_\_\_ appuyait alors la recourante dans sa nouvelle demande de prestations, précisant que la nouvelle intervention avait été nécessaire pour soigner une infection locale: « La patiente m'a montré une lettre adressée par l'AI au tribunal cantonal des assurances, je suis assez halluciné des commentaires concernant mon courrier. L'AI se base sur le fait que les événements sont survenus après leur décision du mois de juin 2017, cela est totalement faux, la cage était infectée bien avant, le problème c'est que le diagnostic n'avait pas été fait. Cette infection de cage, infection lente, était présente depuis bien longtemps, il m'est évidemment impossible de donner une date, je pense que l'infection commencé dans les mois qui ont suivi la spondylodèse. J'ai expliqué mon point de vue à la patiente qui verra avec son avocat comment contrebalancer auprès du tribunal des assurances ce paramètre » (rapport précité). Au début de l'année 2018,

l'évolution était stable, en dépit de la problématique sociale, le spécialiste attestant tout de même encore d'une incapacité de travail : « L'évolution reste stable, les radiographies de contrôle sont bonnes, il n'y pas de signe d'infection ni de déplacement du matériel. La patiente des points de tension à l'insertion de la musculature occipitale je lui proposer de d'ostéopathie. Il reste le problème social à régler avec l'AI, la patiente est en attente d'une décision, elle reste en incapacité de travail » (rapport du 11 janvier 2018, dossier AI, p. 639). A l'automne 2018, le matériel remplacé en 2017 était toujours bien en place et le Dr H.\_\_\_\_\_ ne mentionnait plus d'incapacité de travail : « Les radiographies de ce jour montrent un matériel resté

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 bien en place il ne semble pas y avoir de dégénérescence des segments adjacents, j'ai de la peine à confirmer si une fusion s'est avérée aux niveaux C5-6 et C6-7 mais étant donné la stabilité du matériel et des symptômes (toujours des nuchalgies) je ne pense pas qu'il soit nécessaire de répéter des contrôle d'office » (rapport du 18 octobre 2018, dossier AI, p. 640).

### **E. 7.2.2**

Mis à part le Dr H.\_\_\_\_\_, la Dre F.\_\_\_\_\_, médecin de famille, relevait pour sa part au début de l'année 2019 la persistance des douleurs non seulement au niveau des cervicales mais plus généralement dans tout le haut du corps, et l'apparition d'une problématique nouvelle au niveau de la cheville gauche : « sur le plan douloureux, douleurs quasi permanentes, surtout limitation du port de la tête en hyper-extension, raison de l'augmentation des douleurs. La patiente doit absolument s'allonger dans la journée sous risque de présenter un état douloureux difficilement supportable, associé à des céphalées. Le pied qui est suivi, et par le Dr I.\_\_\_\_\_ et par le Dr G.\_\_\_\_\_, occasionne également des douleurs quasi permanentes. (...) Les problèmes de colonne cervicale auxquels s'ajoutent les problèmes de la cheville gauche. Il y a encore un syndrome polymyalgique qui n'est même pas complètement géré par l'antalgie actuelle » (rapport du 18 février 2019, dossier AI, p. 642). Pour cette dernière, la recourante, qui ne travaille plus depuis 2005, demeurait incapable de travailler, au regard de la seule problématique cervicale: « Je pense qu'au vu des antécédents, comme je l'ai déjà rempli dans les autres rapports, cette patiente n'est pas en mesure d'assumer un poste de travail et une activité professionnelle régulière. (...) La patiente ne travaille plus depuis 2005. Je pense qu'aucune activité professionnelle n'est envisageable chez cette patiente. Je ne pense pas qu'au vu de son problème cervical, une réinsertion professionnelle soit à envisager » (rapport précité, dossier AI, p. 642-643).

