

FR_GERICHTE 605 2021 187 vom 27. Juni 2022

FR Kantonsgericht, 2022-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_187

FR: FR_GERICHTE 605 2021 187 du 27 juin 2022

IT: FR_GERICHTE 605 2021 187 del 27 giugno 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 15

décembre 2020 en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. H. Par décision du 8 juillet 2021, l'OAI a rejeté les objections du 26 janvier 2021 et a confirmé son projet de décision du 15 décembre 2020. I. Le 8 septembre 2021, A._____ interjette recours auprès du Tribunal cantonal contre la décision du 8 juillet 2021. A l'appui de son recours, elle invoque, d'une part, une violation du droit ayant amené l'OAI, dans le cadre de la procédure de révision, à changer de méthode d'évaluation de l'invalidité en l'absence d'une modification déterminante des faits depuis sa dernière décision et, d'autre part, une constatation inexacte et incomplète des faits, étant donné que l'OAI prétend qu'elle est en mesure de travailler à 50% dans une activité adaptée. Ainsi, elle conclut, sous suite de dépens, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er mai 2018. Subsidiairement, elle conclut à ce qu'une demi-rente d'invalidité lui soit allouée dès le 1er mai 2018. Plus subsidiairement, elle conclut, soit à ce qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique, orthopédique et médecine interne) soit mise

Tribunal cantonal TC Page 4 de 22 en œuvre, soit à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et, cas échéant, d'une nouvelle enquête économique sur le ménage. L'avance de frais de CHF 800.- a été versée le 22 septembre 2021. Dans ses observations du 24 novembre 2021, l'OAI conclut au rejet du recours. Il explique que selon l'expertise qu'il a mandatée, le taux de présence possible dans une activité adaptée serait de 100% avec toutefois une diminution de rendement de 50%, en revanche, ce dernier serait complet dans une activité exercée à mi-temps. Parallèlement, il a procédé à une enquête économique dans le ménage au cours de laquelle l'assurée aurait précisé que, sans atteinte à la santé, elle aurait souhaité travailler à 50% comme femme de ménage pour subvenir à ses besoins. Pour l'OAI, le rapport d'expertise neurologique et celui d'enquête ménagère répondent aux critères qualitatifs d'évaluation définis par la jurisprudence et, à ce titre, leurs valeurs probantes ne sauraient être remises en cause. Dans ses contre-observations du 14 février 2022, la recourante maintient les conclusions de son recours du 8 septembre 2021. Elle conteste l'intégralité de la réponse du 24 novembre 2021 de l'OAI ainsi que la prise de position du Service externe du 16 novembre 2021. Elle maintient qu'elle n'a jamais indiqué à l'enquêtrice qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 50% comme femme de ménage. Elle indique à cet égard que, contrairement à ce que prétend l'OAI, elle a démontré que l'enquêtrice n'a pas retranscrit fidèlement ses déclarations. Elle affirme avoir effectué des démarches en vue de trouver un emploi à

100%. Compte tenu de ses troubles de santé et de ses recherches infructueuses, elle n'a toutefois pas été en mesure d'augmenter son taux d'activité. De plus, la Dre E. _____, spécialiste en psychiatrie, lui a diagnostiqué une dépression engendrant une incapacité de travail totale dans l'exercice d'une activité adaptée. L'avis de la psychiatre rejoint les avis du Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, et du Dr G. _____, spécialiste en neurologie. Par conséquent, en ne mettant en œuvre aucune expertise psychiatrique, l'OAI a violé la maxime inquisitoire. La recourante indique encore que le Dr G. _____ a ignoré, dans son rapport d'expertise neurologique du 11 mars 2020, plusieurs pathologies invalidantes dont elle souffre et que son rapport d'expertise n'est donc pas probant. Dans ses ultimes remarques du 9 mars 2022, l'OAI renvoie à l'intégralité de ses arguments présentés dans ses observations du 24 novembre 2021 et conclut au rejet du recours. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes d'été, auprès de l'autorité judiciaire compétente, par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 22 2. Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). Les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables au vu de la date de la décision querellée. 3. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 831.20), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 3.1. 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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Or, il est de jurisprudence constante que les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas à eux seuls des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels, il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. Ainsi, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire

pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial. 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 être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) 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 LPGGA) 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 d'invalidité : un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente,

