

# FR\_GERICHTE 608 2018 259 vom 30. Oktober 2019

FR Kantonsgericht, 2019-10-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2018\\_259](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_259)

FR: FR\_GERICHTE 608 2018 259 du 30 octobre 2019

IT: FR\_GERICHTE 608 2018 259 del 30 ottobre 2019

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 31

octobre 2018, concluant, implicitement, à son annulation. Elle fait valoir que l'OAI n'a, après sa décision de janvier 2015, et malgré des contradictions dans les expertises relevées alors par un médecin traitant, pas mis sur pied de nouvelle expertise, seule une convocation auprès d'un expert psychiatre étant réalisée, dont elle n'a reçu ni rapport, ni commentaire. Le stage auprès de l'Orif a été très difficile à suivre et les efforts fournis pour l'achever ont altéré encore plus son état de santé psychique et physique. Le rapport de l'Orif en témoigne assez; rapport qui n'a pas fait l'objet d'un entretien ou d'un commentaire de l'OAI comme prévu. Elle est proche de la soixantaine, son état de santé ne s'améliore pas; au contraire, plus les années avancent, plus elle a de la peine à se déplacer et à effectuer des travaux qui demandent de la mobilité ou même une même position sur une certaine durée. Même faire son ménage lui demande beaucoup d'efforts et du temps, et son mari doit souvent l'aider dans ces tâches. Dès lors, une nouvelle expertise est demandée, la dernière datant de quatre ans. Ses trois médecins traitants (médecine interne générale, chirurgie orthopédique et rhumatologie) sont à disposition pour tout complément d'information. Le 20 novembre 2018, la recourante verse l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 27 décembre 2018, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, dès lors qu'au terme d'une révision de 6 ans, avec plusieurs expertises réalisées, le dossier a été suffisamment instruit. Conformément à ce qu'avait retenu l'expertise bidisciplinaire de 2014, la capacité de travail de l'assurée est entière dans une activité adaptée, l'amélioration de la symptomatologie ayant été attestée par les experts. Des mesures de réadaptation ont été mises en œuvre. Il a été confirmé dans l'expertise psychiatrique de 2017 que l'assurée présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le 14 février 2019, la nouvelle curatrice de l'assurée donne connaissance de son mandat de représentation dans cette procédure. Par entretien téléphonique du 5 septembre 2019, elle annonce une péjoration de l'état de santé de l'assurée et indique qu'elle produira des documents médicaux à cet égard. A ce jour, les documents annoncés n'ont pas été produits. Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, compte tenu de sa mesure de curatelle, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui

est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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).

2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

2.3. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 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). 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). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008).

2.4. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 (art. 8 LPGA). 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. 6 al. 1 seconde phrase LPGA). 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. 2.5. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Dès lors, il peut y avoir également un changement fondant une révision dans le cas où un diagnostic est certes demeuré le même, mais que l'affection s'est modifiée dans son intensité et son influence sur la capacité de travail (cf. arrêt TF 8C\_339/2001 du 25 août 2015 consid. 3.1 et les références). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 387 consid. 1b). Déterminer si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment, respectivement, de la décision initiale de rente ou de 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), d'une part, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse, d'autre part (cf. ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 126 V 75 consid. 1b; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 soit à craindre. A l'inverse, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 2.6. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de

reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêts TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références 9C\_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1). Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'administration pourra définitivement statuer sur la révision ou la reconsidération de la rente d'invalidité (cf. arrêt TF 9C\_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5.3). Cela étant, même en présence d'un cas exceptionnel au sens de la jurisprudence, on ne saurait admettre que des mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires lorsque l'absence de longue durée du marché du travail est liée à des motifs extra-médicaux (arrêt TF 9C\_819/2014 du 19 juin 2015 consid. 4). 3. En l'espèce, doit être appréciée l'éventuelle amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 23 octobre 2000 lui octroyant le droit à une demi rente d'invalidité à compter du 1er mai 1998 sur la base d'un taux d'invalidité de 58% – la communication et la décision sur opposition ultérieures n'ont pas été rendues au terme d'un examen matériel détaillé, et la décision de 2015 a été annulée par l'OAI. 3.1. Cette décision de 2000 reposait sur l'avis de D. \_\_\_\_\_ (cf. dos. OAI p. 112 ss). Mandatés pour expertiser l'assurée en 1999, les experts (en psychiatrie et rhumatologie; avec volets pneumologique et neuropsychologiques) ont retenu les diagnostics suivants: personnalité dépendante à traits masochiques (F60.7); fibromyalgie (M79.0X-001); état dépressif chronique (F33.9); lupus érythémateux discoïde (L93.1); insuffisance veineuse des membres inférieurs (I87.2); status après thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche. La capacité de travail était de 40% dans une activité adaptée légère. Dit avis se fondait non seulement sur leurs propres examens, mais également sur le dossier contenant les différents autres rapports médicaux. Il était relevé à cet égard qu'un médecin généraliste et un psychiatre traitants avaient certes retenu – ce qui entraîna l'interruption par leur patiente du suivi thérapeutique –, une capacité de travail intégrale dès avril 1998, la restauration d'une relation sentimentale ayant été favorable à la thymie, mais que cette capacité théorique n'avait pu être concrétisée et paraissait a posteriori surévaluée. Les limitations énoncées étaient celles de la position de travail (statique prolongée), du port de charges, ce dans le contexte de la fibromyalgie et du niveau de formation (les tests psychologiques avaient montré des aptitudes intellectuelles inférieures à la moyenne – zone limite). Il était souligné que les limitations

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 professionnelles étaient principalement liées à la composante psychiatrique et que, dans ce contexte, un reclassement n'apparaissait pas pouvoir être réalisé. Le pronostic était extrêmement réservé compte tenu de la gravité de la pathologie du caractère et de l'apparition d'un syndrome douloureux chronique depuis un an parallèlement à des somatisations multiples, notamment au niveau respiratoire. Des mesures médicales ne pourraient améliorer la capacité de travail; un suivi médical était impératif pour offrir un cadre sécurisant et éviter des investigations et traitements superflus; le traitement antidépresseur devait être poursuivi, même s'il semblait illusoire d'en espérer une amélioration significative de dite capacité. Enfin, au vu de la polypragmasie, il existait des doutes quant à l'observance thérapeutique des différents traitements et notamment à l'égard de l'anti-dépresseur et des interrogations quant à un éventuel abus d'alcool. Pour la Cour, au regard de ce qui précède, on peut ainsi partir du principe que les experts de D. \_\_\_\_\_ ont pris en compte tous les éléments du cas dans leur appréciation globale du tableau médical.