### **E. 7.2.3**

A côté de cela, d'autres médecins ont plus précisément commenté la survenance de la nouvelle atteinte au niveau de la cheville gauche. Le Dr I.\_\_\_\_\_ avait pratiqué l'excision d'un kyste situé sur le sinus du tarse gauche au mois de septembre 2017, intervention immédiatement suivie par celle pratiquée au niveau des cervicales (cf. rapport du 25 septembre 2017, dossier AI, p. 656). Au mois de juillet 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et traitement de la douleur, signalait « la disparition complète de la symptomatologie douloureuse » après une infiltration pratiquée au mois de mai 2018 (rapport du 13 juillet 2018, dossier AI, p. 647). Ce qui allait dans le sens de l'évolution favorable attestée par le Dr I.\_\_\_\_\_ (cf. rapports du 8 mai 2018 et du 14 juin 2018, dossier AI, p. 649 et 650). Concernant ces deux opérations, le Dr G.\_\_\_\_\_ résumait les

choses ceci : « Tu (= Dr I. \_\_\_\_\_) as opéré Mme en septembre 2017 d'un kyste au niveau du sinus du tarse gauche. L'intervention s'est bien déroulée. Elle sera suivie rapidement pour une opération chirurgicale au niveau du rachis cervical, ce qui retardera la mise en charge au niveau de la cheville. Lorsque cette dernière survient après la convalescence de l'intervention neurochirurgicale d'octobre, Mme décrit la survenue de douleurs intéressant la zone sous-malléolaire antérieure gauche » (rapport du 13 juillet 2018, dossier AI, p. 646).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18

### **E. 7.3**

Expertise orthopédique Sur recommandation de son SMR (dossier AI, p. 664), l'OAI a décidé d'ordonner une expertise orthopédique, qu'il a confiée au Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (expertise orthopédique du 16 avril 2020, dossier AI, p. 694).

#### **E. 7.3.1**

Se basant sur la totalité du dossier, non seulement médical (expertise orthopédique, p. 5-21, dossier AI, p. 698-714), mais aussi administratif (expertise orthopédique, p. 22-30, dossier AI, p. 715-723), l'expert a essentiellement retenu, à partir de l'année 2017, le diagnostic de cervicalgies, celles-ci situées au niveau des vertèbres C5-C6 et C6-C7, rappelant à cette occasion les divers traitements et interventions subis par la recourante depuis 2011 (expertise orthopédique, p. 40, dossier AI, p. 733). Il a aussi évoqué la présence d'une probable fibromyalgie apparue dans le courant de l'année 2012 puis à nouveau depuis le mois de mai 2016. Il a enfin mentionné l'ablation du kyste au niveau de la cheville gauche au mois de septembre 2017.

#### **E. 7.3.2**

A côté de cela, il a rapporté les plaintes de la recourante : « Je souffre des cervicales, des épaules, bas du dos et des pieds. Je souffre de douleurs lombaires depuis des années qui descendent dans les cuisses. Je conduis un véhicule à vitesse automatique depuis 10 ans à cause des sciatiques. Je n'arrive pas à marcher comme avant. J'ai mal aux 2 coudes même si je ne fais rien. Je vis avec. J'ai mal aux 2 épaules. Je n'ai plus de force dans les genoux. Je n'arrive plus à me chausser. Mon mari est compréhensif et m'aide dès que possible. Je descends la cortisone et je revois ma rhumatologue en janvier 2020. Je suis aidée par mes beaux-parents qui habitent le même village. Je les vois presque tous les jours » (expertise orthopédique p. 31, dossier AI, p. 724). Elle lui avait d'emblée fait part de son incompréhension concernant la suppression de sa rente entière : « Je suis à l'AI à 70% depuis 2005 et on m'a retiré l'AI depuis 2 ans à cause du rapport de l'expertise. Je suis révoltée que 1 seul médecin ait eu parole d'évangile et qu'il ait réussi à me faire passer pour une menteuse et il porté atteinte à mon intégrité. Cela des répercussions sur mon moral. mon avis également sur les opinions des médecins qui m'ont vu après ce rapport mensonger » (expertise orthopédique p. 31, dossier AI, p. 724). A la suite de cela, elle a relaté son quotidien, au centre duquel son mari, qui travaille pour sa part à 100%, et sa belle-famille semblent tenir un rôle d'assistance et de soutien face à ses douleurs (expertise orthopédique p. 33, dossier AI, p. 726). Elle disait notamment « espérer qu'on lui trouve un médicament pour soulager ses douleurs ainsi elle soulagera son mari et retrouvera une vie sociale. Elle pourra promener son chien » (expertise orthopédique, p. 33, dossier AI, p. 726). Pour l'heure, et comme le relevait aussi l'expert, elle suivait un traitement à base de cortisone qui