Tribunal cantonal TC Page 6 de 22 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 (art. 28 al. 2 LAI). 3.3. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir 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 LPGGA). L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire, la méthode spécifique, la méthode mixte et la méthode extraordinaire. 3.3.1. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas. Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (arrêt TF 9C_230/2019 du 21 août 2019 consid. 2.2). 3.3.2. La méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3 LAI) s'applique lorsque l'assuré exerce à la fois une activité lucrative à temps partiel et s'occupe du ménage ou serait actif dans un autre champ d'activité. Il faut évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels (ménage) par comparaison des activités et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus. On pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. L'art. 27bis al. 2 à 4 RAI prescrit que, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative avec le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps et que la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3 let. b et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les

travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 22 3.3.3. La jurisprudence dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure" s'applique de manière générale en matière d'assurances sociales (cf. arrêts TF 9C_649/2008 du 31 août 2009 consid. 3; 8C_187/2008 du 7 octobre 2008 consid. 2.2; C 212/06 du 26 septembre 2007 consid. 2.3.2; U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.3; B 23/06 du 20 avril 2007 consid. 5.1; K 106/94 du 4 janvier 1995 consid. 2b). Ce principe veut que, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence soit accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a). 4. 4.1. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.20), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Il y a lieu d'appliquer par analogie les conditions de la révision du droit à la rente selon l'art. 17 LPGa (ATF 130 V 64 consid. 1b ; VSI 1999 84 consid. 1b). 4.2. 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 question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 et 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important de circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à une rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi 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 349 consid. 3.5 ; 126 V 75 ; VSI 2000 p. 314 consid. 1b). 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 et 387 consid. 1b ; arrêt TF I 532/05 du 13 juillet 2006 consid. 3 ; arrêt TAF C-2882/2006 du 14 octobre 2009 consid. 6.3). Pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office), constitue le point de départ temporel pour l'examen du degré d'invalidité la dernière décision entrée en force et qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 22 5. 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 105 V 158 ; 114 V 314 ; RCC 1982 p. 36). 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que les conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait qu'un médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). S'agissant des rapports médicaux de médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans des cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 6. La décision attaquée a pour objet un refus de rente, rendu dans le cadre d'une nouvelle demande. En l'occurrence, la recourante conteste l'utilisation de la méthode mixte ainsi que le taux auquel elle est en mesure de travailler dans une activité adaptée. 7. Détermination de la méthode d'évaluation de l'invalidité 7.1. Le choix d'une des trois méthodes d'évaluation de l'invalidité dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. L'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 22 Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, étant donné sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. A cet égard, il faut prendre en compte la nécessité financière de retravailler ou d'étendre son activité, d'éventuelles tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, ainsi que l'âge, les aptitudes professionnelles, la formation, les affinités et les talents personnels de l'assuré. Dans le cadre d'une procédure de révision, comme c'est le cas en l'espèce, pour que l'OAI puisse changer de mode d'évaluation de l'invalidité par rapport à sa dernière décision, une modification de fait entraînant un changement du mode d'évaluation de l'invalidité par rapport à l'état de fait de la dernière décision entrée en force, soit un changement de situation ou du mode de vie de l'assuré est indispensable (arrêt

