

# FR\_GERICHTE 608 2025 40 vom 24. September 2025

FR Kantonsgericht, 2025-09-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2025\\_40](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2025_40)

FR: FR\_GERICHTE 608 2025 40 du 24 septembre 2025

IT: FR\_GERICHTE 608 2025 40 del 24 settembre 2025

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 25

octobre 2022 au 29 janvier 2023, période durant laquelle l'assurée a perçu des indemnités journalières de l'assurance-invalidité. L'objectif du stage, tendant à ce que l'assurée augmente son taux de présence de 50% à 100%, n'a pas pu être atteint en raison de son état de santé. L'assurée a été absente en raison d'une infiltration au niveau de la clavicule gauche ainsi qu'en raison d'une infection dentaire lui ayant causé un gonflement du visage. L'OAI a ensuite ordonné la réalisation d'une expertise rhumatologique par le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin interniste spécialiste en rhumatologie. Selon les conclusions du rapport d'expertise du 20 juin 2023, l'assurée est atteinte d'arthropathie sterno-claviculaire d'origine incertaine lui causant douleurs sterno-claviculaires et d'omalgies bilatérales qui lui interdisent le port répétitif de charges en porte-à-faux de plus de 2 à 3 kg avec les membres supérieurs. Depuis novembre 2020, elle a été en incapacité totale de travail. Son état de santé s'est amélioré grâce à l'introduction du Rinvoq. Deux mois après le changement de traitement, soit en juillet 2023, l'assurée a recouvré une certaine capacité de travail. Ses limitations fonctionnelles l'empêchent d'exercer son activité habituelle de serveuse. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail est de 80%. Par décision du 19 février 2025, confirmant un projet du 30 janvier 2024, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière de novembre 2021 à octobre 2022, puis de janvier 2023 à octobre 2023. Le droit à la rente a été nié de novembre 2022 à décembre 2022 en raison du versement d'indemnités journalières par l'assurance-invalidité. Dès novembre 2023, il a été nié au motif que le taux d'invalidité était inférieur à 40%. C. Par mémoire du 20 mars 2025, A.\_\_\_\_\_, représentée par Swiss Claims Network SA, forme un recours auprès du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 19 février 2025, concluant, sous suite de frais, à ce que son droit à la rente soit reconnu au-delà du 1er novembre 2023, une rente d'invalidité de 60% étant octroyée dès cette date jusqu'au 31 décembre 2023, puis une rente d'invalidité de 68% dès le 1er janvier 2024. À l'appui de ses conclusions, elle rappelle que les avis médicaux antérieurs à l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ ont mis en évidence qu'elle souffrait d'un rhumatisme inflammatoire. Le caractère récurrent des crises d'arthrite est incompatible avec une

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 atteinte dégénérative. Un diagnostic de fibromyalgie ne peut à son avis pas être posé, car elle ne présente pas un score de fibromyalgie suffisamment élevé. En outre, ce diagnostic n'a jamais été évoqué. Selon elle, l'expertise constitue un avis isolé qui ne peut être retenu. Elle estime qu'il y a lieu de se fonder sur les avis médicaux de la Dre G.\_\_\_\_\_, rhumatologue traitante, et du Dr H.\_\_\_\_\_, expert

rhumatologue, qui a effectué le 19 mai 2021 une expertise à l'attention de E. \_\_\_\_\_ SA. L'OAI s'est déterminé sur le recours par courrier du 11 juin 2025, concluant à son rejet. Il souligne que la Dre G. \_\_\_\_\_ se fonde sur les mêmes éléments que le Dr F. \_\_\_\_\_ et qu'elle n'indique à aucun moment les limitations fonctionnelles qui auraient une incidence sur la capacité de travail de la recourante. Son avis ne permet dès lors pas de se distancier du rapport d'expertise. La recourante n'a pas réagi dans le délai qui lui a été imparti pour déposer ses contre-observations. Aucun autre échange d'écritures n'a eu lieu entre les parties.

en droit 1. Recevabilité Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision et dûment représentée, le recours est recevable. L'avance de frais ayant été versée dans le délai imparti, la Cour peut entrer en matière sur les mérites du recours.