La question d'une reconsidération de la décision de 2000 ne se pose pas. 3.2. S'agissant de l'état de santé de l'assurée par la suite, l'Autorité de céans souligne d'abord que malgré la prédominance de l'atteinte psychique dans cette situation, influant, de façon reconnue également par les médecins traitants, celle somatique, aucun suivi psychiatrique (ou même psychothérapeutique) ne sera mis en œuvre avant août 2016; les généralistes prescrivaient la médication à cet égard. 3.2.1. Le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, atteste le 21 novembre 2002 (dos. OAI 157) un état général stable, une évolution stationnaire, précisant n'avoir rien à ajouter à l'expertise et que sa patiente ne travaille plus à l'extérieur, mais s'occupe de sa belle-mère, atteinte d'Alzheimer. Le 24 mai 2004 (dos. OAI 176), il fait état d'une aggravation de l'état de santé. Ni l'activité habituelle, ni une autre ne sont exigibles, seule l'étant une activité "occupationnelle" (bricolages, décoration, etc., ainsi que ménage), du fait de capacités professionnelles nulles chez une patiente au QI abaissé, avec un cumul d'histoires sentimentales désastreuses, s'inscrivant dans le cadre de ses troubles de la personnalité (dépendante et immature), qui ont également contribué à entretenir des troubles de l'humeur de type anxiodépressif. Avec les années apparaissent de nombreuses douleurs somatiques diffuses du rachis dorso-lombaire, sur troubles statiques et déconditionnement physique, ainsi que de la partie cervicale sur atteinte dégénérative (arthrose). Elle souffre toujours de brachialgies invalidantes malgré deux cures successives de tunnel carpien gauche, ce qui l'oblige à consommer des antalgiques à hautes doses. Son obésité (BMI 32) aggrave l'insuffisance veineuse des MI. L'image corporelle est aussi dégradée par de vilaines cicatrices au visage de son lupus érythémateux discoïde. Cette patiente présente donc de multiples plaintes et symptômes faisant qu'actuellement son incapacité fonctionnelle a probablement augmenté en ce qui concerne le monde du travail et ses exigences. Pour le généraliste Dr F. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 10 septembre 2004, dos. OAI 185), l'assurée présente notamment, dans le cadre d'une obésité, des troubles statiques et dégénératifs du rachis cervico-lombaire, expliquant ses plaintes rachidiennes. Une physiothérapie à visée rééducative du dos ne serait utile qu'en fonction de sa motivation. Une réduction pondérale significative s'impose. Son incapacité de travail comme femme de ménage est de 50%. Pour le Dr E. \_\_\_\_\_, ce taux devait être ajouté aux 60% de l'incapacité pour raison essentiellement psychiatrique (cf. rapport 27 septembre 2004, dos. OAI 187); ce que contesta le Service médical régional (SMR) de l'OAI,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 Dr G. \_\_\_\_\_, médecine du travail et médecine interne générale, le 30 mars 2005 (dos. OAI 201). Selon le Dr H. \_\_\_\_\_ (rapport du 8 avril 2007, dos. OAI 223), nouveau médecin généraliste traitant de l'assurée, l'incapacité de travail est totale dans toute activité, ce en relation avec la précarité de son statut psychique. Diagnostics avec effet sur la capacité de travail: un état anxieux dépressif et un lupus érythémateux cutané. Sous traitement médicamenteux, elle a perdu 20 kg (de 97 à 77 kg). Les 24 avril 2012 (dos. OAI 240), il annonce une aggravation sous forme de sensation de lâchage et de douleurs des jambes. Le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relate, le 21 août 2012 (dos. OAI 249), les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs au niveau des 2 jambes, de type pseudo-radiculaires, sur status post décompression et libération des racines à 2 reprises dont la dernière date du 11 juillet 2011 avec évolution graduellement favorable. Du point de vue du dos, elle pourrait travailler dans un domaine adapté (cf. également rapport du 23 novembre 2012, dos. OAI 256: capacité de travail de 50%, sans diminution de rendement, avec possibilité d'amélioration). Mais vu sa dépression sur un état de douleurs chroniques, il

est difficile de juger de la reprise du travail. Le 5 mars 2014 (dos. OAI 279), il pose les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dorso-lombalgies chroniques sur status post décompression, ablation du yoda et mise en place d'un implant SténoFix L4-L5 le 11 juillet 2011 pour un déplacement secondaire du yoda L4-L5 sur status post décompression L4- L5 D par foraminotomie et mise en place d'un yoda taille L à ce niveau le 16 mai 2011 pour une protrusion L4-L5 D avec sténose foraminale dynamique, ainsi que cervicalgies chroniques d'origine non claire, ainsi que de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs de la colonne cervicale avec discopathie protrusive au niveau C5-C6. Une compression radiculaire n'a pas été montrée. Il y a exigibilité de l'activité habituelle ou une adaptée, respectant les limitations de port de charge limité à 15kg de façon irrégulière, de changement fréquents de position (assise, marche, debout) et d'évitement des mouvements répétitifs de la colonne en flexion-extension); dans ce contexte, une reprise à 50% puis à 100% dans le futur est exigible. Le pronostic est cependant plutôt mauvais; il faut ajouter une certaine disproportion quant aux plaintes et les résultats de l'imagerie. Les rapports de la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, des 20 mai 2014 et 16 janvier 2015 (dos. OAI 291 et 360), n'amènent pas d'éléments nouveaux, hormis la mention d'une gonarthrose (gonalgies à caractère mécaniques bilatérales lorsqu'elle est assise longtemps ou en position debout; incapacité de travail totale chez une patiente très symptomatique, décrivant des lombalgies très intenses). La présence d'une polyneuropathie est niée (cf. rapports de la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, des 18 juin 2012 et 4 janvier 2013, dos. OAI 266 et 271; recommandation d'un traitement antidépresseur dans le contexte des douleurs chroniques). 3.2.2. L'OAI met alors en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie). De manière consensuelle (cf. rapport d'expertise du 28 octobre 2014 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, dos. OAI 332, p. 12 ss), les experts retiennent une capacité de travail entière à 100% dans une activité adaptée (accueil, vente d'objets légers, etc.), moyennant le respect des limitations suivantes: pas de positions debout ou assises immobiles prolongées de plus de 1 heure (alternance des positions) et de ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10kg de manière répétitive. Des mesures professionnelles sont envisageables et devraient avoir une bonne influence sur la capacité de

