

VD_GERICHTE ZD21.039098 vom 9. Juni 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-06-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.039098

FR: VD_GERICHTE ZD21.039098 du 9 juin 2022

IT: VD_GERICHTE ZD21.039098 del 9 giugno 2022

Erwägungen

E. 2

LPGA, subsidiairement à sa réforme en ce sens que l'OAI est tenu d'entrer en matière sur la demande de révision présentée en vertu de l'art. 17 LPGA, plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée

- 8 - et au renvoi de la cause à l'administration intimée pour nouvelle instruction et/ou décision au sens des considérants. Par arrêt du 1er février 2016 (AI 50/14 – 19/2016), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours en tant qu'il portait sur la révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, l'a déclaré irrecevable en tant qu'il portait sur la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, et l'a admis en tant qu'il concernait le moyen tiré de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, annulant la décision attaquée et renvoyant la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. D. Par formulaire daté du 5 juillet 2016, l'EMS « [...] » a communiqué à l'OAI que le contrat de travail de l'assurée était passé à 40 % depuis le 1er août 2013. Dans un rapport du 16 juillet 2016, le Dr C. _____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif, de fibromyalgie et d'hémiplégie du membre supérieur gauche et a fait état d'un nodule thyroïdien comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail. Il a attesté une incapacité de travail en toutes activités de 100 % du 21 mai 2011 au 10 juillet 2011, puis de 50 % depuis lors. Il a annexé un rapport du service d'oncologie de l'Hôpital [...] du 16 février 2015 faisant état d'une rémission complète du carcinome du sein gauche, d'un nodule thyroïdien du lobe gauche, de troubles dépressifs traités, d'une fibromyalgie, d'un diabète de type II non insulino-requérant et d'un status après deux accouchements par césarienne. Un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 30 janvier 2014 mentionnait des signes de discopathie dégénérative en C5-C6 et C6-C7 et d'uncarthrose en C5-C6. A l'initiative du SMR (avis du 3 août 2016), une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre, avec un volet de psychiatrie, de rhumatologie et de médecine interne. Elle a été attribuée de manière aléatoire au S. _____ (ci-après : S. _____).

- 9 - Dans leur rapport du 5 mai 2017, les Drs Z. _____, spécialiste en médecine interne générale, N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et H. _____, spécialiste en rhumatologie, ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies bilatérales prédominant à gauche et ceux sans effet sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de fibromyalgie, de status après une tumorectomie du sein gauche suivie par une radiothérapie complémentaire associée à une hormonothérapie en rémission complète et de nodule thyroïdien du lobe gauche sans signification clinique. Ils ont estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était limitée à 50 %, mais qu'elle était entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans port de charges, ni travail en porte-à-faux ou au-dessus du

niveau des épaules, et avec une diminution de rendement de 20 % compte tenu des douleurs. Le 4 août 2017, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle avait travaillé dans le nettoyage de locaux à raison de 7 heures par semaine de 1994 à 2010 pour l'entreprise « [...] », activité qu'elle avait arrêtée à la suite de son opération car elle n'était plus en mesure de la poursuivre pour des raisons de santé. Dans un avis du 18 décembre 2018, le SMR a estimé que l'expertise était concluante et a retenu comme limitations fonctionnelles l'absence de travail répétitif des membres supérieurs, de travail en hauteur, de manipulations de charges de plus de 5 kg et de positions en porte-à-faux. Selon lui, ces limitations contre-indiquaient totalement l'activité d'auxiliaire de santé en EMS. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière avec une baisse de rendement de 20 % du fait des douleurs, depuis le 1er avril 2011. Le statut d'active à 80 % et ménagère à 20 % a été confirmé à l'issue d'une enquête ménagère à domicile. Le rapport établi le 9 avril 2019 a par ailleurs constaté que le degré d'invalidité de l'assurée dans les tâches ménagères était de 12,2 %, taux qui tenait compte de l'aide du mari et du fils, laquelle était exigible.

