

# **NE\_GERICHTE CDP.2024.303 vom 31. Oktober 2025**

NE Tribunal cantonal, 2025-10-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2024.303](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2024.303)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2024.303 du 31 octobre 2025

IT: NE\_GERICHTE CDP.2024.303 del 31 ottobre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

### **E. 2**

a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1, 131 V 242 cons. 2.1 et les réf. cit.). Ils peuvent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêts du TF des 05.08.2019 [8C\_217/2019] cons. 3 et 25.07.2018 [9C\_269/2018] cons. 4.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du TF du 17.10.2024 [9C\_253/2024] cons. 3.3 et les réf. cit.). b) En l'occurrence, les trois rapports d'IRM, les trois nouveaux rapports médicaux des Drs I.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, ainsi que l'attestation de la Dre Q.\_\_\_\_\_ concernant les limitations fonctionnelles de l'assurée ont été établis postérieurement à la décision de l'OAI du 16 octobre 2024. Selon le Dr I.\_\_\_\_\_, ces documents médicaux permettraient de compléter le tableau douloureux chronique présent depuis plusieurs années, sans que la date de début puisse être exactement déterminée. En pareilles circonstances, les pièces déposées par la recourante peuvent être prise en compte, puisqu'elles concernent vraisemblablement des éléments de faits antérieurs à la décision attaquée. S'agissant de l'attestation de la Dre Q.\_\_\_\_\_, la Cour de céans constate qu'elle couvre la période du 9 janvier au 9 juillet 2025, soit une période postérieure à la décision querellée. Il n'en sera dès lors pas tenu compte.

### **E. 3**

Sur le fond, l'arrêt de la Cour de droit public du 18 mars 2022 (CDP.2021.45) a exposé les dispositions légales et les principes jurisprudentiels nécessaires à la solution du cas, de sorte qu'il suffit d'y renvoyer, étant précisé que le droit applicable demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

### **E. 4**

a) En vertu d'un principe applicable dans la procédure administrative en général, l'autorité à laquelle une affaire est renvoyée est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de la décision ou de l'arrêt de renvoi ; son pouvoir d'examen est limité par les motifs de ce prononcé, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a déjà été jugé définitivement par l'autorité de recours, ainsi que par les constatations de fait qui n'ont pas été critiquées devant celle-ci ; des faits nouveaux importants, qui existaient déjà avant l'arrêt

de renvoi mais sont découverts subséquemment (faux nova), peuvent rompre l'autorité attachée à ce prononcé (arrêts du TF du 25.06.2013 [9C\_340/2013] cons. 3.1 et du 03.08.2012 [8C\_152/2012] cons. 4.1 et 4.2). Toutefois, ils ne peuvent être pris en considération que sur les points qui ont fait l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus, ni fixés sur une base juridique nouvelle (ATF 131 III 91 cons. 5.2 et les réf. cit.). Saisie d'un recours contre la nouvelle décision, l'autorité de recours est aussi liée par sa décision de renvoi ; elle ne saurait, à l'occasion d'un recours subséquent, se fonder sur les motifs qu'elle avait écartés ou qu'elle n'avait pas eu à examiner, faute pour les parties de les avoir invoqués dans la précédente procédure de recours, alors qu'elles pouvaient – et devaient – le faire (RJN 2019, p. 858 et les réf. cit.). b) Néanmoins, l'évolution de l'état de santé postérieurement à la décision qui est à l'origine de la procédure précédente peut être prise en compte sans réserve dans le cadre de la nouvelle procédure. Elle n'a en effet pas pu faire l'objet d'un examen dans la procédure précédente, dans la mesure où cette décision constituait la limite dans le temps du pouvoir d'examen de la Cour de droit public dans la procédure initiale. Dorénavant, la décision litigieuse constitue la nouvelle limite dans le temps du pouvoir d'examen de la Cour de céans dans le cadre du nouveau recours.