TF 9C_36/2017 du 25 août 2017 consid. 3.2 ; ATF 117 V 198 consid. 3b). Si la situation sociale de l'assuré change, son invalidité pourra, le cas échéant, être évaluée selon la méthode de comparaison des revenus alors qu'à l'origine elle avait été évaluée selon la méthode spécifique ou l'inverse. Il convient cependant, en règle générale, de ne pas s'écarter, sauf nécessité absolue, des critères fixés lors de l'évaluation initiale (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), commentaire thématique, 2011, n°3076). Par ailleurs, selon la jurisprudence, l'inactivité professionnelle prolongée ne justifie pas un changement de méthode d'évaluation de l'invalidité (arrêt du TC/NE du 30 novembre 2016 CDP.2015.240 consid. 5b ; arrêt TF 9C_36/2017 du 25 août 2017 consid. 3.3). 7.2. Il ressort du dossier que, dans sa demande AI du 15 septembre 2005 (dossier AI p. 25), l'intéressée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100%. Dans sa première décision du 20 novembre 2007, l'OAI a refusé de verser une rente d'invalidité à l'assurée. Il a considéré que, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité à 100%. Partant, il a appliqué la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Le 21 novembre 2007, l'assurée s'est inscrite au chômage et a effectué de nombreuses recherches d'activités professionnelles adaptées à 100% qui se sont toutes révélées infructueuses. Malgré ces efforts, elle n'est jamais parvenue à trouver une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Partant, elle est retournée dans le domaine du nettoyage. Etant donné que son époux travaillait auprès de la société C. _____ SA, il a pu lui trouver, à partir du 1er septembre 2010, un emploi à 25% en tant qu'employée dans le nettoyage auprès de cette société. Ainsi, pendant presque sept années (de septembre 2010 à janvier 2017), l'assurée a travaillé à 25% dans son ancienne activité de femme de ménage qui était contre-indiquée. On pourrait lui reprocher de ne pas pouvoir démontrer avoir persévéré dans la recherche d'une activité adaptée pendant cette période et de s'être finalement accommodée de ce 25%. Cependant, les circonstances se sont modifiées depuis le dépôt de la nouvelle demande : son fils a quitté le domicile familial et son mari est décédé. Ainsi, l'on peut supposer qu'il y avait pour elle, désormais veuve, une nécessité financière, ou une envie, d'étendre son activité professionnelle. Ceci d'autant plus qu'elle n'avait plus de tâches d'éducation et de garde à l'égard de ses deux enfants majeurs. Dans un questionnaire AI du 15 mai 2018 à l'intention des personnes s'occupant du ménage, l'assurée a d'ailleurs indiqué à l'OAI que, sans atteinte à sa santé, elle exercerait une activité lucrative à 100%.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 22 Tant dans son projet de décision du 15 décembre 2020 que dans la décision attaquée, l'OAI a retenu que, sans atteinte à sa santé, l'assurée exercerait une activité lucrative à 25% et consacrerait le 75% de son temps restant à la tenue de son ménage. Pour ce motif, l'OAI, dans le cadre de la procédure de révision, a changé la méthode d'évaluation de l'invalidité. 7.3. Comme on l'a vu ci-dessus, dans sa première décision de refus de rente d'invalidité du

E. 20

novembre 2007, l'OAI avait à l'époque appliqué la méthode de comparaison des revenus pour évaluer l'invalidité, admettant ainsi que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à plein temps. Elle était alors âgée de 45 ans et ses enfants de 26 et 25 ans. Une enquête économique sur le ménage a eu lieu le 1er octobre 2020. A la page 8 du questionnaire de l'enquête ménagère, l'enquêtrice a inscrit que la personne assurée, sans atteinte à la santé, aurait souhaité travailler à 50% comme femme de ménage pour subvenir à ses besoins. L'enquêtrice a noté plus loin dans le rapport d'enquête, qu'en tenant compte

de son parcours professionnel et du manque de preuve d'une éventuelle augmentation, la méthode 25/75 est retenue. Il ressort de ce qui précède que l'OAI a changé la méthode d'évaluation de l'invalidité alors qu'il n'a pas prouvé que, depuis sa première décision du 20 novembre 2007, la situation ou le mode de vie de l'assurée aurait évolué de telle sorte que, en bonne santé, elle aurait décidé de travailler à 25% et de consacrer le 75% de son temps à la tenue de son ménage. L'OAI a indiqué se référer au « parcours professionnel » de l'assurée et à un prétendu « manque de preuves d'une éventuelle augmentation » pour retenir une répartition à raison de 25% pour l'activité professionnelle et 75% pour la tenue du ménage (cf. p. 8 du rapport sur le ménage du 1er octobre 2020). Or, étant donné que, selon la jurisprudence susmentionnée, l'inactivité professionnelle prolongée ne justifie pas un changement de méthode d'évaluation de l'invalidité, le fait que l'assurée ait travaillé du 1er septembre 2010 au 9 janvier 2017 à un pourcentage de 25% dans le domaine du nettoyage ne permet également pas de fonder un changement de la méthode d'évaluation et encore moins de retenir que, sans atteinte à la santé, l'assurée n'aurait exercé une activité lucrative qu'à 25%. De plus et surtout, avant que les troubles de santé ne limitent la capacité de travail de l'assurée à partir du 20 septembre 2004, cette dernière avait travaillé à 100% et, dans le questionnaire du 15 mai 2018, elle a expressément indiqué à l'OAI que, sans atteinte à sa santé, elle exercerait une activité à 100%. 7.4. Dès lors, le Tribunal se référera au questionnaire du 15 mai 2018 et retiendra que, sans atteinte à sa santé, l'assurée exercerait une activité lucrative à plein temps. Partant, l'OAI aurait dû appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour calculer l'invalidité de l'assurée. 8. Capacité de travail et de gain dans une activité adaptée 8.1. Est en l'espèce aussi litigieuse la question de savoir si le taux d'incapacité de travail et de gain de la recourante dans une activité adaptée justifie désormais l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante. Pour répondre à cette question, il faut, selon la jurisprudence susmentionnée en matière de révision, déterminer si ce taux s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la décision du 20 novembre 2007, dernière