2. Droit transitoire L'invalidité alléguée étant intervenue avant l'entrée en vigueur, au 1er janvier 2022, des modifications de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, dans le cadre du développement continu de l'AI (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363), l'ancien droit demeure applicable. La modification du 18 octobre 2023 du RAI (RO 2023 635), entrée en vigueur le 1er janvier 2024, est en revanche immédiatement applicable (voir ci-dessous consid. 3.3).

3. Règles relatives au droit à la rente 3.1. À teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

3.2. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). 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. Chez les assurés exerçant une activité lucrative, le taux d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid.

3.1.1; arrêt TF 8C\_46/2023 du 26 octobre 2023 consid. 3.2). Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu avec invalidité peut être évalué sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (art. 25 al. 3 RAI). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 (secteur privé), à la ligne "total". Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à une table portant sur les secteurs privé et public ensemble, si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et les références; arrêt TF 9C\_780/2023 du 23 avril 2024 consid. 3.1). Aux fins de déterminer le revenu d'invalidité, le salaire fixé sur cette base peut à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25% au plus. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et 6.3). 3.3. Pour la période à partir du 1er janvier 2024, l'art. 26bis al. 3 RAI est applicable (voir ci-dessus consid. 2). Il en résulte qu'une déduction de 10% est opérée sur le revenu résultant de l'ESS. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Ces déductions peuvent être plus élevées, en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (voir ATF 150 V 410 consid. 10.6). 4. Règles applicables en cas de rente échelonnée dans le temps 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. La jurisprudence précise que l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée ou limitée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2; 125 V 413 consid. 2d). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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). Conformément à 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. En principe, un délai d'attente de trois mois doit être pris en compte lors d'une amélioration de la capacité de gain (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité de l'Office fédéral des assurances sociales, n. 5504; arrêt TF 8C\_285/2020 du 15 septembre 2020). 5. Règles relatives à la preuve 5.1. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 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 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références citées). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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; RAMA 1996 n° U 256 p. 217 et les références). 5.2. 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). En outre, 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). 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). 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).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 6. Questions litigieuses 6.1. En l'espèce, est litigieux le droit à la rente au-delà du 31 octobre 2023. L'OAI ayant statué le 19 février 2025, l'octroi de la rente jusqu'au 31 octobre 2023, puis sa suppression a eu lieu avec un effet rétroactif. Les règles sur la révision d'une rente trouvent ainsi application. Il y a donc lieu d'établir l'évolution de l'état de santé de la recourante, en particulier avant et après le 31 octobre 2023. 6.2. Se pose en premier lieu la question de la capacité de travail de la recourante, plus particulièrement celle de savoir si l'OAI a correctement constaté les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles qui en découlent. La recourante soutient en effet qu'elle souffre d'une spondylarthrite alors que l'expert retient une arthropathie sterno-claviculaire d'origine incertaine et des omalgies bilatérales sur schéma capsulaire avec une minime arthropathie acromio-claviculaire dégénérative. La recourante remet ainsi en cause la valeur probante de l'expertise, bien qu'elle ne conteste pas en soi le fait qu'elle ne disposait d'aucune capacité de travail entre novembre 2020 et juillet 2023, ainsi que retenu par l'expert, et qu'elle avait dès lors droit à une rente entière jusqu'à la fin octobre 2023 (art. 88a al. 1 RA). Dans un second temps, il conviendra de vérifier si l'OAI a constaté à juste titre que l'état de santé et la capacité de travail de la recourante se sont améliorés en juillet 2023 et, partant, si c'est à bon droit qu'il lui a nié le droit à une rente sur cette base à compter du 1er novembre 2023. 7. Discussion sur l'évolution de la capacité de travail 7.1. Il y a lieu de présenter l'évolution de l'état de santé de la recourante à travers les principales pièces médicales du dossier. 7.1.1. La situation médicale de la recourante a fait l'objet d'une première expertise rhumatologique qui a été réalisée par le Dr H. \_\_\_\_\_ à la demande de E. \_\_\_\_\_ SA. Selon son rapport d'expertise du 19 mai 2021 (dossier AI, p. 260 ss), la recourante présentait un rhumatisme inflammatoire depuis 2016. Un premier traitement de fond avait permis une régression significative des douleurs. La situation s'était toutefois aggravée lorsque la recourante avait repris le travail en septembre 2020. L'évolution des douleurs était plutôt favorable, bien qu'une persistance des douleurs handicapantes de l'épaule gauche était mentionnée. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a en outre relevé que les rhumatologues traitants semblaient retenir un rhumatisme inflammatoire de type spondylarthrite, mais avec un HLA B27 négatif et sans atteinte significative au niveau des sacro-iliaques. La poursuite du traitement de fond avait amélioré la situation, sauf au niveau de l'épaule gauche. Il relevait des limitations importantes dans les mouvements d'élévation, mais également dans les mouvements de rotation qui étaient associés à une souffrance acromio-claviculaire (dossier AI, p. 268-269). Il concluait à une incapacité totale de travail dans toute activité. Il précisait toutefois que la recourante pourrait théoriquement avoir une activité professionnelle dans une activité monomanuelle avec principalement son bras droit, mais qu'il semblait préférable d'améliorer la situation de l'épaule gauche par des procédures infiltratives ou par une chirurgie avant d'envisager une reprise du travail (dossier AI, p. 271).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 7.1.2. Dans son rapport du 20 juin 2023, l'expert rhumatologue mandaté par l'OAI a constaté que ni les traitements biologiques antérieurs ni l'infiltration sterno-claviculaire bilatérale du 2 novembre 2022 (dossier AI, p. 1144) n'avaient apporté une amélioration. Le traitement biologique a été modifié à plusieurs reprises en raison de l'absence d'efficacité quelconque, la dernière fois en mai 2023 par l'introduction du Rinvoq. Il en a conclu que la maladie était désormais stabilisée dans le