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 travail, du point de vue rhumatologique (vu l'absence d'un socle somatique significatif) et psychiatrique; sont cependant des facteurs de mauvais pronostic la diminution du seuil de déclenchement à la douleur, l'âge et le contexte socioprofessionnel ainsi que l'absence de formation. Le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social, ne présente pas de caractère incapacitant. Dans son rapport du 8 septembre 2014 (dos. OAI 311), l'expert M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retient, sans effet sur la capacité de travail, uniquement les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) – sans comorbidité psychiatrique – et de personnalité dépendante (F60.7). Il n'y a aucune atteinte à la santé ni limitation du point de vue psychiatrique, et ce vraisemblablement depuis des années – 2007 est retenu. Selon l'expertisée, il y a une absence de suivi psychiatrique et de prise de médicament psychotrope depuis une dizaine d'années. Vu qu'elle ne travaille plus depuis de nombreuses années, il serait judicieux de lui proposer des cours de réentraînement au travail. Il y a donc une amélioration sur le plan psychique depuis la décision de juillet 2007. En l'absence de pathologie psychiatrique, un potentiel de réinsertion, en tenant compte des diagnostics physiques, est possible, tout en considérant qu'elle a vraisemblablement une intelligence limite, ce qui ne devrait pas l'empêcher d'exécuter des

travaux plutôt simples. On peut s'attendre à une capacité de travail progressive après réentraînement au travail jusqu'à 100%, mais il faut tenir compte que cette assurée présente un trouble somatoforme et que pour elle, ses principaux problèmes sont les douleurs qui l'empêchent de travailler. Pour l'expert L. \_\_\_\_\_, sur le plan somatique, l'assurée présente, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome lombovertébral chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, status post-foraminectomie et mise en place d'un yoda le 16 mai 2011 pour protrusion L4-L5 D et status post-ablation du yoda et pose d'un implant sténofix L4-L5 le 11 juillet 2011. Sans répercussion sur dite capacité: des cervicobrachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, sans signe de discopathie significative; des omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, un lupus érythémateux cutané traité par Plaquenil depuis 1997; un status post- opération de trompes utérines pour obstruction unilatérale en 1990; un status post-gastrique en 1997; un status post-cure de tunnel carpien D en 1989; un status post-thrombose veineuse partielle du mollet G en 1994; un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique; une diminution du seuil de tolérance à la douleur. Il n'y a pas (p. 12) d'amyotrophie, les amplitudes articulaires sont toutes conservées, il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique. Il n'y a pas d'implication rhumatologique à l'atteinte lupique qui reste essentiellement cutanée. L'assurée se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide. Dès lors, on note une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée, l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour. L'intéressée indique en outre que les opérations de 2011 ont permis une augmentation de la mobilité rachidienne et une diminution de la symptomatologie douloureuse. L'ampleur de laquelle réside essentiellement dans le vécu douloureux chronique à insérer dans le contexte d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec syndrome fibromyalgique. 3.2.3. Ensuite de l'interruption très rapide, à deux reprises, de la mesure de réadaptation mise en place par l'OAI et de l'annonce d'un traitement psychiatrique, une expertise psychiatrique est réalisée par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui retient (cf. rapport du 28 juin 2017, dos. OAI 501), avec effet sur la capacité de travail, un trouble mixte des