Tribunal cantonal TC Page 11 de 22 décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec celui qui était le sien à la date à laquelle la décision querellée a été rendue, soit le 8 juillet 2021. 8.2. Situation médicale au moment de la décision du 20 novembre 2007 8.2.1. Dans son rapport médical du 11 janvier 2005 au Dr D. _____, spécialiste en neurochirurgie, la Dre H. _____, chiropraticienne, indique que cette patiente est en traitement chiropratique pour une volumineuse hernie discale L5-S1 médio-latérale gauche entraînant une compression radiculaire L5 et S1 gauche. Elle est en arrêt de travail à 100% depuis le 20 septembre 2004 et la Dre H. _____ se pose la question d'une éventuelle intervention neurochirurgicale. Dans son rapport médical du 18 février 2005, le Dr D. _____ indique qu'il a reçu les résultats de l'IRM lombaire du 17 février 2005. Cet IRM montre une très forte ostéochondrose du disque L5-S1 avec aussi une sténose du canal rachidien. Cela peut expliquer la douleur que ressent l'assurée dans les fesses et dans le bas du dos. Le Dr D. _____ a proposé à sa patiente une décompression ciblée au niveau L5-S1 avec foraminotomie bilatérale et pose d'un U inter-épineux. L'alternative serait d'emblée une spondylodèse sur plusieurs niveaux. Dans son rapport médical du 28 février 2006, le Dr I. _____, spécialiste en médecine générale, mentionne que sa patiente présente depuis 2004 une élévation isolée de la Gamma-GT. L'apparition de nausées en 2006 l'a incité à demander un US de l'abdomen qui a montré la présence de nodules hépatiques probablement métastatiques et n'a pas permis de montrer la lésion primaire. Il est proposé de compléter le bilan par un CT-Scan abdomino-pelvien qui a révélé

une discrète hépatomégalie avec trois lésions évoquant des hémangiomes. Cet examen a aussi révélé une lésion de la glande surrénale gauche et une lésion kystique simple ovarienne droite et gauche. Ces hémangiomes se révéleront par la suite être bénins. Dans son rapport médical du 30 mars 2006, le Dr J. _____, spécialiste en gastroentérologie, mentionne que la gastroscopie a montré une maladie de reflux avec une discrète oesophagite érosive, un endobrachyoesophage court, une hernie et béance hiatale ainsi qu'une gastrite antrale érosive. Il propose un traitement. Appelé à se déterminer, le médecin SMR rappelle, dans un rapport médical du 26 février 2007, que la patiente est en incapacité de travail durable à 100% depuis le 20 septembre 2004 et qu'il convient de procéder à une expertise rhumatologique laquelle pourrait être confiée à B. _____. 8.2.2. Finalement c'est une expertise pluridisciplinaire qui sera réalisée à B. _____, elle est signée par le Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie, et par le Dr L. _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur. Sur le plan physique, l'assurée se plaint de cervico-dorso-lombalgies irradiant jusqu'aux genoux, associées à des paresthésies aux deux pieds, augmentant en position assise. L'examen clinique somatique ne relève pas de troubles statiques mais la mobilisation du rachis cervical et lombaire entraîne des douleurs locales. L'examen des articulations périphériques montre également une mobilisation douloureuse des épaules. Les articulations sacro-iliaques sont douloureuses également, de façon plus marquée à gauche. Les signes de Waddel sont positifs. L'examen neurologique aux membres supérieurs montre des incohérences clinico-anatomiques. L'examen des racines thoraco-lombaires révèle également des résultats incohérents. La revue des documents radiologiques présente effectivement une maladie discale dégénérative au niveau L4-L5 mais l'élément pathologique majeur est la présence d'une maladie discale dégénérative L5-S1 accompagnée d'une hernie discale L5-S1 gauche, à