sens où on assistait à la chronicisation de la symptomatologie douloureuse (dossier AI, p. 1154- 1155). Il a ainsi préconisé une reprise de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles persistantes à un taux de 80%, avec une perte de rendement supplémentaire de 10%, deux mois après l'introduction du Rinvoq, soit en juillet 2023 (dossier AI, p. 1157-1158). 7.1.3. Au vu de ce qui précède, il convient de revenir sur l'atteinte à la santé dont souffre la recourante et de vérifier si, en dépit de cette atteinte, sa capacité de travail s'est améliorée dès le mois de juillet 2023, respectivement que l'effet sur sa santé devait être considéré comme durable à compter du 1er novembre 2023, ainsi que retenu par l'OAI. 7.2. À titre préliminaire, il est rappelé qu'en matière d'assurance-invalidité, ce n'est pas le diagnostic, mais l'influence des atteintes à la santé sur la capacité de gain de l'assuré qui est déterminante. 7.2.1. En l'espèce, l'expert rhumatologue qui s'est prononcé en 2023 s'est fondé sur l'ensemble des pièces médicales mises à sa disposition par l'OAI. Il a en outre examiné la recourante de manière approfondie et a dressé son anamnèse. Il s'est donc exprimé en pleine connaissance de la situation médicale de la recourante. En outre, le rapport d'expertise est dûment motivé et les conclusions de l'expert sont claires et exemptes de contradictions. Il est donc formellement probant. 7.2.2. Sur le fond, l'expert fait état d'omalgies à gauche, lancinantes, irradiant en région sterno-claviculaire, scapulaire, occipitale et épicondylienne. Elles sont insomniantes et elles ne sont que partiellement soulagées par la prise de Rinvoq ou par la physiothérapie. Il mentionne également des cervicobrachialgies qui se présentent sous forme de brûlures. Elles sont également insomniantes. Elles sont soulagées par l'utilisation d'un coussin orthopédique, lors de l'alternance de positions de la nuque, à l'exposition au chaud et le repos, par la prise d'AINS et d'antalgiques mineurs et partiellement par la pratique de physiothérapie. Il retient enfin des douleurs des doigts des deux mains qui sont lancinantes et chroniques et qui augmentent lors des mouvements de préhension; elles sont soulagées par la physiothérapie et l'ergothérapie, à l'exposition parfois au chaud et par la prise d'antalgiques et d'AINS (dossier AI, p. 1145). À l'examen clinique, l'expert constate un syndrome lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Concernant l'examen des épaules, un signe de schéma capsulaire avec probable conflit sous-acromio-claviculaire est relevé. Une hypomobilité de la chaîne cervicale basse et de la charnière lombosacrée, sans déficit sensitivo-moteur, est mise en évidence. En revanche, il n'y a que peu de signes inflammatoires. Sur la base de ses constatations, l'expert est frappé par la présence de multiples points d'insertion douloureux évoquant pour lui une diminution du seuil de la douleur. Le bilan radiographique met en évidence un remaniement inflammatoire avec signes de synovite au niveau des articulations sterno-claviculaires et dégénératives sous-acromiales à droite et au niveau cervical ainsi qu'une minime discopathie C3 à C6. La scintigraphie osseuse 3 phases du 17 janvier 2023 révélait des signes inflammatoires au niveau manu-brio-claviculaire et sténo-costal de la 16e côte droite avec minime composante inflammatoire au niveau des articulations des épaules. Il ne résulte du bilan sanguin la présence d'aucuns facteurs rhumatoïdes ou d'anticorps anti-CCP ou