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 acquisitions scolaires (F81.3), existant depuis l'enfance; sans effet sur celle-ci, il mentionne une dysthymie, dépression anxieuse (F34.1), depuis l'âge de 21 ans au plus tard, ainsi qu'une personnalité dépendante (F60.7), depuis l'adolescence. De façon convaincante (cf. not. expertise, p. 21 ss), en appréciant en particulier l'anamnèse et les traitements requis et mis en œuvre par les différents praticiens, il écarte le diagnostic d'état de stress post-traumatique, ainsi que celui de syndrome douloureux somatoforme persistant. Et explique pourquoi seule une dysthymie non invalidante doit être admise, relevant notamment que les symptômes affectifs présentent un caractère réactionnel (par exemple, au stress d'une suppression de rente) et transitoire. Seul peut ainsi, au maximum, être retenu un épisode dépressif moyen justifiant une incapacité de travail de 30% dans une activité manuelle simple d'août 2016, début du suivi psychiatrique, à fin avril 2017, après un séjour volontaire de 3 semaines en hôpital psychiatrique (la clinique de jour n'était pas possible uniquement pour une question de transport) durant lequel une amélioration est déjà intervenue, le trouble n'étant qualifié que de léger par les médecins, et ce alors que le traitement psychotrope (un seul cachet d'un anti-dépresseur de 20 mg quotidien, mis en place par son médecin généraliste et que n'avait pas modifié son psychiatre, malgré la sévérité de la situation qu'il énonçait) n'a pas dû être changé et que dès

novembre 2016, elle n'a plus pris de Tranxilium. L'assurée dispose de ressources personnelles lui permettant de surmonter son fonctionnement dépendant et sa dysthymie hypothéquée par un trouble mixte des acquisitions scolaires afin de poursuivre une vie quotidienne organisée en fonction de son rôle de femme au foyer et ses préférences personnels (cf. p. 23; également, contenu de la lettre de sortie de l'hôpital psychiatrique, du 19 mai 2017, p. 18 et 19). Ses particularités de fonctionnement, en revanche, favorisent l'adoption d'un rôle d'invalidé face à la menace de perdre sa rente AI, maintenu par des bénéficiaires secondaires, comme la recherche d'une compensation financière et l'évitement de difficultés sur le marché du travail à cause de problèmes sortant du champ médical, comme l'âge et l'absence d'une formation; elles expliquent les plaintes aussi dramatiques qu'incohérentes. En faisant abstraction de celles-ci, les particularités de fonctionnement dues à sa personnalité dépendante ainsi que les symptômes affectifs légers dus à sa dysthymie restent insuffisants pour justifier une incapacité de travail durable au plan psychique dans une activité adaptée au niveau intellectuel de l'assurée, comme en témoignent ses activités quotidiennes; elle reste ainsi capable de poursuivre un travail à plein temps, par exemple en qualité de manœuvre chargée de tâches manuelles simples ou d'aide cuisinière, sans diminution de rendement. L'expert relève (p. 23) une adaptation du discours de l'assurée en fonction de son interlocuteur, avec des arrangements confabulatoires de style mythomane qui avaient été évoqués déjà dans l'expertise de 2000, p. 13. Il souligne l'importante discordance entre les plaintes douloureuses, les empêchements et limitations (fatigue, etc.) dont fait état l'assurée, et les observations objectives réalisées durant l'examen de presque 4 heures, les propres indications données par l'assurée quant à ses nombreuses activités régulières, etc. S'agissant de la révision (cf. p. 27), l'exploration de l'anamnèse et l'examen actuel confirment le diagnostic d'une dysthymie déjà retenu en 1997, s'inscrivant dans une personnalité dépendante, objectivé par les expertises psychiatriques en 2000 et 2014, ainsi qu'un trouble mixte des acquisitions scolaires, s'expliquant par le niveau intellectuel à la limite inférieure constaté lors de la première expertise en 2000. L'anamnèse montre également une bonne amélioration et stabilisation de l'état psychique depuis 2001, permettant en particulier à l'assurée d'affronter ses problèmes relationnels sans traitement psychiatrique jusqu'en août 2016. Est ainsi retenue uniquement une aggravation transitoire de ses symptômes affectifs sous forme d'un épisode