- 10 - Le 7 octobre 2019, l'OAI a réceptionné les rapports des IRM de la colonne dorso-cervicale et lombaire réalisées respectivement le 2 mars 2018 et le 24 septembre 2019. Dans un avis juriste du 12 novembre 2019, l'OAI a estimé que l'expertise avait pleine valeur probante et que ses constats devaient prévaloir sur ceux du Dr D._____. Le statut de l'assurée devait être fixé à 90 % active et 10 % ménagère puisqu'elle avait exercé une activité accessoire à hauteur d'environ 10 % de manière stable durant plusieurs années, dont il convenait de tenir compte pour le calcul du revenu sans invalidité. Dès 2011, le degré d'invalidité global était de 18,82 % ($19,56 * 0,9 + 12,2 * 0,1$) et dès 2018, avec la nouvelle méthode mixte, il était de 26,82 % ($28,45 * 0,9 + 12,2 * 0,1$). L'OAI a conclu à l'existence d'une appréciation différente d'un même état de fait, en comparant la situation actuelle avec celle prévalant lors de la première décision de refus de prestations du 7 novembre 2012. Par projet de décision du 28 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa nouvelle demande de prestations. L'assurée a contesté ce projet par courriers des 6 décembre 2019, 27 février 2020 et 7 août 2020, en prenant également position sur l'avis juriste du 12 novembre 2019. Elle a produit un rapport établi le 25 février 2020 par le Dr T._____ et la psychologue [...], qui disaient soutenir sa demande de rente d'invalidité à 50 % en raison de la résistance de sa maladie à tout traitement psychothérapeutique et médicamenteux et de l'aggravation de ses douleurs psychosomatiques chroniques. Ceux-ci ont posé les diagnostics de dysthymie (F34.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de personnalité anxieuse (évitante, F 60.6) et de boulimie (F50.2). L'apparition de nouvelles zones somatiques douloureuses avait entraîné une exacerbation des symptômes psychiques. L'assurée n'arrivait à assumer ni son ménage, ni son travail et se trouvait isolée socialement.

- 11 - L'assurée a également fait parvenir à l'OAI des certificats d'incapacité totale de travail du 9 janvier au 2 février 2020, ainsi qu'un rapport du Dr J._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, du 16 janvier 2020 dans lequel il a posé les diagnostics de syndrome cervico-dorsolombaire récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et de syndrome myofascial douloureux. Il a précisé que l'IRM de la colonne cervico-dorsale ne mettait pas en évidence de discopathie significative et que l'IRM lombaire avait montré la présence d'une minime discopathie L5-S1 compatible avec l'évolution due à son âge. L'ensemble de la symptomatologie s'inscrivait en avant-plan de douleurs poly- insertionnelles faisant évoquer la présence d'une nette diminution du seuil de

déclenchement à la douleur. Le 31 juillet 2020, l'assurée a transmis un nouveau certificat d'arrêt de travail, pour la période du 15 juillet au 30 novembre 2020. L'assureur perte de gain maladie de l'assurée a informé l'OAI qu'il avait versé à celle-ci des indemnités journalières depuis le 9 janvier 2020 et qu'il y mettait fin au 31 décembre 2020, estimant que l'assurée pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée. Dans un avis du 29 mars 2021, le SMR a estimé que les avis somatique et psychiatrique produits ne permettaient pas de conclure à une aggravation significative de l'état de santé susceptible de modifier la capacité de travail de l'assurée, ni de justifier la présence de nouvelles limitations fonctionnelles. Il a notamment indiqué que les points douloureux relevés par le rhumatologue attestaient de la fibromyalgie déjà connue et prise en compte, et que les autres constatations somatiques étaient minimales. Les diagnostics de trouble de personnalité anxieuse/évitante et de boulimie n'étaient pas étayés et l'expertise de 2017 avait conclu à l'absence d'une organisation pathologique de la personnalité et pris en compte les comportements alimentaires de l'assurée.