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 de HLA B27. L'ultrasonographie des épaules du jour est rassurante, mais de minimes troubles dégénératifs acromio-claviculaires et de minimes signes de tendinopathie du sus- et sous-épineux, sans signe de rupture, sont notés (dossier AI, p. 1154). 7.2.3. Au vu de ces éléments, l'expert pose les diagnostics d'arthropathie sterno-claviculaire d'origine incertaine (avec comme diagnostic différentiel une arthropathie dégénérative ou une spondylarthropathie HLA B27 négative) et des omalgies bilatérales sur schéma capsulaire avec une minime arthropathie acromio-claviculaire dégénérative. Ces

diagnostics sont considérés comme entraînant une répercussion sur la capacité de travail. L'expert pose également comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un status post-hystérectomie en mars 2022, un status post-syndrome du tunnel carpien en mars 2022, un status post-épigastrie et un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique avec diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Il déduit des atteintes entraînant une répercussion sur la capacité de travail que la requérante était en incapacité totale de travail de novembre 2020 à juin 2023. Dès juillet 2023, soit deux mois après l'introduction du Rinvocq, la requérante était capable de travailler à un taux de 80% avec une perte de rendement de 10% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir l'interdiction du port répétitif de charges de plus de 2-3 kg. L'activité habituelle de serveuse a été considérée comme inexigible. Enfin, une prise en charge physiothérapeutique est susceptible d'améliorer la mobilité des épaules et une approche en balnéothérapie pourrait également être proposée en association à des jets-massages. Une amplification de la médication par une antalgie majeure, voire décontractante, est recommandée ainsi qu'une médication de type tricyclique qui pourrait rehausser le seuil de déclenchement de la douleur (dossier AI, p. 1153 et 1156-1158). 7.3. Ainsi, contrairement à ce que soutient la requérante, l'expert n'a pas écarté le diagnostic de spondylarthrite, mais le mentionne comme diagnostic différentiel à son diagnostic d'arthropathie sterno-claviculaire d'origine incertaine. En outre, dans son chapitre sur les affections actuelles de la requérante, il retient expressément ses omalgies gauches, ses cervicobrachialgies et les douleurs aux doigts des deux mains (dossier AI, p. 1145), soit des atteintes similaires à celles que mentionne la Dre G. \_\_\_\_\_ dans ses courriers des 6 mars et 26 mars 2024 (dossier AI, p. 1193 et 1195) ainsi que dans sa lettre du 17 février 2025 produit dans le cadre de la procédure de recours. 7.4. En ce qui concerne plus précisément cette dernière lettre de la rhumatologue traitante, sa valeur probante est insuffisante pour remettre en cause l'avis de l'expert. 7.4.1. En premier lieu, elle part manifestement de l'idée que l'expert a écarté le diagnostic de spondylarthrite, ce qui n'est pas le cas comme démontré ci-dessus. La majeure partie de son argumentation manque ainsi de pertinence, étant à nouveau souligné que les diagnostics importent en soi peu, au contraire de leurs effets sur la capacité de travail. 7.4.2. En deuxième lieu, la médecin traitante estime que les examens radiologiques montrent clairement une atteinte inflammatoire active et étendue. Dans ce sens, le Dr H. \_\_\_\_\_, premier expert à s'être prononcé en mai 2021, avait constaté la présence d'un rhumatisme inflammatoire de type spondylarthrite (dossier AI, p. 270) sur la base de plusieurs rapports d'IRM et de scanner datant de novembre et décembre 2020 (dossier AI, p. 262-263). Cependant, au moment de l'expertise réalisée à la demande de l'OAI en juin 2023, le Dr F. \_\_\_\_\_ disposait de deux rapports d'imagerie postérieurs du 28 novembre 2022 et du 13 janvier 2023 (dossier AI, p. 1144 et 1197). Le premier de ces rapports n'a pas révélé d'argument en faveur d'un processus inflammatoire aigu en lien avec l'articulation sterno-claviculaire. Quant au second, il a