## E. 5

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le taux d'invalidité de la recourante a subi une modification notable, de manière à influencer son droit à la rente, et, au préalable, si la cause a été suffisamment instruite. Il y a donc lieu de comparer l'état de santé de l'assurée et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit la communication de l'OAI du 12 octobre 2015, avec celui qui était le sien au moment de la décision litigieuse du 16 octobre 2024. a) La communication du 12 octobre 2015 a été rendue dans le cadre d'une révision du droit à la rente intervenant d'office suite à la décision de l'OAI du 6 août 2013 octroyant une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011, puis une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2012. Dite communication repose sur un examen des rapports médicaux des médecins qui suivaient l'assurée, soit les Drs B. \_\_\_\_\_, psychiatre, C. \_\_\_\_\_, gastroentérologue, et D. \_\_\_\_\_, médecine interne. Il ressortait de ces documents une nouvelle atteinte, soit des lombalgies et une maladie de Crohn depuis le 15 septembre 2014. Le Dr B. \_\_\_\_\_ considérait que l'état psychique était influencé par les maladies physiques et entraînait des épisodes dépressifs plus fréquents et importants. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient dès lors une anxiété généralisée avec attaque de panique (F41.1), un trouble de la personnalité (F61.0) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), voire sévère (F33.2). Les Drs C. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ estimaient que la capacité de travail ne pouvait dépasser 50 % et ce dernier a par ailleurs fait part d'un engagement comme vendeuse à 50 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015. b) À la suite de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 18 mars 2022 (CDP.2021.45), l'OAI a diligenté une nouvelle expertise pluridisciplinaire. La décision querellée repose notamment sur le rapport d'expertise du 26 février 2024 des Drs K. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_, M. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, ainsi que sur le courrier du CEMEDEX du 2 septembre 2024. Ces derniers ont retenu, comme diagnostics (il convient néanmoins de souligner qu'il est regrettable que l'ensemble des diagnostics ait été énuméré par les experts sans opérer de distinction entre ceux présentant un caractère invalidant et ceux qui ne le sont pas), un trouble mixte de la personnalité, traits de personnalité dépendante et émotionnellement labile (F61.0), un trouble anxieux et phobique sans précision (F40.9), une phobie spécifique, nyctophobie, émétophobie, claustrophobie (F40.2), une maladie de Crohn colique (K50), une dysthymie

(F34.1), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hypnotiques et de sédatifs, syndrome de dépendance, suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale (F13.22), douleurs lombaires sans irradiation dans les membres inférieurs sur hernie discale sans conflit disco-radulaire (F54.5), une tendinopathie du moyen fessier sur le grand trochanter à droite (M76.0), des douleurs de cheville avec limitation articulaire secondaire à des atteintes dégénératives (M19.99), une douleur cervicale sur contracture musculaire (M54.2), un status après conisation du col utérin pour dysplasie en 2022 avec prochainement une hystérectomie totale en janvier 2024, un ancien psoriasis dans l'enfance, une anamnèse de cystites récurrentes avec un épisode de pyélonéphrite gauche et un status après amygdalectomie et excision des végétations. Sur cette base, ils ont évalué, de manière consensuelle, la capacité de travail de l'assurée à 100 % dans l'activité habituelle jusqu'en 2011, puis à 50 %, et également à 50 % depuis 2011 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le SMR a relevé que les experts avaient évalué les indicateurs conformément à la jurisprudence, de sorte que la description et la discussion de leurs constats justifiaient leurs conclusions. L'OAI a nié toute aggravation de l'état de santé de l'intéressée en s'appuyant sur l'avis du SMR. c) La recourante conteste la valeur probante des volets psychiatrique, gastroentérologique et rhumatologique de l'expertise. Il convient ainsi d'examiner si les informations recueillies auprès des médecins traitants de l'assurée sont de nature à remettre en question le bien-fondé des conclusions de l'expertise. On relèvera que le volet de médecine interne n'est pas remis en cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir, aucun élément n'étant de nature à démontrer une aggravation de l'état de santé de la recourante. c/aa) D'un point de vue formel, la Cour de céans constate que le rapport d'expertise du 26 février 2024 comprend une évaluation interdisciplinaire (consensuelle) synthétisant les résultats d'examens sur les plans psychiatrique, gastroentérologique, rhumatologique et de la médecine interne. Dans les appréciations inhérentes à leur domaine de spécialité et prenant en compte l'ensemble des pièces médicales pertinentes au dossier, ainsi que les plaintes formulées par l'assurée, les experts ont procédé à une anamnèse détaillée et ont dressé des status complets découlant de leurs propres investigations cliniques. Ils ont procédé chacun à un examen personnel de l'assurée. Les conclusions des spécialistes, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont étayées, s'avèrent compréhensibles et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques. Le rapport d'expertise respecte ainsi les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante des documents médicaux (cf. arrêt du TF du 09.01.2015 [9C\_618/2014] cons. 6.1), de sorte qu'il n'y a aucune raison de l'écarter. S'agissant spécifiquement du rapport psychiatrique, il permet un examen des indicateurs au sens de la jurisprudence (cf. ATF 141 V 281), de sorte qu'il a pleine valeur probante sur le plan formel. c/bb) Sur le plan matériel, s'agissant tout d'abord du volet psychiatrique, l'intéressée estime que celui-ci ne prend pas en considération la gravité de ses troubles du sommeil, en particulier sa consommation quotidienne de somnifères à une posologie supérieure à la moyenne, ni son trouble anxieux généralisé. S'agissant de la présence de traces d'ecstasy et de MDMA dans ses urines, elle fait valoir que malgré un faux positif, les conclusions de l'expertise psychiatrique n'ont pas été modifiées. Elle soutient que sa psychiatre traitante la maintient en incapacité de travail totale, information qui avait été communiquée à l'OAI, et estime que l'expertise est incomplète dès lors qu'elle ne prend pas en considération cet élément. Tout d'abord, s'agissant du faux positif relatif à la présence de traces d'ecstasy et de MDMA dans les urines de l'assurée, il y a lieu de rappeler que, si les experts avaient initialement retenu le

diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes, usage nocif pour la santé (F16.1), les Drs K. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ l'ont, après examen des objections de l'assurée, écarté, ayant établi qu'il s'agissait en réalité d'un faux positif. Ils ont en outre précisé que ce diagnostic n'avait aucune incidence sur les conclusions de l'expertise. Dès lors, et quoi qu'en dise la recourante, le retrait du diagnostic exclut tout argument en faveur d'une aggravation de son état de santé. Dans ces conditions, on peine à saisir la portée du grief de l'assurée, lorsqu'elle reproche au centre d'expertise d'avoir conclu à un faux positif sans pour autant modifier les conclusions du rapport. Concernant le diagnostic de trouble anxieux généralisé (F41.1), on observe que le Dr K. \_\_\_\_\_ l'a en particulier expressément exclu, au profit d'un trouble anxieux et phobique sans précision (F40.9), à l'issue d'une motivation circonstanciée et convaincante qui emporte la conviction de la Cour de céans. L'expert a notamment indiqué ne pas le retenir du fait qu'il n'existait pas d'anxiété flottante et constante chez l'assurée. On comprend, en d'autres termes, que son anxiété n'est ni généralisée ni persistante, mais qu'elle se manifeste vraisemblablement dans des contextes, événements ou périodes spécifiques. À cet égard, il ressort de l'anamnèse, et spécifiquement de l'anamnèse psychiatrique, que l'assurée a toujours été anxieuse, par exemple lorsqu'elle est en voiture ou dans les magasins, mais que les angoisses sont déclenchées lorsqu'elle n'a pas le contrôle. L'expert a également motivé les raisons pour lesquelles il convenait, selon lui, de s'écarter du diagnostic posé précédemment par le Dr S. \_\_\_\_\_, lors de son examen du 8 avril 2013, en exposant ne pas retenir d'attaque de panique dans la description anamnétique, mais plutôt un trouble anxieux et phobique sans précision. Tout comme il a réfuté de manière cohérente l'avis de la Dre G. \_\_\_\_\_ à ce sujet en indiquant qu'ils étaient en accord sur l'existence de phobies spécifiques. Quoi qu'il en soit, même si le Dr K. \_\_\_\_\_ a outrepassé l'objet de son mandat – lequel consistait à se prononcer sur l'évolution des troubles psychiques de la recourante depuis 2015 – en se déterminant également sur sa capacité de travail dès 2011, le fait de retenir un diagnostic différent sur la base de constatations identiques ne constitue qu'une divergence d'appréciation d'un même état de fait, laquelle ne saurait rendre vraisemblable une modification notable de l'état de santé de l'intéressée. En effet, le fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à l'issue d'un examen médical ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure que l'état de fait (demeuré pour l'essentiel inchangé) ait simplement été apprécié de manière différente (cf. arrêt du TF du 07.12.2016 [9C\_414/2016] cons. 5.2 ; Moser-Szeless/Castella, in : Commentaire romand LPGA, 2025, n. 12 ad art. 17). En se limitant à se prévaloir d'un avis médical contraire, l'assurée n'établit pas l'existence d'éléments objectifs qui auraient échappé aux experts. L'expert psychiatre a longuement exposé le parcours de vie de la recourante ainsi que le suivi psychiatrique dont elle a bénéficié. Même si le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas consacré une rubrique spécifique aux plaintes exprimées par la recourante, il en a indiqué la nature à divers endroits de son rapport. Certes, l'évaluation de l'expert se heurte à l'appréciation de la psychiatre traitante de l'assurée, laquelle retient une incapacité de travail de 100 %. Il convient néanmoins de relever la différence de mandat donné à un médecin traitant et à un médecin agissant en tant qu'expert. S'agissant de l'avis des médecins traitants de l'assurée, le juge doit tenir compte du fait qu'en égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/cc ; arrêt du TF du 27.06.2025 [9C\_660/2024] cons. 5.2). Dans ces circonstances, on doit relativiser l'incapacité de travail évaluée par la psychiatre traitante de l'assurée, puisqu'elle