- 12 - Par décision du 9 juillet 2021, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assurée au motif qu'il n'y avait « aucune modification dans son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans [sa] précédente décision ». Par courrier séparé du même jour, faisant partie intégrante de cette décision, l'OAI a pris position sur les objections avancées par l'assurée. E Par acte de son mandataire du 14 septembre 2021, L._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'un droit à une rente d'invalidité entière lui soit reconnu à compter du 1er octobre 2013, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle instruction et/ou décision. Elle a en substance reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte du caractère incapacitant de ses atteintes, attesté par les Drs J._____ et T._____, ni de l'aggravation de son état de santé depuis la précédente décision et depuis également l'expertise du S._____. Elle s'est prévalu du fait que son assureur perte de gain maladie avait reconnu l'existence d'une totale incapacité de travail jusqu'au 31 décembre 2021. Elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie. Dans sa réponse du 27 octobre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a précisé qu'aucune mesure d'ordre professionnel n'était indiquée en l'espèce, se référant aux conclusions de son service de réadaptation. Par réplique du 23 novembre 2021, la recourante a fait valoir que les experts du S._____ ne pouvaient valablement conclure rétroactivement à l'existence d'une pleine capacité de travail à compter du 1er avril 2011 alors même que le Dr D._____, dans son rapport du 2 avril 2013, avait attesté d'une pleine incapacité de travail invalidante. Elle a pour le reste repris les arguments de son recours.

- 13 - Par duplique du 21 décembre 2021, l'OAI a maintenu que les constats du S._____ devaient prévaloir sur ceux du Dr D._____ et rappelé que le SMR avait pris position sur les rapports produits postérieurement à l'expertise du S._____. La recourante a déposé des observations complémentaires le

E. 4

a) Il s'agit en l'occurrence de déterminer si la situation de la recourante s'est modifiée depuis la décision du 7 novembre 2012 de manière à influencer son droit à des prestations. Dans cette décision, l'OAI a estimé que la recourante n'avait pas présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % pendant une année, puisqu'elle bénéficiait à nouveau, depuis le 1er

avril 2011, d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Suivant l'avis du SMR du 30 mai 2012, l'OAI a en particulier nié la survenance d'une nouvelle incapacité de travail pour des raisons psychiques au-delà du 1er avril 2011. Il a admis l'existence d'un trouble anxieux et dépressif mixte, qui s'était déclenché en réaction à l'atteinte cancéreuse, ainsi que d'une fibromyalgie, mais s'est écarté des conclusions du Dr P. _____, en ne retenant pas de diminution de rendement de l'ordre de 30 % dès la

- 17 - date de l'expertise, mais posant uniquement de la fatigabilité comme limitation fonctionnelle. b) A la suite de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans, l'OAI a recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitants de la recourante puis a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie, qui a été confiée au S. _____. Le rapport d'expertise établi le 8 mai 2017 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Comme le relève l'OAI, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, y compris l'atteinte somatique, les experts se sont fondés sur des examens complets, ont pris en considération les plaintes de la recourante et établi leur rapport en pleine connaissance du dossier et du contexte médical. Leur appréciation de la situation médicale, qui a fait l'objet d'un consilium, est claire et leurs conclusions dûment motivées. Les experts ont par ailleurs appliqué les nouveaux indicateurs jurisprudentiels pour déterminer l'éventuel caractère invalidant des affections psychiques et psychosomatiques. c) Sur le plan psychique, les experts indiquent que le tableau clinique que présente la recourante est compatible avec un diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, avec humeur anxieuse et dépressive. Toutefois, au vu de la durée de la symptomatologie, il n'est plus possible de retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. Comme l'expertisée mentionne une symptomatologie dépressive discontinue, les experts retiennent le diagnostic de dysthymie (F45.4). Ils précisent qu'il s'agit d'une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif. Les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours pendant lesquels ils se sentent bien, mais la plupart du temps il se sentent fatigués et déprimés, ce qui correspond aux éléments obtenus lors de l'anamnèse et à l'observation (expertise du S. _____ p. 25). Les experts relèvent que,