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 permis de mettre en évidence une minime composante inflammatoire au niveau des articulations des épaules, sans signe d'atteinte inflammatoire au niveau d'autres articulations. La situation médicale a ainsi changé depuis l'expertise rhumatologique effectuée par le Dr H. \_\_\_\_\_ le 19 mai 2021. En outre, en mai 2021, le Dr H. \_\_\_\_\_ mentionnait que le traitement anti-inflammatoire avait permis une régression significative des douleurs avant une aggravation, puis une nouvelle évolution favorable des douleurs (dossier AI, p. 269). En revanche, au moment de son expertise en juin 2023, le Dr F. \_\_\_\_\_ constatait que ni les traitements biologiques ni l'infiltration des

articulations sterno- claviculaires du 2 novembre 2022 n'avaient apporté une amélioration de la symptomatologie douloureuse, ce qui remettait en question le diagnostic de spondylarthrite (dossier AI, p. 1154 et 1155). On peut en déduire que l'atteinte inflammatoire a fortement diminué à la suite des traitements administrés et que celle-ci n'explique plus entièrement les atteintes à la santé de la recourante. La Cour relève également que, s'agissant des omalgies, la Dre G.\_\_\_\_\_ faisait elle-même mention d'un remaniement dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire dans son rapport médical du 14 janvier 2021 (dossier AI, p. 218). Dans le même sens, le Dr I.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, a mentionné une arthrose acromio-claviculaire à l'épaule gauche. Il est ainsi erroné de prétendre qu'aucune pièce au dossier n'évoquait d'atteinte dégénérative avant l'expertise du 20 juin 2023. Enfin, en ce qui concerne les pièces produites postérieurement à l'expertise de juin 2023, l'expert a pris position sur celles-ci dans son courrier du 24 juin 2024 (dossier AI, p. 1218). S'agissant de la mention dans le rapport de scintigraphie osseuse du 13 janvier 2023 selon laquelle l'examen est compatible avec une atteinte de type SAPHO, il a indiqué que ce type de spondylarthrite nécessite une atteinte cutanée qu'il n'a pas remarquée lors de son examen clinique et que l'atteinte inflammatoire, décrite comme discrète, aurait dû répondre, ne serait-ce qu'à minima à la multitude des traitements biologiques administrés. Son argument vaut également s'agissant du rapport d'IRM du 21 mars 2024 qui met en évidence une zone d'œdème osseux, évocateur d'une atteinte inflammatoire (dossier AI, p. 1199). L'expert a par conséquent expliqué de manière convaincante la raison pour laquelle il ne reprenait pas sans réserve le diagnostic de spondylarthrite posé par la rhumatologue traitante et confirmé celui retenu par le Dr H.\_\_\_\_\_. Comme relevé ci-dessus, l'expert n'a pas non plus formellement écarté le diagnostic contesté, mais il a expliqué de manière convaincante que ce n'était pas le diagnostic le plus probable pour expliquer l'origine des douleurs de la recourante. Enfin, il n'y a pas lieu d'examiner spécifiquement la question de la fibromyalgie. La recourante réfute en effet son existence et l'expert a considéré que cette atteinte n'entraîne quoi qu'il en soit pas de répercussion sur sa capacité de travail. 7.4.3. En troisième lieu, la Dre G.\_\_\_\_\_ affirme que la recourante dispose d'une capacité de travail limitée à 40%. Cet avis n'est toutefois pas motivé. Seul son rapport médical du 14 avril 2022 mentionne une capacité de travail de 40% en raison de la diminution de l'endurance, sans autre précision (dossier AI, p. 537). Au demeurant, dans son rapport médical sur formule officielle du 18 août 2021, elle retenait une capacité de travail d'environ 20% dans l'activité habituelle de serveuse et une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée (dossier AI, p. 381). Sur ce point également, son changement d'appréciation n'est pas motivé et il est d'autant plus difficile de la suivre qu'en août 2021, elle estimait que l'activité usuelle restait exigible, ce que l'expert a nié. L'avis de la rhumatologue traitante concernant le taux d'incapacité de travail doit par conséquent être écarté.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 C'est également le lieu de préciser que le Dr H.\_\_\_\_\_ avait déjà retenu lors de son expertise du 21 mai 2021 que la recourante disposerait à relativement court terme d'une capacité de travail résiduelle dans le cadre d'une activité ne nécessitant que l'usage du bras droit. Il avait alors estimé que la recourante pouvait espérer une amélioration de son état de santé – qui n'était pas encore stabilisé – grâce à une infiltration ou un acte chirurgical, ainsi que la poursuite du traitement médicamenteux, ce qui justifiait de considérer, en l'état, que sa capacité de travail était nulle au vu des traitements à entreprendre. Or, au moment de l'expertise du 20 juin 2023, la recourante avait bénéficié d'une infiltration qui n'avait pas apporté d'amélioration tout