est fondée essentiellement sur les plaintes subjectives de l'assurée. En effet, la Dre G.\_\_\_\_\_ expose : « [e]lle décrit un manque d'énergie, fatigue importante, manque de plaisir, troubles du sommeil mixtes graves, malgré 3 somnifères ». Cela vaut d'autant plus que ce médecin n'explique nullement de façon précise et documentée les raisons l'ayant conduit à un tel résultat, au contraire de l'expert qui a exposé qu'il n'y avait pas de modification de l'état de santé, si bien que la capacité de travail était toujours de 50 % depuis 2011 et qu'il y avait peu de chance que ça évolue. La Cour de céans relève finalement que la Dre G.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 10 août 2022, a notamment posé le diagnostic d'insomnie (F51.0) – lequel n'avait pas été diagnostiqué en 2015 par le Dr B.\_\_\_\_\_ – , précisant que sa patiente avait reçu pour la première fois, dès l'adolescence, des somnifères afin de favoriser son sommeil. Dans la description de la situation et des symptômes actuels, elle indique en particulier une perturbation du sommeil, caractérisée par des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes. S'agissant de la médication, elle mentionne notamment la prise de Stilnox CR (12,5 mg une fois par jour), hypnotique prescrit en cas d'insomnie, ainsi que d'Imovane (7 mg deux fois par jour), également utilisé dans le traitement à court terme des troubles du sommeil. Dans son courrier du 19 décembre 2022, la Dre G.\_\_\_\_\_ a réitéré son avis en précisant que sa patiente rencontrait des troubles du sommeil malgré une dose importante de somnifères. Le Dr I.\_\_\_\_\_ a lui aussi indiqué des insomnies chez l'assurée avec la prise d'Imovane. Dans son rapport d'expertise, le Dr K.\_\_\_\_\_ se réfère à plusieurs reprises au rapport médical de la Dre G.\_\_\_\_\_ et reprend la même posologie médicamenteuse que celle mentionnée par cette dernière. Dans la motivation des diagnostics, il expose en détail les raisons qui l'ont conduit à écarter certains diagnostics ou à en retenir d'autres. En revanche, le rapport demeure silencieux sur les raisons pour lesquelles le diagnostic d'insomnie (F51.0), auparavant posé par la Dre G.\_\_\_\_\_, n'a pas été expressément confirmé ni écarté. L'expert se prononce uniquement sur les effets de la consommation de benzodiazépines, en indiquant qu'il n'y a pas de véritable limitation de la capacité de travail en rapport avec la consommation de benzodiazépines. À cet égard, la zopiclone, composante de l'Imovane, n'est pas apparentée, du point de vue chimique, aux benzodiazépines, elle développe toutefois son effet en interagissant avec le même complexe du récepteur acide gamma-aminobutyrique (ci-après : GABA A ) ( <https://compendium.ch/fr/product/42701-imovane-filmtabl-7-5-mg/mpro> , consulté le 30.09.2025). Bien que sans parenté chimique avec les benzodiazépines, le zolpidem (une imidazopyridine), composante du Stilnox CR, agit lui aussi sur le même complexe du récepteur GABA A ( <https://compendium.ch/product/1033568-stilnox-cr-cpr-ret-12-5-mg/mpro> , consulté le 30.09.2025). Ainsi, la teneur de l'expertise laisse subsister un doute quant à la question de savoir si l'expert s'est véritablement prononcé sur l'impact de la prise de somnifères sur la capacité de travail de l'assurée, dès lors qu'il ne fait référence qu'à la consommation de benzodiazépines, alors même que les deux traitements précités ne relèvent pas de cette catégorie médicamenteuse. On constate, dans l'évaluation médico-assurantielle de l'assurée, une hausse de la prise de somnifères puisqu'en 2013, elle bénéficiait d'un traitement d'Imovane une fois par jour et de Stilnox également, alors qu'en 2021, l'Imovane a augmenté à 7 mg deux fois par jour et le Stilnox CR 12,5 mg une fois par jour. A cet égard, selon le chapitre consacré aux troubles non organiques du sommeil (F51.0) de la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, les troubles du sommeil sont dans de nombreux cas le symptôme d'une autre maladie mentale