lui avait fait prendre du poids (expertise orthopédique p. 34, dossier AI, p. 727). L'expert résumait ainsi le tableau : « actuellement, l'assurée paraît gérer sa vie d'épouse sans grand changement par rapport à sa vie active antérieure. Les pathologies ostéo-articulaires décrites ont nécessité une prise en charge médicale et chirurgicale. Lors de l'examen d'expertise, la clinique était favorable en ne mettant en évidence aucune anomalie justifiant une incapacité de travail. Socialement, elle est entourée par sa belle-famille, sa fille installée récemment dans le même village,

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 2 amies qu'elle fréquente régulièrement sans oublier son conjoint décrit comme prévenant et compréhensif » (expertise orthopédique p. 41, dossier AI, p. 734).

### **E. 7.3.3**

Au plan médical, l'examen clinique n'avait rien révélé de particulier: « objectivement, l'examen clinique n'a mis en évidence aucune anomalie de l'appareil locomoteur notamment du rachis. A aucun moment, l'assurée durant le temps de l'expertise, n'a éprouvé le besoin d'adopter une attitude antalgique » (expertise orthopédique p. 41, dossier AI, p. 734). Les traitements entrepris avaient été appropriés, l'état de santé ne nécessitant plus de traitement depuis l'automne 2018 : « La prise en charge de la pathologie ostéo-articulaire de l'assurée est conforme aux standards reconnus. Elle montrée une bonne compliance durant cette prise en charge. Les traitements effectués jusque-là sont adéquats. Le potentiel de réadaptation apparaît appréciable. L'évolution de cette pathologie est favorable. Cela nécessite un contrôle clinique et radiologique chez le chirurgien opérateur, trimestriel voire semestriel durant les 2 ans suivant la dernière intervention chirurgicale puis à la demande. Dans le cas présent, le Dr H. \_\_\_\_\_, dernier opérateur, après plusieurs contrôles radio-cliniques, le dernier datant du 18.10.2018, n'a pas prévu de revoir l'assurée, sauf si aggravation de la situation. (...) Il apparaît selon le dossier que la prise en charge des symptômes est optimale » (expertise orthopédique p. 41, dossier AI, p. 734). L'expert estimait au final que l'atteinte n'avait pas modifié le mode de vie de la assurée : « De cette analyse, il ressort que l'assurée est indépendante, vit en couple avec son époux, gère son emploi du temps et décide du déroulement de ses activités quotidiennes. Il n'apparaît donc pas de grande variation du niveau d'activité liée à l'apparition de l'atteinte de la santé. L'assurée utilise une voiture pour ses déplacements et n'a aucun moyen auxiliaire » (expertise orthopédique p. 42, dossier AI, p. 735).

### **E. 7.3.4**

Dans ces conditions, il ne retenait aucune incapacité de travail : « Profil d'exigibilité médico- théorique dans une activité adaptée avec les restrictions suivantes. Eviter les activités qui impliquent de: - Soulever, porter, tirer, pousser de façon répétitive ou fréquente les charges de 5 à 15 kg. - Effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, d'extension ou de rotation de la colonne cervicale. (...) Dans la dernière activité d'aide-soignante comme décrite ci-dessus (légère) et en respectant les limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est totale » (expertise orthopédique p. 42-43, dossier AI, p. 735-736).