comme la poursuite du traitement médicamenteux. L'expert mandaté par l'OAI pouvait donc considérer que, dans la mesure où l'essentiel de ce qui pouvait être entrepris l'avait été, il y avait lieu désormais d'exiger de la recourante qu'elle exploite sa capacité de travail résiduelle. Sur la base des informations en leur possession, les avis du Dr H. \_\_\_\_\_ et du Dr F. \_\_\_\_\_ s'avèrent dès lors cohérents. 7.4.4. En dernier lieu, la rhumatologue traitante estime que, même à retenir l'avis de l'expert, la recourante n'est pas capable de travailler comme serveuse en raison de ses douleurs aux mains et aux épaules. Or, l'expert partage cet avis, puisqu'il retient que l'activité habituelle de la recourante n'est plus exigible depuis novembre 2020 (dossier AI, p. 1157). En raison des douleurs précitées, il retient par ailleurs que celle-ci ne peut porter de manière répétitive des charges de plus de 2-3 kg et qu'elle ne peut pas exercer à un taux supérieur à 80% tout en ayant en outre une perte de rendement de 10% (dossier AI, p. 1157-1158). Il est donc erroné de prétendre que l'expert estime que la recourante est capable de travailler comme serveuse. 7.5. En définitive, aucune pièce du dossier ne contredit sérieusement les conclusions de l'expert. En outre, l'avis de la Dre G. \_\_\_\_\_ contient des inexactitudes factuelles qui entachent sa valeur probante. Il n'est pas de nature à remettre en question le raisonnement de l'expert. Il est souligné que le rôle de celui-ci consiste à apprécier la situation médicale avec un regard neutre et critique. De ce fait, on ne saurait nier la valeur probante d'une expertise du seul fait qu'elle mentionne pour la première fois un diagnostic, qu'elle nuance les diagnostics préalablement posés ou qu'elle s'en écarte. Dans ces circonstances, la Cour fera siennes les conclusions de l'expert. Il est ainsi constaté que la recourante est atteinte d'arthropathie sterno-claviculaire d'origine incertaine ainsi que d'omalgies bilatérales sur schéma capsulaire. Elle ne disposait d'aucune capacité de travail entre novembre 2020 et juin 2023. Dès juillet 2023, elle est en revanche capable de travailler dans une activité qui ne comporte pas de port de charges répétitif de plus de 2-3 kg, et ce à un taux de 80%. Elle subit également en outre une perte de rendement de 10% dans l'exercice de sa capacité de travail résiduelle. Ainsi, bien que son état de santé ne se soit pas à proprement parler amélioré, il est constaté que, dès le mois de juillet 2023 à tout le moins, la recourante pouvait exploiter sa capacité résiduelle de travail. À partir de ce moment-là, aucune intervention susceptible d'améliorer sa capacité de travail ne nécessitait la prescription d'arrêts de travail à des fins thérapeutiques. Au contraire, l'introduction du Rinvoq, avec une prise en charge physiothérapeutique et une amplification de la médication antalgique, recommandées par l'expert rhumatologue, lui permettront de travailler à un taux de 80% avec en sus une perte de rendement de 10% dans une activité adaptée. En tenant compte du délai de 3 mois prévu par l'art. 88a al. 1 RAI, l'OAI a retenu à juste titre que la recourante avait droit à une rente entière jusqu'à la fin octobre 2023.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 8. Discussion sur l'évolution du taux d'invalidité 8.1. En l'espèce, l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 100% du 1er novembre 2021 au 31 octobre 2023, sous réserve des indemnités journalières perçues de l'assurance-invalidité du 1er novembre 2022 au 31 décembre 2022. 8.2. Pour la période postérieure, l'OAI a distingué deux périodes pour le calcul du taux d'invalidité, l'une avant l'entrée en vigueur de la modification de l'art. 26bis RAI le 1er janvier 2024, et l'une après celle-ci. La Cour en fera de même. Pour la première période, un revenu de valide à CHF 52'911.25 est retenu, soit le salaire annuel de CHF 52'753.- réalisé par la recourante en 2020 selon le compte individuel AVS, indexé à 0.3%. Pour la seconde période, ce même revenu doit être fixé à CHF 54'081.25 en tenant compte d'une indexation à 0.3% pour 2021, à 0.8% pour 2022 et à 1.4% pour 2023. Dans la mesure où la recourante ne soulève aucun grief portant sur le montant de son salaire annuel 2020 et que les pourcentages d'indexation correspondent au