Tribunal cantonal TC Page 12 de 22 composante intra-foraminale. L'examen psychiatrique, lui, atteste de bonnes facultés mnésiques et de jugement ainsi qu'un bon niveau d'intelligence. Il n'y a pas d'addiction, pas de psychose, aucun trouble de l'humeur n'est retenu. Sur le plan de l'anxiété, l'assurée se trouve surtout en proie à des symptômes physiques caractérisés par des gênes abdominales, des sensations vertigineuses dans des moments pouvant susciter quelques troubles psychologiques. Il n'y a toutefois pas de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif ou encore un trouble panique. Les critères d'une somatisation ne sont pas retrouvés. Enfin, un trouble de la personnalité est écarté. Le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail est la maladie discale dégénérative L5- S1 avancée avec une composante de hernie discale sans syndrome déficitaire et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail est la maladie dégénérative discale L4-L5 débutante et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Au terme de leur examen, les experts considèrent qu'en raison des limitations fonctionnelles liées aux troubles dégénératifs lombaires, il existe une incapacité de travail complète de longue durée comme femme de ménage. Sur le plan d'une activité adaptée, les experts relèvent que des mesures de réadaptation sont parfaitement envisageables, les experts insistant sur la nécessité de reconditionnement physique et la nécessité d'une école du dos. Ils recommandent également une adaptation du traitement antalgique et éventuellement une prise d'antidépresseurs pouvant améliorer la qualité de vie de l'assurée. Les limitations fonctionnelles retenues par les experts sont les suivantes : pas de port de charges lourdes au-delà de 10 kg, pas de position statique prolongée, pas de mouvements de contrainte répétitifs au niveau du rachis, pas de position penchée en avant, accroupie ou à genou, pas de longs déplacements en terrain irrégulier, pas de travail en

hauteur ou sur une échelle. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, les experts estiment que la capacité de travail globale de l'assurée est de 70-80% pour un travail à plein temps, avec une diminution de rendement de 20-30% due à la nécessité d'alternance régulière de position et de pauses plus fréquentes et prolongées en raison des douleurs. 8.2.3. Dans son rapport médical du 30 août 2007, le SMR estime que l'expertise pluridisciplinaire est probante et que l'atteinte somatique est claire. Ainsi, la capacité de travail est nulle dans l'activité de femme de ménage depuis le 20 septembre 2004 alors que la capacité de travail dans une activité adaptée est un plein temps, avec diminution de rendement de 25%, ceci depuis le début de la capacité de réadaptation, soit en théorie de suite. C'est sur cette base que l'OAI a rendu sa décision du 20 novembre 2007 qui doit servir de point de comparaison dans la présente cause. Il avait ainsi retenu que l'assurée subissait certes une incapacité de travail en tant qu'employée de nettoyage, mais que son état de santé était compatible avec un emploi à plein temps, avec une diminution de rendement de 25%, dans une activité de production (conditionnement de pièces légères, contrôle de qualité, petits montages). 8.3 Situation médicale ayant amené à la nouvelle demande du 13 novembre 2017 et à la décision querellée du 8 juillet 2021 8.3.1. Dans son rapport médical du 5 octobre 2015, le Dr M. _____, spécialiste en neurologie, mentionne que l'assurée signale des lombalgies irradiant dans les deux membres inférieurs. A l'examen clinique, il relève une limitation de la mobilité lombaire, aucune altération de la force et de la sensibilité mais une atrophie débutante du jambier antérieur gauche. Les réflexes tendineux sont normovifs et le Lasègue est positif. Il a complété son examen clinique par un ENMG (électromyographie) qui a été interprété comme révélant une lésion chronique L5, principalement à gauche.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 22 Dans son rapport médical du 1er décembre 2016, le Dr D. _____ retient le diagnostic de canal lombaire étroit sévère en L4-L5 droit, avec listhésis dégénératif de degré I, compression médullaire D11-D12 et status après traitement conservateur d'une discopathie avec hernie discale L5-S1 en 2005. Au vu de ces éléments et de l'évolution clinique, il propose une décompression simple L4-L5 ainsi qu'une décompression D11-D12. Le Dr D. _____ a procédé le 11 janvier 2017 à une décompression L4-L5 bilatérale en cross over par la gauche et à une laminectomie D11 et partielle D12. Dans un rapport médical du 4 mai 2017, le Dr D. _____ mentionne que l'évolution est stagnante depuis sa dernière consultation, sa patiente se plaignant de douleurs neuropathiques du membre inférieur gauche, essentiellement au-dessous du genou, avec une démarche qui ne s'est pas améliorée, avec toujours une ataxie et une tendance à la boiterie à gauche. Il lui a proposé d'augmenter le traitement de Lyrica et la physiothérapie et il n'exclut pas chez cette patiente un risque d'invalidité définitive. Une IRM cervicale a été pratiquée le 8 juin 2017 en raison de paresthésies/picotements avec diminution de la force musculaire de l'avant-bras droit. L'examen a révélé un conflit radiculaire C6 droit sur sténose foraminale C5-C6, secondaire à une saillie disco-ostéophytique. Il a aussi été observé une sténose foraminale relative C5-C6 gauche sur protrusion discale et discopathies dégénératives. Il n'y a pas de canal cervical étroit mais il y a par contre une rétrolisthésis C5 de degré I sur discopathies. De l'avis du Dr D. _____, l'assurée va rester invalide et elle ne pourra pas reprendre les travaux de nettoyage qu'elle effectuait deux heures par jour. Dans un rapport médical du 22 janvier 2018, le Dr D. _____ indique que sa patiente représente des symptômes presque identiques à ceux qu'elle avait présentés avant l'intervention. Il a organisé une nouvelle résonance magnétique en suspectant une récurrence de hernie discale. Cet examen n'a pas démontré de récurrence de hernie discale, la