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 réactionnel dépressif de sévérité moyenne au maximum. A partir de fin avril 2017, les symptômes dépressifs légers sont à nouveau insuffisants pour justifier une incapacité de travail sur le plan psychique. Une incapacité de travail d'une année ou plus ne peut plus être retenue depuis l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ en 2014 au plus tard. 3.2.4. La Cour fait siens les contenus de ces expertises, parfaitement détaillées et probantes au sens jurisprudentiel, et que nulle pièce médicale ne contredit. Pour leur appréciation, les experts se sont fondés sur l'étude de l'ensemble du dossier asséculogique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux a été mentionnée, et un résumé des antécédents médicaux, donné. Chaque spécialiste a fait état notamment de l'anamnèse, ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'intéressée, et des observations cliniques réalisées. Il ne s'est pas contenté de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont ainsi fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. Chaque expert a en particulier pu livrer ses constatations objectives obtenues lors de l'examen clinique mené, à l'occasion duquel il a pu examiner

personnellement l'assurée et observer son comportement. C'est de façon claire que chacun a apporté une conclusion à son expertise et répondu aux questions qui lui étaient posées. Elle observe en particulier que le psychiatre traitant, qui a reçu l'expertise N. \_\_\_\_\_ (cf. infra), ne s'est jamais exprimé ultérieurement, singulièrement pas durant la mesure d'ordre professionnel de 2018. Avec l'expert précité (p. 26), elle considère d'ailleurs que les éléments objectivables de l'anamnèse et des examens ont montré que la dysthymie a pu être aggravée sous forme d'un épisode dépressif par période uniquement (aspect réactionnel, comme antérieurement, à la relation avec le compagnon, une belle-mère, etc.), et que seul un de ceux-ci a pu atteindre, au maximum, le caractère de moyen. En tout état de cause, depuis fin avril 2017, l'assurée dispose, sur le plan psychique, d'une capacité entière dans l'ancienne activité ou une autre adaptée à son niveau intellectuel, sans perte de rendement. Il en va de même sur le plan somatique, moyennant le respect des limitations posées. L'Autorité de céans retient également une importante exagération et amplification des plaintes et empêchements invoqués par l'assurée, une certaine théâtralité à cet égard. A titre d'exemple, l'on relèvera que durant la mesure de réadaptation de 2018, l'assurée a indiqué devoir impérativement se coucher au moins 45' par matinée dans une salle de repos quasi chaque jour, mais que les cinq dernières semaines, elle ne le fit plus soudainement, tout en parvenant à être active l'entier des dites matinées, ce uniquement par ce qu'elle craignait d'être obligée à défaut de devoir "rattraper" ces périodes de repos ultérieurement. Dès lors qu'il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations d'un assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a; 115 V 143 consid. 8c), les propres indications de l'assurée faites aux experts M. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ notamment quant au déroulement de ses journées et ses multiples activités, y compris sociales (vélo d'appartement trois fois par jour, ménage avec usage de l'aspirateur, préparation des repas, soins et nourriture donnés aux animaux de ferme, promenades quotidiennes, etc.), qui de surcroît ont été très largement faites à nouveau lors de l'examen de 2017, emportent la conviction de la Cour, contrairement à la description très pessimiste de la situation que donneront l'assurée et son médecin traitant généraliste après qu'ait été indiqué qu'une suppression de la rente était projetée.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 Aucune pièce médicale déposée après les expertises ne justifie de s'écarter de ce qui précède, étant rappelé en sus la certaine réserve avec laquelle il y a lieu, cas échéant, de considérer l'avis de médecins traitants. En particulier, sur le plan somatique, le Dr H. \_\_\_\_\_ n'annonce, à l'instar de l'assurée, qu'une péjoration de l'état psychique (domaine dans lequel il n'est pas spécialiste), qui serait intervenue du fait que la patiente a dû participer à la première mesure de réadaptation et qui justifie l'interruption de la mesure et la mise en place d'un suivi spécialisé (cf. lettre du 19 août 2016 et rapport du 2 septembre 2016, dos. OAI 442 et 446; baisse de l'état général avec une asthénie importante, une perte de la motivation, une anhédonie et perte pondérale de 20 kg depuis le mois d'avril). Cela fut en tout état de cause pris suffisamment en compte par l'expert N. \_\_\_\_\_ (cf. supra); au surplus, une telle perte de poids avait déjà été observée par le passé par le médecin H. \_\_\_\_\_; elle s'inscrit également dans une volonté de l'assurée de prendre soin d'elle (cf. expertise, p. 12), et apparaît susceptible de contribuer à la diminution de la sensation douloureuse aux articulations, etc. L'on notera que du point de vue somatique, ni ce praticien ni la Dresse J. \_\_\_\_\_ ne mettront notamment jamais en cause de façon probante, sur la base d'éléments médicaux objectifs (et non simplement les plaintes rapportées de leur patiente), les diagnostics de l'expert L. \_\_\_\_\_ et la capacité de travail