ou physique (cf. Classification internationale des troubles mentaux, CIM-10, 2000, p. 165), en particulier d'épisodes dépressifs (cf. Dilling/Mombour/Schmidt, Classification internationale des troubles mentaux, CIM-10, 10<sup>e</sup> éd. 2015, p. 169 et suivantes) (cf. arrêt du TAF du 07.06.2023 [C-288/2021] cons. 6.1.4). Cela signifie que les troubles du sommeil peuvent constituer un tableau clinique indépendant ou être la caractéristique d'une autre maladie psychique (ou physique, non déclarée dans ce cas). Compte tenu de ces éléments, et du fait que les médecins traitants ont clairement mis en avant des troubles du sommeil encore présents au moment de l'examen, il appartenait à l'expert d'en préciser la cause, à savoir s'ils constituaient un tableau clinique autonome ou s'ils relevaient de manifestations d'une autre affection psychique. Il lui incombait en outre d'examiner, le cas échéant, les répercussions de cette symptomatologie sur la capacité de travail de l'assurée. Or, force est de constater que le rapport d'expertise ne procède pas à une analyse approfondie des troubles du sommeil que l'assurée semble présenter, ni ne tire aucune conclusion sur la prise d'Imovane à raison de deux comprimés de 7,5 mg par jour, la dose de Stilnox de 12,5 mg correspondant à la dose usuelle (cf. arrêt de la Cour de droit public du 18.03.2022 [CDP.2021.45] cons. 6b). Au vu de ce qui précède, les lacunes relevées ne permettent pas de conférer à l'expertise psychiatrique une pleine valeur probante. Dans ces circonstances, il faut retenir, à l'instar de la recourante, que l'expertise psychiatrique n'est pas complète. S'agissant donc ici de la nécessité d'élucider des questions non réglées par l'administration (ATF 137 V 210 cons. 4.4.1.4) à qui il incombe au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'article 43 al. 1 LPGA, il y a lieu de renvoyer la cause à l'OAI, à qui il appartiendra de compléter l'instruction par les moyens qu'il jugera appropriés, notamment en ce qui concerne les éventuelles répercussions de la prise de somnifères sur la capacité de travail de l'intéressée. c/cc) Sur le plan gastroentérologique, la recourante fait grief à l'OAI de ne pas tenir compte de ses nombreuses et fréquentes absences, dues aux injections d'Infliximab, de trois jours après chaque traitement. Dans la mesure où il ressortait d'un rapport médical de l'Hôpital de l'île du 7 janvier 2021 que le traitement de l'intéressée pour la maladie de Crohn avait augmenté de 300 mg toutes les 8 semaines à 400 mg toutes les 6 semaines, il appartenait aux experts d'indiquer si cette modification avait une influence sur la capacité de travail de l'assurée. La Cour de céans constate que, dans son rapport d'expertise, le Dr L. \_\_\_\_\_ a indiqué que si l'expertisée avait bénéficié d'une optimisation du traitement à 400 mg, au lieu des 300 mg initialement préconisés, la posologie avait été ramenée à 300 mg au mois d'avril 2021. Le traitement avait ensuite été interrompu en raison d'une hépatite E aiguë, puis repris jusqu'en mars 2023. À cette date, le traitement par Infliximab a été remplacé par un traitement par Stelara, administré sous forme d'injections réalisées en milieu hospitalier. L'expert relève toutefois que ce traitement a été suspendu en octobre 2023 en raison d'une dysplasie du col utérin. L'expertisée devait subir une hystérectomie le 16 janvier 2024, soit avant le prononcé de la décision querellée du 16 octobre 2024, puis revoir son gastro-entérologue le 11 mars 2024. Le dossier ne contient aucune évaluation médicale relative à ces points. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a précisé que, lors de la rédaction de l'expertise, il ne disposait pas des dernières conclusions de son confrère, le Dr H. \_\_\_\_\_. Or, l'OAI n'a pas requis le rapport de consultation de ce dernier, si celui-ci existe, ni même le rapport opératoire auprès du médecin qui a procédé à cette intervention. On ignore ainsi si, après l'opération intervenue en janvier 2024, le traitement par Stelara ou Infliximab a été repris et, le cas échéant, quel en a été l'impact sur la capacité de travail de l'assurée. Dans ces conditions, il appartenait à l'OAI d'éclaircir l'état de fait déterminant avant de rendre sa