décompression L4-L5 est adéquate et les sténoses L5-S1 ne se sont pas aggravées. Par ailleurs, la décompression dorsale lui paraît plutôt adéquate. Dans son rapport médical du 29 janvier 2018, le SMR admet que les rapports médicaux du Dr D. _____ de mai et de septembre 2007 attestent bien une modification de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 20 novembre 2007. Une échographie abdominale est effectuée le 2 mai 2018 et révèle trois lésions hépatiques focales hyperéchogènes, sans sténose hépatique. Un CT-Scan abdominal est proposé. Au terme de cet examen, le Dr N. _____, spécialiste en radiologie, conclut à de volumineux angiomes hépatiques sans lésions suspectes, la présence de tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses du pancréas, vraisemblablement de type Branch Duct, sous forme de 8 microstructures kystiques. Il signale également des calcifications parenchymateuses pancréatiques d'allure séquellaire, une lésion surrénalienne gauche d'allure adénomateuse et une structure kystique adjacente à une anse jéjunale droite de 15 mm, d'allure bénigne. Une IRM abdominale a été effectuée le 12 juillet 2018. Le Prof. O. _____, chef du Service de chirurgie de P. _____, mentionne que cet examen a révélé plusieurs hémangiomes, deux adénomes surrénaliens gauches et de multiples lésions d'aspect kystique dans le parenchyme pancréatique, correspondant en premier lieu à des IPMN de type side branch. Il précise que les

Tribunal cantonal TC Page 14 de 22 résultats de l'IRM sont plutôt rassurants, relevant tout particulièrement que la patiente ne présente aucune plainte en relation avec les différentes pathologies relevées à l'IRM. Dans son rapport médical du 18 juillet 2018, le Dr F. _____ relève des douleurs lombaires et au niveau des hanches, une faiblesse musculaire, une tristesse, limitant les activités de la vie quotidienne à 50%. Par ailleurs, il retient une incapacité de travail complète à partir du 1er janvier 2018 sur le plan d'une activité lucrative. Le pronostic est qualifié de mauvais. Le 15 août 2018, une oesophago-gastroduodoscopie endosonographie a été effectuée par le Dr Q. _____, spécialiste en gastro-entérologie. Cet examen a été interprété comme confirmant une oesophagite de reflux et une IPMN bénigne au niveau de la tête du pancréas. Dans son rapport du 21 novembre 2018, le Dr R. _____, spécialiste en neurologie, conclut aux séquelles de myélopathie dorsale compressive D11-D12, à une radiculopathie L4-L5 séquellaire à gauche et à un probable syndrome des jambes sans repos symptomatique.