- 18 - bien que les diagnostics retenus soient sensiblement différents et que l'impact de la fatigue sur le rendement ne soit pas retenu, leur appréciation de la situation est proche de l'évaluation du Dr P. _____ (expertise du S. _____ p. 26). Cela va clairement à l'encontre d'une aggravation de l'état psychique de la recourante. Dans son expertise, le Dr P. _____ avait mentionné que le décès de l'ancienne cheffe de la recourante d'un cancer du sein avait provoqué une forte réaction émotionnelle et un effondrement avec la réalisation qu'elle pourrait aussi mourir de cette maladie (expertise du Dr P. _____ p. 14). Le Dr D. _____ a précisé que le décès en question et l'aggravation de l'état psychique sont intervenus en mai 2011 et non en novembre 2011 comme retenu par le Dr P. _____ (expertise du Dr D. _____ p. 36). Cette différence dans les dates n'est toutefois pas déterminante. En effet, il n'en demeure pas moins que la recourante a confirmé que son état psychique s'était amélioré à la suite des traitements ; elle décrivait la persistance d'un état psychique fluctuant avec passages de normalité et des moments où elle était affectée (expertise du Dr P. _____ p. 14). Dans son arrêt de renvoi du 1er février 2016, la Cour de céans a relevé différents éléments qui pouvaient laisser penser à l'existence d'une aggravation, notamment la présence de nouveaux symptômes tels qu'une

insomnie globale et une irritabilité, ainsi que des divergences dans les observations cliniques des experts P. _____ et D. _____. Dans le cadre de l'expertise du S. _____, la recourante se plaignait encore d'insomnie et d'un sommeil non réparateur. S'intéressant plus précisément aux troubles du sommeil, les experts ont écarté un déficit manifeste de sommeil ainsi qu'une éventuelle pathologie manifeste du sommeil. La recourante a par ailleurs précisé que les troubles de l'endormissement survenaient deux fois par semaine environ et que si elle se réveillait une à deux fois dans la nuit, elle se rendormait. Les jours où elle ne travaillait pas, elle faisait une sieste d'environ trois-quarts d'heure, avec un sommeil réparateur (expertise du S. _____ p. 12). S'agissant de l'anxiété majeure avec irritabilité mentionnée par le Dr D. _____, la

- 19 - recourante a indiqué aux experts du S. _____ qu'elle était anxieuse, tendue et crispée, mais en lien avec ses douleurs (expertise du S. _____ p. 11). Le Dr D. _____ évoquait une perte de l'élan vital accompagnée d'une aboulie et d'une anhédonie partielles, la présence de troubles cognitifs handicapants. Il a observé une baisse de la thymie, des pleurs, ainsi qu'une atteinte anxieuse majeure associée à une conduite phobique. Ces éléments ne sont pas retrouvés lors de l'expertise du S. _____, l'assurée présentant une humeur anxieuse mais d'intensité faible, n'étant pas dépressive, ne pleurant pas et souriant à plusieurs reprises, étant vigilante et ne montrant pas de déficit attentionnel durant l'entretien, ni de trouble mnésique (expertise du S. _____ p. 19). Elle se sentait triste et déprimée de façon plus marquée un ou deux jours par semaine environ, mais pouvait avoir des activités de plaisir. Aucun élément de phobie sociale n'était évoqué (expertise du S. _____ p. 11). Comme déjà mentionné plus haut, les experts du S. _____ ont précisé que leurs observations rejoignaient celles du Dr P. _____. Le rapport d'expertise du S. _____ permet dès lors d'écarter de manière convaincante l'existence d'une aggravation de l'état psychique de la recourante depuis la décision du 7 novembre 2012. Les experts du S. _____ mentionnent à cet égard que beaucoup des diagnostics retenus par le Dr T. _____ et le Dr D. _____ ne sont retrouvés ni à l'anamnèse, ni à l'examen clinique. Outre l'absence d'éléments pouvant conduire à l'existence d'un trouble panique avec agoraphobie, diagnostic qui n'a au demeurant jamais été évoqué par le psychiatre traitant, les experts du S. _____ se sont intéressés aux comportements alimentaires de la recourante et n'y ont décelé aucun élément pathologique (expertise p. 12). Ils ont par ailleurs procédé à l'examen de la personnalité de la recourante et ont conclu, de manière convaincante, à l'absence d'organisation pathologique de la personnalité (ibidem). Le Dr P. _____ ne notait pas non plus de particularité s'agissant de la personnalité de la recourante, qui lui paraissait tout à fait compensée, toutes les informations indiquant un bon fonctionnement dans la réalité (expertise du Dr P. _____ p. 9).