décision (cf. art. 43 LPGA). En effet, même si l'assurée reconnaît que sa maladie se trouve dans une phase calme, se traduisant par une selle quotidienne et des douleurs abdominales très faibles, l'expert ajoute que les douleurs abdominales et la diarrhée qu'elle décrit lors des poussées constituent des symptômes classiques de la maladie et qu'elles peuvent être invalidantes en affectant la capacité de travail, mais que, dans la situation actuelle, les douleurs avaient pratiquement disparu. Enfin, il précise que l'asthénie, présente chez environ 70 % des patients atteints de la maladie de Crohn, est susceptible d'influer sur le rendement de l'assurée. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir, une activité permettant de se rendre facilement aux toilettes sans trop attendre, en cas de poussée, l'expert l'a estimée à 50 % de 2014 à mars 2019, puis à 100 % depuis mars 2019, soit dès que le traitement d'Infliximab a été efficace. Il a toutefois précisé qu'il y avait lieu de tenir compte d'une journée sans pouvoir travailler toutes les 8 semaines en raison de l'injection de milieu hospitalier qui ne pouvait pas se faire sur les week-ends mais uniquement sur un jour ouvrable. À cet égard, le Dr H. \_\_\_\_\_ faisait état d'une fatigue après l'application du traitement d'Infliximab. Précédemment le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR avait relevé que : « [...] nous considérons d'un point de vue médical et sous réserve d'une appréciation juridique, qu'il ne peut être écarté en regard des conclusions des experts » (les jours d'absence/incapacité de travail en lien avec le traitement par perfusions s'ajoutent effectivement à la diminution continue de la capacité de travail à une mi-journée). Sur cet aspect, la décision querellée, tout comme le rapport du SMR, n'exposent pas les raisons pour lesquelles ils se sont écartés du rapport d'expertise. Au vu de ce qui précède, l'expertise gastro-entérologue ne permet, en l'état, pas de répondre aux interrogations de la Cour de céans. Il appartiendra à l'OAI, par un complément d'instruction, d'éclaircir l'état de fait déterminant en requérant les documents médicaux manquants auprès des médecins concernés au sens de ce qui précède. d/cc) Sur le plan rhumatologique, la recourante a produit divers rapports médicaux, notamment celui du Dr I. \_\_\_\_\_, lequel relève que l'expertise ne prend pas en compte plusieurs atteintes. L'assurée fait en outre valoir que les douleurs longtemps attribuées à une hyperlaxité seraient en réalité liées à une hernie, laquelle lui occasionne d'importantes douleurs et l'empêche de rester longtemps debout. Elle soutient enfin que les limitations retenues dans la décision querellée ne concernent que le versant psychique, alors qu'elle présente également des douleurs dorsales et dans les membres inférieurs. Il convient ainsi d'examiner si les éléments ressortant des documents médicaux produits devant la Cour de céans par l'assurée sont de nature à mettre en question la valeur probante et le bien-fondé de l'expertise rhumatologique. Tout d'abord, la recourante se méprend lorsqu'elle allègue que les limitations fonctionnelles retenues ne concernent que le volet psychiatrique. En effet, les experts, au terme de leur évaluation consensuelle, n'ont mentionné aucune restriction en matière de médecine interne. Sur le plan gastroentérologique, ils ont recommandé une activité où l'assurée pouvait se rendre facilement aux toilettes sans trop attendre, en cas de poussée, et une activité sans contact avec le public. D'un point de vue psychiatrique, ils ont exposé qu'il fallait un travail plutôt solitaire, avec peu de présence de hiérarchie, maîtrisé et sans pression de rendement. Enfin, sous l'angle rhumatologique, les experts ont préconisé une activité excluant tout effort de soulèvement de charges supérieures à 5 kg à partir du sol, limitant le port de charges à 10 kg lorsqu'elles sont maintenues près du corps, et évitant les montées et descentes répétées d'escaliers ainsi que les positions accroupies ou à genoux. Ils ont en outre relevé que l'assurée n'était pas en mesure de s'asseoir sur un tabouret afin d'exécuter un travail en position basse. Il ressort ainsi de l'expertise que les limitations