### **E. 7.3.5**

Depuis la suppression de la rente entière, la situation serait ainsi globalement demeurée inchangée, la assurée n'ayant été incapable de travailler qu'à la suite des interventions subies au mois de juin 2015, puis à nouveau à l'automne 2017, mais à chaque fois pour une

durée de convalescence maximale de 6 mois : « Le 22.6.2015, date de l'intervention chirurgicale de spondylodèse C6-C7 avec une convalescence habituelle de 3 mois et de 6 mois au plus tard. Le 22.9.2017, date de l'intervention chirurgicale du pied Gauche, suivie le 02.10.2017 de l'intervention de reprise de spondylodèse C6-C7 pour surinfection de cage à Propionibacterium acnes. Cela pourrait nécessiter une convalescence habituelle de 3 mois et de 6 mois au plus tard » (expertise orthopédique p. 44, dossier AI, p. 737). Au final, l'expert considérait que la capacité de travail avait été entièrement recouvrée après la dernière intervention correctrice du mois d'octobre 2017, les plaintes actuelles de la recourante ne correspondant pas au tableau clinique objectif (expertise orthopédique p. 44, dossier AI, p. 737).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18

#### **E. 7.4**

Contestations et complément Cette dernière s'est encore prévalué d'un rapport émanant de la Dresse K.\_\_\_\_\_, rhumatologue, laquelle décrivait des limitations plus importantes et signalait la présence, désormais, d'un état dépressif : « die Patientin hatte am 21.09.16 eine IV-Anfrage gemacht. Mittlerweise wurde diese mit dem Gerichtsentscheid vom 19.12.18 abgelehnt. In der Zwischenzeit hat sich der Gesundheitszustand der Patientin verschlechtert. In 06/19 traten erstmalig entzündliche Gelenkschmerzen mit erhöhten Entzündungswerten auf, Anfang 2020 Diagnose einer seronegativen Arthritis, welche jetzt mit Methotrexat behandelt wird. Ausserdem chronische Schmerzen beim Gehen im Bereich von MTP 1 re nach Operation eines Hallux valgus in 2013 und Entfernung der Schrauben in 2019 und im Bereich der linken Sprunggelenkes nach Operation einer Zyste 09/17. Die Schmerzen treten schon nach einer Gehstrecke von 10min. auf und sind einschränkend. Ausserdem leidet die Patientin unter rezidivierenden Depression, zuletzt mit einer schweren Episode in 02/20» (rapport du 28 juin 2020, dossier AI, p. 759). Dans ses déterminations, la recourante a également soutenu que le rapport d'expertise n'avait aucune valeur probante, les examens réalisés à cette occasion ayant été faussés parce qu'elle se trouvait alors sous cortisone et qu'il faudrait ainsi ordonner une nouvelle expertise. L'expert a néanmoins maintenu ses conclusions (complément d'expertise du 4 décembre 2020, dossier AI, p. 779). Après quoi le SMR, par la voix du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a enfin estimé que la prise de cortisone ne changeait rien aux constatations cliniques objectives, la fin de la prise de cortisone coïncidant par ailleurs avec l'amélioration de l'état de santé : « On ne voit pas quelle justification médicale permettrait de dire que la prise de cortisone invaliderait l'expertise. Au contraire, ce n'est que lorsque le traitement adéquat de l'atteinte à la santé est en place qu'une évaluation médicale de la capacité de travail peut valablement avoir lieu. Par ailleurs, si l'assurée ne nécessite plus de cortisone actuellement, c'est clairement à interpréter comme un signe indirect d'amélioration de son état de santé. Dès lors, une pleine capacité de travail reste logiquement exigible. En conclusion, il n'y a aucune raison médicale, ni asséurologique, de faire pratiquer une nouvelle expertise » (prise de position du 4 mars 2021, dossier AI, p. 792). A l'appui de son recours, la recourante conteste ce dernier point de vue.

#### **E. 8**

Discussion La question est donc de savoir si et dans quelle mesure l'état de santé de la recourante s'est aggravé au plan physique depuis la suppression de sa rente entière.