retenue; aucune aggravation somatique, aucune indication d'une intervention ne seront mentionnées. Sur le plan psychiatrique, l'expert N. \_\_\_\_\_ a dûment apprécié les rapports des 25 novembre 2016 et 5 avril 2017 du Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant depuis le 30 août 2016 (dos. OAI 459 et 490), dans lesquels le praticien retient, avec effet sur sa capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ainsi qu'un trouble de stress post-traumatique (F43.10), probablement existants depuis 1998, à sa connaissance depuis le début du suivi. Il n'explique pas l'origine de la symptomatologie post-traumatique, hormis la mention que l'anxiété psychique est en lien avec des images et pesées traumatiques du passé et que la symptomatologie s'est aggravée depuis avril 2016, du fait des mesures de réadaptation. Le pronostic est négatif; il relève un manque de motivation à reprendre une activité, que la situation ne permet pas et qui péjorerait l'état psychique. Il y a une chronicité de la symptomatologie depuis des années avec la péjoration susmentionnée, un manque de ressources, une fatigabilité, des troubles de la concentration, des crises de larmes, un déconditionnement global, etc. – éléments que niera ou appréciera différemment l'expert précité, de façon probante, notamment quant à la capacité de travail. Le dossier médical est complet et permet à la Cour de statuer. En l'état, il n'y a pas lieu à d'autres mesures d'instruction. Il en résulte, en résumé, par une comparaison des circonstances de vie entre le moment où l'assurée a mis fin à une longue relation maritale et dû conséquemment chercher à obtenir des revenus salariés, et celui, actuel, un changement très important qu'explique au degré de la haute vraisemblance l'amélioration de l'état psychique. Outre que l'atteinte psychique a toujours été décrite comme prépondérante dans la situation de l'assurée, de sorte qu'à elle seule, cette modification favorable est décisive s'agissant de la révision, elle a permis aussi d'influer de façon heureuse la situation somatique ressentie (organisation et réalisation de nombreuses activités quotidiennes régulières, etc.). Enfin, les opérations somatiques de 2011 ont, du point de vue objectif, amené un mieux également, complétant ainsi le tableau

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 3.2.5. C'est ainsi à raison que l'OAI a retenu une amélioration notable et durable de la situation par rapport à celle prise en compte lorsque fut rendue la décision de 2000. 4. Doit cependant encore être examinée la possibilité pour l'assurée de mettre concrètement en valeur sa capacité de travail théorique de 100% dans une activité adaptée, elle qui avait perçu une rente d'invalidité depuis plus de 15 ans et était âgée de plus de 55 ans lorsque le Dr N. \_\_\_\_\_ évalua son état de santé. A cet égard, l'on observera que ce dernier ne s'est pas borné à une appréciation (bio-médicale) théorique de la capacité de travail, mais a considéré (cf. not. p. 27), sur la base du dossier et de son examen, qu'il existait bien un potentiel de réinsertion. Une mesure de réadaptation, pour tenir compte en particulier du déconditionnement intervenu après plusieurs années d'absence du marché du travail, devait permettre d'atteindre un taux de 100% au cours de 6 à 9 mois. S'il relevait que l'adoption d'un rôle d'invalidé rendait le succès de ces mesures peu probable, il soulignait que cela l'était donc pour des raisons sortant du champ médical, et préconisait, concrètement, plusieurs éléments afin d'éviter une telle issue, savoir une augmentation de la prise de l'antidépresseur, le taux actuel étant dans la partie inférieure de la marge thérapeutique (cf. p. 18) et des symptômes affectifs persistant, ou un changement de la médication, qu'il décrivait, dans le but d'une rémission complète de la dysthymie. En parallèle, il devait y avoir un accompagnement psychothérapeutique encourageant l'assurée à mettre en valeur ses ressources personnelles, dont témoignaient ses activités quotidiennes et sociales, au lieu de renforcer son rôle d'invalidé. Ces recommandations ont été transmises