8.3.2. Dans son rapport médical du 10 mai 2019, le SMR estime qu'une actualisation des données médicales concernant la pathologie abdominale, y compris les éventuelles limitations fonctionnelles et les éventuels impacts sur la capacité de travail, est nécessaire. De plus, il relève que l'évolution des troubles rachidiens n'étant plus documentée depuis janvier 2018, une évaluation des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail par un neurologue est nécessaire. Dans un avis subséquent du 28 août 2019, le SMR indique que le diagnostic d'IPMN type side branch du pancréas sans signe de malignité est confirmé par le Prof. O. _____, qui mentionne l'absence de plainte de la patiente. L'affection ne nécessite aucun traitement et seule une surveillance par une IRM dans un an est proposée. Il relève que la patiente présente un « Failed Back Surgery Syndrome » avec des séquelles sensibles au membre inférieur gauche, sans déficit moteur. Les douleurs ont nettement régressé après l'opération de janvier 2017 et le périmètre de marche s'est normalisé. Un syndrome des jambes sans repos a été diagnostiqué, pour lequel l'assurée ne souhaite pas de traitement. La pathologie du pancréas, asymptomatique, ne nécessitant aucun traitement, ne justifie aucune limitation ni incapacité de travail. L'exigibilité médicale dépend donc exclusivement de la pathologie rachidienne, de telle sorte que les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible doivent être fixées par un neurologue. 8.3.3. Dans son

rapport d'expertise neurologique du 11 mars 2020 (dossier AI, p. 591 et ss), le Dr G. _____ indique que, selon l'assurée, depuis l'opération du 11 janvier 2007, il y a peu d'amélioration avec persistance des rachialgies cervico-dorso-lombaires irradiant dans les deux membres inférieurs, de façon plus prononcée à gauche, irradiations se faisant selon un trajet plutôt antérieur, de type cruralgies, douleurs se compliquant de fourmillements à la face interne des membres inférieurs jusqu'au niveau des orteils, d'un manque de force global du membre inférieur gauche surtout, notamment pour se lever, rentrer dans la voiture, marcher. L'assurée signale quelques troubles moteurs au niveau du membre inférieur droit. Sur le plan de la santé en général, les éléments à disposition mentionnent une suspicion d'IPMN de type branch duct au niveau de la tête du pancréas apparemment asymptomatique, une suspicion d'adénome surrénalien gauche asymptomatique, des hémangiomes hépatiques, une colite néphrétique droite puis gauche anamnestique, une dysphonie tabagique et une dépression chronique. Il est également mentionné une gastrite érosive. Les problèmes de santé précités n'ont pas été considérés comme cause d'une incapacité de travail significative jusqu'ici.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 22 L'assurée rapporte souffrir depuis plus de 20 ans de rachialgies, tout d'abord lombaires puis également dorsales et cervicales. Progressivement, sont apparues des douleurs concernant initialement le membre inférieur gauche puis le membre inférieur droit se compliquant d'une limitation du périmètre de marche. Le 11 janvier 2007, le Dr D. _____ a procédé à une intervention chirurgicale pour hernie discale D11-D12 et canal lombaire étroit L4-L5. Aux dires de l'assurée, l'opération n'a entraîné que peu d'amélioration, avec persistance de rachialgies cervico-dorso-lombaires irradiant dans les deux membres inférieurs, de façon plus prononcée à gauche, irradiations se faisant selon un trajet plutôt antérieur de type cruralgies, douleurs se compliquant de fourmillements à la face interne des membres inférieurs jusqu'au niveau des orteils, d'un manque de force global du membre inférieur gauche surtout mais également de quelques troubles moteurs au niveau du membre inférieur droit. A noter que l'assurée ne mentionne plus actuellement de cervico-brachialgies contrairement à ce qui figure au dossier. L'assurée estime son affection comme invalidante et pense ne pas pouvoir reprendre une activité professionnelle même adaptée et partielle. Dans son activité de tous les jours, l'adaptation à ses troubles est essentiellement de se reposer et de limiter son engagement physique lourd. Elle fait partiellement le ménage avec l'aide de ses enfants. En bref, l'examen neurologique relève de discrets troubles statiques vertébraux, une limitation modérée, sensible localement, de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire, aucune anomalie neurologique au niveau des paires crâniennes et des membres supérieurs, une hypoesthésie tactile et douloureuse de niveau supérieur D9/D10 à gauche, une aréflexie achilléenne droite, aucune altération certaine de la force brute des membres inférieurs et une hypoesthésie tactile et douloureuse plus ou moins globale du membre inférieur gauche. En dehors de l'hypoesthésie tactile et douloureuse gauche, de niveau supérieur D9-D10, il n'y a pas d'éléments en direction d'une souffrance médullaire. L'expert neurologue a demandé un ENMG des 2 membres inférieurs. Cet examen n'a pas révélé de signes d'atteinte neurogène périphérique dans l'ensemble des groupes musculaires examinés au niveau du membre inférieur droit mais met en évidence la présence de signes d'atteinte neurogène périphérique d'aspect subaigu à chronique/séquellaire dans les muscles dépendant des myotomes L4-S1 gauches. Etant donné l'absence de documents radiologiques récents, l'expert neurologue a fait réaliser une IRM dorso-lombaire qui a mis en évidence une discopathie modérée D11-D12 se compliquant d'une hernie discale médiane et paramédiane