fonctionnelles de l'assurée sur le plan rhumatologique ont été dûment prises en compte. S'agissant ensuite des « nouveaux diagnostics » mis en évidence par les médecins traitants et les spécialistes, le Dr I. \_\_\_\_\_ estime qu'ils complètent le tableau douloureux chronique et seraient présents depuis plusieurs années sans que l'on puisse en déterminer exactement la date de début. Il indique que les IRM réalisés permettent de mettre en évidence une inflammation d'une petite bourse séreuse derrière le talon et sous l'avant-pied à la base des orteils expliquant les douleurs à l'arrière et sous le pied à la marche, et une lésion d'usure articulaire et des disques intervertébraux, réalisant de petites hernies discales venant comprimer les racines nerveuses, principalement entre L4-L5. On relèvera que le Dr N. \_\_\_\_\_ a expressément mentionné, dans son rapport d'expertise, l'existence de douleurs lombaires du côté droit irradiant vers le grand trochanter ainsi que de douleurs sous le pied droit, présentes depuis plusieurs années. S'agissant des constatations faites durant l'examen, l'expert relève qu'il existe une douleur lombaire basse plutôt latéralisée du côté droit. Il a également indiqué qu'il n'y avait pas de signe de la sonnette, en d'autres termes, de signes cliniques indiquant une aggravation d'une radiculalgie, souvent causée par une atteinte d'une racine nerveuse, comme dans le cas d'une hernie discale. Concernant l'évaluation médicale, l'expert a relaté l'évolution de la santé de l'assurée mentionnant qu'une IRM lombaire réalisée le 7 mars 2012 montrait une hernie discale postéro-médiane et légèrement paramédiane gauche, sous ligamentaire, sans aucun conflit disco-radiculaire en L4-L5 ; que l'assurée avait été vue en rhumatologie à Berne, le 4 juillet 2019, dans le cadre de douleurs chroniques de la cheville et du membre inférieur droit et qu'à cette occasion, le bilan biologique était toujours parfaitement normal. L'expert expose ensuite que les prélèvements biologiques du 12 décembre 2019, puis ceux du 20 juillet 2022, ne montrent pas de syndrome inflammatoire. Il estime que l'état rhumatologique est ensuite parfaitement stable, sans modification. Au terme de son évaluation, il a relevé qu'il n'y avait pas de grande cohérence entre la plainte de l'assurée et les constatations cliniques réalisées. Il retenu comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail des douleurs lombaires sans irradiation dans les membres inférieurs sur hernie discale sans conflit disco-radiculaire (F54.5), une tendinopathie du moyen fessier sur le grand trochanter à droite (M76.0), des douleurs de cheville avec limitation articulaire secondaire à des atteintes dégénératives (M19.99) et une douleur cervicale sur contracture musculaire (M54.2) et posé les limitations fonctionnelles en conséquence. Procédant à l'évaluation médico-assurantielle de l'assurée, le Dr N. \_\_\_\_\_ a indiqué que la douleur à la cheville droite était constante, sans modification depuis au moins 10 à 12 ans. L'expert a finalement abouti à la conclusion que les diagnostics et limitations fonctionnelles n'avaient pas changé du point de vue de la rhumatologie. Quant à la Dre Q. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 5 février 2025, elle indique que s'agissant des douleurs plantaires et des talons, après épisode de fascite plantaire, il ne reste plus qu'une minime bursite rétro-calcanéenne et ne retient pas d'indications à un geste infiltratif. Ce faisant, l'expert a manifestement tenu compte des constatations déjà relevées par les médecins précédemment consultés – de sorte que ses conclusions s'inscrivent dans la continuité des diagnostics antérieurs – ainsi que des éléments soulevés par les médecins dans les rapports médicaux déposés. S'agissant ensuite de l'existence d'une polyneuropathie sensitive axonale vraisemblablement en lien avec la maladie de Crohn, ainsi que des séquelles de conflits radiculaires L4 et S1 droits, la Dre R. \_\_\_\_\_ indique que sa patiente ne devrait pas effectuer d'activité physiquement pénible nécessitant le port de charges lourdes. À cet égard, on constatera que l'expert retient spécifiquement à titre de limitations fonctionnelles une activité excluant tout effort de