- 20 - Il ressort en outre de l'expertise du S. _____ que le suivi psychothérapeutique a été interrompu en 2014, soit environ une année après l'expertise du Dr D. _____, et que la recourante n'avait plus de traitement psychothérapeutique ambulatoire au moment de l'expertise (expertise du S. _____ p. 10), ce qui va également à l'encontre d'une aggravation sur le plan psychique. Dans son rapport du 25 février 2020, le Dr T. _____ mentionne à nouveau un suivi psychothérapeutique à partir du 5 novembre 2018, mais ne retient plus qu'un diagnostic de dysthymie, à l'instar des experts du S. _____, et reprend le diagnostic de boulimie, écarté de manière motivée par ces derniers. Il pose en outre le diagnostic de personnalité anxieuse évitante (F60.6) sans toutefois la moindre motivation, et sans expliquer pourquoi il modifie son appréciation, ayant auparavant conclu à l'existence

d'une personnalité dépendante (F60.7) dans son rapport du 23 août 2012. Comme vu ci-dessus, les experts du S. _____, tout comme le Dr P. _____, ont exclu de manière convaincante une pathologie de la personnalité. Le rapport du 25 février 2020, dépourvu de description clinique et de motivation, ne saurait remettre en question les conclusions de l'expertise du S. _____, ni étayer l'existence d'une aggravation depuis cette expertise. d) Sur le plan somatique, il est admis que la recourante a souffert d'un carcinome du sein gauche diagnostiqué en 2009, qui n'entraîne plus aucune incapacité de travail depuis avril 2011 et est désormais en rémission complète depuis 2013 (expertise du S. _____ p. 25 ; rapport du Dr X. _____ du 18 mars 2011 ; rapport du service d'oncologie de l'Hôpital [...] du 16 février 2015). La recourante présente par ailleurs un nodule thyroïdien, diagnostiqué en 2015. Ce diagnostic est certes nouveau mais l'ensemble des médecins s'accorde sur le fait qu'il reste sans influence sur la capacité de travail (expertise du S. _____ p. 22 ; rapport du Dr C. _____ du 18 juillet 2016).

- 21 - Les experts ont retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de cervico-brachialgies bilatérales prédominant à gauche. Cette atteinte n'est toutefois pas nouvelle. Le Dr C. _____ avait en effet déjà fait état d'arthralgies à l'épaule et de cervicalgies dans son rapport du 7 juin 2011, lesquelles avaient motivé la réalisation d'une IRM cervicale, qui avait mis en évidence une spondylose cervicale (rapport du Dr C. _____ du 11 octobre 2011). L'examen clinique de l'experte rhumatologue ne montre pas de limitations dans la mobilité, ni d'élément pour une souffrance des tendons de la coiffe des rotateurs. La mobilité de la colonne cervicale, localisation de la plainte principale, est rigoureusement normale bien que décrite comme douloureuse. La Dre H. _____ constate que la radiographie actuelle de la colonne cervicale montre des altérations dégénératives modérées et banales, et rappelle que l'IRM de janvier 2014 n'avait pas montré de pathologie spécifique grave. Elle en conclut que le tableau clinique présenté par l'assurée est celui d'une fibromyalgie – dont tous les points sont présents (expertise p. 18) – et qu'il y a donc clairement un manque de corrélation entre l'importance des douleurs alléguées par l'assurée et les constatations objectives faites à l'examen clinique, sans que l'on ait affaire à une assurée démonstrative (expertise p. 24). De son côté, le Dr J. _____ arrive à la même conclusion. Dans son rapport du 16 janvier 2020, il pose les diagnostics de syndrome cervico-dorsolombaire récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et de syndrome myofacial douloureux, constate que les résultats des IRM de la colonne cervico-dorsale et lombaire montrent seulement une minime discopathie en L5-S1 compatible avec l'évolution due à l'âge, et relève finalement l'existence de douleurs poly-insertionnelles faisant évoquer la présence d'une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur. e) La recourante est en effet connue pour présenter une atteinte psychosomatique. Dans leur expertise, les experts du S. _____