au médecin traitant, qui ne s'est jamais prononcé à cet égard, et elles devaient, conformément au devoir de diminuer son dommage de l'assurée, être observées. Aucun élément ne permet de retenir, que cet appui psychiatrique, joint aux explications détaillées et convaincantes qu'elle avait reçues quant aux possibilités concrètes d'une réintégration, n'était pas propre à permettre une complète réadaptation. On observera au contraire que non seulement, le suivi psychiatrique initié fin août 2016 (seulement) avait permis très rapidement une amélioration de la situation, selon l'analyse probante de l'expert, avec un psychiatre responsable de la médication, et un suivi en délégation par une psychothérapeute passant d'une fréquence hebdomadaire à une bihebdomadaire (cf. dos. OAI 568), qu'aucune péjoration psychique ultérieure n'a été médicalement rapportée, et que contrairement aux deux échecs après seulement quelques demi-journées de présence lors de la première mesure, avant la mise en œuvre de ce suivi psychique, la seconde mesure fut exécutée intégralement, même si uniquement à 50%. Etant relevé que ce fut le médecin généraliste, et non le psychiatre traitant, qui attesta, sans aucune indication ou explication, une impossibilité d'augmenter progressivement ce taux lorsque l'Orif voulu le faire, et une nécessité que l'activé intervienne le matin. Enfin, rien ne permet de considérer que, concrètement, ce taux d'activité à 100% ne pouvait effectivement être progressivement atteint, en particulier grâce à la mesure d'entraînement au travail, mis (à nouveau) en œuvre en 2018. Soulignons que, après l'interruption de la première mesure, un second expert-psychiatre a été à juste titre mandaté, lequel a confirmé que la recourante possède les ressources pour reprendre un emploi adapté à plein temps, moyennant les mesures d'accompagnement précitées. En outre, les manifestations plaintives très démonstratives de cette dernière ne convainquent pas et n'infirment aucunement cela, pas davantage que le certificat du son médecin traitant H. \_\_\_\_\_ attestant une capacité de travail limitée à 50%; elles

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 paraissent uniquement s'inscrire dans la compréhension, erronée, que ce taux se confondrait avec le maintien d'un degré d'invalidité de 50%. De plus, l'appréciation de l'Orif (cf. rapport du 11 juillet 2018, dos. OAI 563), selon laquelle seule une activité dans un environnement de type atelier protégé, non dans l'économie libre, pourrait être envisagée ne doit pas être retenue: elle est clairement influencée par l'attitude de l'assurée et ne permet aucunement de remettre en cause et/ou de supplanter l'appréciation médicale et objective réaliste d'une possibilité concrète de l'exercice d'une activité professionnelle dans un marché équilibré du travail retenue par deux experts en psychiatrie, à laquelle se rallie la Cour. A noter l'indication que le travail réalisé et les relations sociales entretenues ont procuré du plaisir (bon pour le moral), et une certaine satisfaction personnelle (ce qui s'était retrouvé lors du séjour en hôpital psychiatrique) et que suivant quel travail était effectué, un rendement de 80 à 90% avait été observé. Enfin, l'assurée ne saurait rien retirer de son âge, soit 57 ans lors de la seconde expertise psychiatrique, 54 ans lors de celle bidisciplinaire de 2014, lors de la fixation de l'exigibilité médicale de la capacité résiduelle de gain: il était en tout état de cause éloigné de l'âge avancé selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (60 ans; cf. arrêt TF 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et les références; ATF 138 V 457 consid. 3.3). Sur le vu de ce qui précède, il y a dès lors lieu d'admettre que la recourante a été suffisamment réadaptée et qu'en raison de l'amélioration déterminante de l'état de santé survenue à fin avril 2017, elle est concrètement en mesure de reprendre une activité adaptée à plein temps. L'absence de degré d'invalidité, selon le calcul de l'OAI, qui ne prête pas le flanc à la critique, justifiait dès lors la suppression du droit à la rente. 5. Partant, le recours

doit être rejeté, et la décision attaquée, confirmée. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils seront prélevés sur l'avance de frais d'un même montant versée. Il ne sera pas alloué de dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 30 octobre 2019/djo Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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