soulèvement de charges supérieures à 5 kg à partir du sol, limitant le port de charges à 10 kg lorsqu'elles sont maintenues près du corps, et évitant les montées et descentes répétées d'escaliers ainsi que les positions accroupies ou à genoux. Il est en outre relevé que l'assurée n'était pas en mesure de s'asseoir sur un tabouret afin d'exécuter un travail en position basse. En définitive, les médecins traitants de la recourante n'apportent aucun élément nouveau objectif, qui auraient été ignorés par les experts et les médecins du SMR, rendant plausible une aggravation de l'état de santé. Toutefois, on relèvera que la plus récente IRM sur laquelle s'appuie le rapport d'expertise date du 15 décembre 2019, tandis que le Dr N. \_\_\_\_\_ s'est limité à la réalisation d'une radiographie de la cheville et du pied droit. Dans ces conditions, et dans la mesure où il y a, quoi qu'il en soit, lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour complément d'instruction, il lui appartiendra de se prononcer sur l'ensemble des rapports d'IRM ainsi que sur les documents médicaux produits par la recourante.

#### **E. 6**

Il s'ensuit que le recours doit être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'OAI afin qu'il complète l'instruction au sens des considérants et rende une nouvelle décision.

#### **E. 7**

Les frais de la procédure, arrêtés à 660 francs, doivent être mis à la charge de l'OAI (art. 61 let. f bis LPGA en relation avec l'art. 69 al. 1 bis LAI). La recourante qui a partiellement plaidé avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens (art. art. 61 let. g LPGA), dont le montant est défini dans les limites prévues par la loi du 6 novembre 2019 fixant le tarif des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative (LTFrais). À défaut d'un état des honoraires et des frais, les dépens seront fixés sur la base du dossier (art. 64 al. 1 et 2 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais). Tout bien considéré, l'activité déployée par le mandataire, qui est intervenu uniquement dans le cadre du dépôt d'observations et de pièces médicales complémentaires, peut être évaluée à un total de 4 heures. Eu égard au tarif appliqué par la Cour de céans de l'ordre de 300 francs de l'heure (CHF 1'200), des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 63 LTFrais par renvoi de l'art. 67 LTFrais ; CHF 120) et de la TVA au taux de 8,1 % (CHF 106.95), l'indemnité de dépens sera fixée à 1'426.95 francs.

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