##### **E. 8.1**

Pour le Dr J. \_\_\_\_\_, expert mandaté dans le cadre de la présente procédure, l'état de santé de cette dernière n'aurait pas réellement évolué depuis lors. Il considère en effet que la capacité de travail serait entière dans une activité légèrement adaptée. Il ne retient, en tout et pour tout, que deux périodes d'une durée maximale de 6 mois durant lesquelles cette capacité aurait à nouveau été restreinte, à savoir les périodes de convalescence ayant suivi deux interventions pratiquées au niveau des cervicales, la première au mois de juin 2015,

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 consistant en la pose d'un disque, la seconde au début du mois d'octobre 2017, sous la forme d'une reprise de la première intervention en raison d'une infection locale. Or, il apparaît que la rente octroyée à l'époque en 2005 n'a finalement été supprimée qu'au mois de juillet 2016, après l'interruption des mesures professionnelles censées accompagner le retour au travail de la recourante. Ainsi, la première période de six mois, courant à partir du mois de juin 2015, est antérieure à cette suppression et ne saurait d'emblée devoir être prise en compte. Quant à la seconde période d'incapacité de travail, qui aurait donc débuté au mois d'octobre 2017, elle ne saurait avoir duré plus de six mois. Dans les faits, si le Dr H. \_\_\_\_\_ atteste bien encore d'une incapacité de travail à la fin du mois de janvier 2018 (cf. 7.2.1.), il laisse en revanche clairement entendre que l'état de santé de la recourante ne nécessitait plus aucun traitement à l'automne 2018. Pour sa part, le Dr G. \_\_\_\_\_ signalait la disparition complète de toute symptomatologie douloureuse après une infiltration pratiquée au mois de mai 2018, mais qui concernait un traitement localisé au niveau de la cheville gauche après l'ablation d'un kyste à la fin du mois de septembre 2017. Dans la mesure en revanche où il indiquait avoir vu la recourante « après la convalescence de l'intervention neurochirurgicale d'octobre » (cf. 7.2.3.), on peut imaginer que cette dernière était alors, au moment de l'infiltration, rétablie au niveau des cervicales. On ne saurait ainsi déduire de la lecture croisée des rapports des Dr H. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ qu'une incapacité de travail persistait encore au-delà des six mois ayant suivi la seconde intervention au niveau des cervicales, nul rapport médical daté du printemps 2018 susceptible d'attester d'une telle incapacité ne figurant par ailleurs au dossier. Aucune nouvelle invalidité ne peut dès lors être reconnue, l'incapacité de travail constatée entre le mois d'octobre 2017 et le mois de mai 2018 ne sachant avoir atteint la durée minimale d'une année.

## **E. 8.2**

Cela étant, la recourante conteste les conclusions du Dr J. \_\_\_\_\_. Or, celles-ci se fondent sur une analyse complète du dossier médical, comme du dossier administratif, constitués par l'OAI. Ses conclusions font en outre suite à une série d'exams cliniques objectifs, ceux-ci prévalant à l'évidence sur les plaintes de la recourante. Et l'expert ne retient donc au final, pour ce qui concerne la période litigieuse, qu'une seule incapacité maximale de six mois après la seconde intervention au niveau des cervicales. Ce qui va dans le sens des rapports médicaux figurant au dossier - et notamment ceux rédigés au départ en 2016 par le Dr H. \_\_\_\_\_ qui décrivait la situation au niveau des cervicales comme stable et jusqu'alors idéalement traitée -, dont on ne saurait déduire une aggravation significative durable de l'état de santé de la recourante après la suppression de sa rente.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 L'expert rhumatologue mandaté dans le cadre de la procédure qui avait abouti à la suppression de la rente retenait même une capacité de travail légèrement diminuée de 20% (cf. 6.2.1.), ce qui laisse au contraire finalement plutôt augurer d'une légère amélioration de l'état de santé au plan physique. Pour toutes ces raisons, l'expertise orthopédique est a priori convaincante.

### **E. 8.3**

Seule la Dre F.\_\_\_\_\_ reconnaît une pleine incapacité de travail (cf. 7.2.2.). Mais son rapport, daté du mois de février 2019, cette médecin paraît essentiellement relayer les plaintes de sa patiente avec laquelle on peut penser, comme l'autorise la jurisprudence, qu'elle entretient une relation de confiance susceptible de la faire s'exprimer avec moins de recul et dans un sens plus favorable. Dans le même temps, l'expert a considéré pour sa part que les plaintes ne cadraient pas avec le tableau clinique objectif (cf. 7.3.5.), constat s'apparentant quelque peu à celui du précédent expert psychiatre qui observait à l'époque, c'était en 2014, « une discordance inter auto-évaluations suggérant la dramatisation et l'emphase » (cf. 6.2.2.). Quant à la Dre K.\_\_\_\_\_, consultée plus récemment, elle semble évoquer une péjoration de l'état psychique de la recourante, qui ne l'a toutefois pas consultée en tant que psychiatre mais en tant que rhumatologue. Il s'agit sur ce point de faire remarquer que, après la suppression de sa rente liée à la disparition d'une atteinte psychique reconnue dans un premier temps, la recourante n'a plus allégué souffrir de troubles d'ordre psychiatrique ou bénéficier d'un tel suivi, sa nouvelle demande se focalisant essentiellement sur une problématique physique