- 22 - retiennent tant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) que celui de fibromyalgie. Ces atteintes ne sont pas nouvelles et étaient déjà connues lors de la première demande de prestations de la recourante, la Dre V. _____ faisant état d'une fibromyalgie dans son rapport du 21 décembre 2010 et le Dr T. _____ d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (F45.4) dans son rapport du 23 août 2012. Le Dr D. _____ a posé le diagnostic de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (F45.4) dans son rapport du 2 avril 2013. Il faut relever à cet égard que ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui sont déterminantes (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF

9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). Dans son avis du 30 mai 2012, le SMR a estimé que cette atteinte n'était pas invalidante au sens de la jurisprudence en vigueur. Dans son rapport du 21 décembre 2010, la Dre V. _____ l'avait d'ailleurs citée comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail. Dans le rapport d'expertise du S. _____, les experts retiennent l'existence d'une aggravation de la fibromyalgie à la suite d'une affection somatique importante, à savoir le cancer du sein (expertise p. 24). La recourante a exposé que depuis le cancer, les douleurs de la fibromyalgie se sont nettement intensifiées et surtout localisées dans l'hémicorps gauche. Elles se situent principalement dans membre supérieur gauche, dans la colonne cervicale avec des maux de tête, mais également dans le membre inférieur gauche. L'assurée décrit une aggravation progressive des douleurs depuis 2010 malgré les traitements tentés. Elle a bénéficié à plusieurs reprises de traitements médicamenteux, que ce soit antalgique ou anti-inflammatoire, ainsi que de séances de physiothérapie. A noter que le Dr T. _____ fait également état d'une aggravation des douleurs psychosomatiques chroniques dans son rapport du 25 février 2020. On ne saurait toutefois y voir, comme la recourante le soutient, une aggravation intervenue à la suite de l'expertise du S. _____ et le Dr T. _____ ne l'indique pas non plus.

- 23 - Par rapport à son activité professionnelle, la recourante explique qu'après une journée de travail, les douleurs sont nettement intensifiées et qu'elle sollicite davantage son membre supérieur droit puisque le membre supérieur gauche lui fait de plus en plus mal. Il lui est par ailleurs difficile de ménager son membre supérieur gauche comme conseillé par son oncologue, dans le cadre de son travail astreignant d'auxiliaire de santé. Au moment de l'expertise, elle était d'ailleurs en arrêt de travail pour deux semaines en raison d'une exacerbation des douleurs cervicales et du membre supérieur gauche (expertise p. 9). L'experte rhumatologue conclut que l'on peut raisonnablement estimer la capacité de travail de la recourante en tant qu'auxiliaire de santé à 50 % au vu du caractère astreignant de cette activité. Elle considère que dans une activité adaptée, à savoir sans travail répétitif des membres supérieurs, ni travail en hauteur, ni port de charges lourdes au-delà de

E. 5

L'OAI a retenu que la recourante avait un statut de 90 % active et 10 % ménagère. Cette dernière avait contesté ce statut dans le cadre de ses observations dans la procédure d'audition, mais ne soulève plus de grief à ce sujet dans son recours. Il faut en effet constater que ce statut correspond à la situation effective de la recourante jusqu'à la survenance de son cancer, puisqu'elle travaillait à 80 % en tant qu'auxiliaire de santé et à hauteur d'environ

E. 10

%), qu'il convient d'arrondir à 28 %. Ces taux d'invalidité n'atteignent pas le seuil de 40 % qui ouvre le droit à une rente d'invalidité. Il en résulte que l'on n'est pas en présence d'un motif de révision susceptible d'influencer le droit aux prestations, si bien que l'OAI

- 28 - était légitimé à rejeter la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 3 avril 2013. 8. Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante, à savoir d'ordonner une expertise pluridisciplinaire et de tenir une audience en vue d'entendre les experts. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les

considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). 9. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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