tableau statistique (T1.2.15), les revenus de valide pour chaque période seront confirmés. 8.3. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, il doit être fixé à CHF 40'042.45 (CHF 4'367.- par mois, pondéré à une durée hebdomadaire du travail de 41.7 heures, en tenant compte d'un taux d'activité de 80%, d'une perte de rendement de 10% et d'une indexation de 1.8% (ESS 2012-2022, TA1\_tirage\_skill\_level, publiée le 22 avril 2025, femmes, total, niveau de compétence 1; voir ég. les tableaux T03.02.03.01.04.01 pour la durée hebdomadaire du travail et T1.93 pour l'indice des salaires nominaux). Pour la période postérieure au 1er janvier 2024, il faut appliquer en outre un abattement supplémentaire de 10%, conformément à l'art. 26bis RAI, arrêtant le revenu d'invalidé à CHF 36'038.20. Cela mène à des taux d'invalidité de 24.3% pour la première période (revenu sans invalidité de CHF 52'911.25, revenu avec invalidité de CHF 40'042.45, perte de revenu de CHF 12'868.80) et de 33.4% pour la seconde (revenu sans invalidité de CHF 54'081.25, revenu avec invalidité de CHF 36'038.20, perte de revenu de CHF 18'043.05). Le taux d'invalidité de la recourante s'est réduit à compter du mois de juillet 2023, de 100% à 24.3%, ce dernier taux étant insuffisant pour lui permettre de continuer à percevoir une rente, même partielle, de sorte que l'OAI était en droit de supprimer le droit à la rente de la recourante dès le mois de novembre 2023, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA. Le taux d'invalidité de 33.4% restant inférieur au seuil de 40%, c'est également à juste titre que l'OAI a nié le droit à la rente à partir du 1er janvier 2024. 8.4. Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 9. Frais Vu le sort du recours, les frais de procédure, arrêtés à CHF 800.- (art. 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de la recourante (art. 131 al. 1 du code cantonal de procédure et de juridiction administrative du 23 mai 1991, CPJA; RSF 150.1). Pour le même motif, il n'est pas alloué d'indemnité de partie (art. 137 al. 1 CPJA a contrario). la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg du 19 février 2025 est confirmée. II. Les frais de procédure, arrêtés à CHF 800.-, sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_. Ils sont compensés avec l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 24 septembre 2025/pta La Présidente Le Greffier

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