### **E. 8.4**

Malgré tout ce qui précède, cette dernière paraît convaincue d'être demeurée invalide.

#### **E. 8.4.1**

Or, bien plus qu'une aggravation de son état de santé, c'est la suppression de sa rente entière qu'elle déplore. Elle l'a d'emblée signalé à l'expert, lui confiant son sentiment d'injustice et de « révolte », que des conclusions n'allant pas dans son sens seraient naturellement susceptibles de conforter. Ceci donne à penser, comme l'a aussi relevé l'expert, que la situation ne se serait pas modifiée depuis la suppression de sa rente, contre laquelle elle n'avait du reste pas recouru. Mais rien ne suggère cependant que cette décision de suppression de rente ait à l'époque été manifestement erronée au point qu'il faille la reconsidérer aujourd'hui, les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire réalisées à l'époque n'ayant jamais été contestées. Si l'on se réfère au Dr H.\_\_\_\_\_ (7.2.1.), cette suppression aurait néanmoins malheureusement ravivé les plaintes de la recourante. Et l'expert notait quant à lui la réapparition d'une fibromyalgie au mois de mai 2016 (7.3.1.). Mais une suppression de rente, même mal vécue, ne saurait en soi objectivement provoquer une aggravation, au plan médical, de l'état de santé.

#### **E. 8.4.2**

Quoi qu'il en soit, la recourante n'a jamais repris le travail depuis l'année 2005.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 Et les mesures professionnelles censées accompagnées la suppression de la rente ont été interrompues en 2016, ce qui révèle un important déconditionnement. A l'époque, l'expert psychiatre avait déjà relevé l'absence de motivation affichée par la recourante (cf. 6.2.2.) et elle n'apparaît guère plus motivée aujourd'hui.

#### **E. 8.4.3**

Cette dernière critique essentiellement l'expertise parce que les examens réalisés à cette occasion auraient été faussés par la prise de cortisone. Dans ces conditions, il n'aurait pas été possible de mesurer précisément toutes les limitations occasionnées au quotidien par les douleurs. Cet argument tombe à faux. Car la prise de cortisone atténuerait aussi les

limitations que pourrait ressentir la recourante dans l'exercice de l'activité adaptée considérée exigible par l'expert. Et si l'on devait mettre fin à ce traitement, dont personne n'a jamais soutenu qu'il n'était pas adéquat ou approprié, on peut alors légitimement supposer, avec le SMR, que c'est parce que l'état de santé se serait amélioré. Seules les plaintes douloureuses paraissent, cela étant, devoir être influencées par la prise de cortisone, mais non les constatations médicales objectives, qui se fondent en grande partie sur une imagerie médicale peinant à en expliquer l'intensité. Ce dernier grief ne saurait par conséquent entacher la valeur probante de l'expertise qui s'avère, comme il a été dit, convaincante dans sa forme comme dans ses conclusions.

#### **E. 9**

Au vu de tout ce qui précède et compte tenu d'une seule aggravation temporaire de l'état de santé entre les mois d'octobre 2017 et de mai 2018, l'OAI était en droit de ne pas octroyer la rente nouvellement demandée par la recourante.

#### **E. 10**

Les frais de justice sont mis à la charge de cette dernière par CHF 800.-. Ils sont compensés avec l'avance de frais du 8 juin 2021. Aucune indemnité de partie n'est enfin allouée. (dispositif sur la page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de frais. III. Aucune indemnité de partie n'est allouée. 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 17 avril 2022/mbo Le Président : La Greffière-stagiaire :

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