gauche, entraînant une compression de la moelle épinière à ce niveau, toutefois sans anomalie de signal médullaire. On retrouve en outre un status post-opératoire à ce niveau. Au niveau L4-L5, on retrouve une discopathie modérée se compliquant d'une hernie discale à base large associée à de l'arthrose postérieure sévère, un peu plus prononcée que préalablement selon le radiologue, avec extension de la hernie discale dans les deux foramens et un status post-opératoire à ce niveau. Au niveau L5-S1, on retrouve une hernie discale à base large discrètement luxée vers le bas, entraînant également un rétrécissement à l'entrée des récessi latéraux et une possible compression S1 bilatérale. Il existe également un discret rétroisthémisme L5-S1 en relation avec la discopathie. Le radiologue signale en outre une discopathie marquée C5-C6 avec une hernie discale à base large à ce niveau et de petites protrusions discales C4-C5 et C6-C7. Compte tenu de l'ensemble des éléments à disposition, en ce qui concerne le status locomoteur rachidien et neurologique, l'expert retient que l'assurée présente des lombo-cruro-sciatalgies bilatérales à prédominance gauche, avec une possible claudication neurogène, l'examen clinique

Tribunal cantonal TC Page 16 de 22 mais surtout l'ENMG confirmant l'existence d'une atteinte pluri-radicaire L4-S1 gauche, d'aspect plutôt ancien et séquellaire. A cela s'ajoute une discrète hypoesthésie tactile et douloureuse de topographie supérieure D9/D10 pouvant correspondre aux séquelles de la compression médullaire D11-D12 bien que cela reste très incertain étant donné que les troubles sensitifs débutent au-dessus du niveau lésionnel radiologique, qu'il n'y a pas à l'examen clinique d'autres anomalies qu'une hypoesthésie tactile et douloureuse globale de l'hémitronc gauche et du membre inférieur gauche, sans autres éléments d'atteinte médullaire. L'expert estime que, sur le plan de la capacité de travail, il est évident que la capacité de travail de l'assurée est nulle dans l'activité de femme de ménage. Les limitations fonctionnelles qu'elle présente sont les suivantes : pas d'engagement physique lourd, pas de port régulier de charges de plus de 10 kg, pas de position inconfortable du tronc, pas de déplacements à pied de plus de 100- 200 mètres, pas de montée/descente d'escaliers et d'échelles. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, l'assurée présente néanmoins une capacité de travail résiduelle comme correspondant actuellement à 50% (plein temps avec un rendement de 50% ou mi-temps avec un rendement de 100%). Cette capacité de travail de 50% existe depuis 6 mois après l'opération pratiquée par le Dr D._____ le 11 janvier 2017 et est restée depuis lors sans changement significatif. L'expert indique que la péjoration de l'incapacité de travail reconnue au terme de la présente expertise trouve son explication dans l'évolution défavorable des troubles entre 2007 et 2020. Ainsi son appréciation diffère de celle concluant l'expertise confiée à B._____. Sur le plan global, l'expert considère que les troubles digestifs (hépatiques, pancréatiques et rénaux) ne paraissent pas entraîner d'incapacité de travail significative dans quelle qu'activité que ce soit. Néanmoins, ils semblent avoir eu un impact psychologique sur l'assurée. S'agissant de sa situation psychique, elle paraît peu favorable, notamment après le décès de son époux, et il existe vraisemblablement des facteurs psychiques péjorant la mise en œuvre des capacités de travail résiduelles, ceci parallèlement à un manque de formation scolaire et professionnelle. Au niveau de la cohérence, l'expert indique que les plaintes de l'assurée trouvent leur explication dans les constatations somatiques ; néanmoins, il ne peut pas écarter une certaine discordance entre l'importance des plaintes et leur répercussion sur l'activité personnelle et professionnelle de l'assurée d'une part, et le caractère objectivement modéré des constatations objectives, d'autre part, même s'il est indubitable que persistent des troubles dégénératifs dorso-lombaires encore importants. 8.3.4. Dans son

rapport médical du 14 janvier 2021, le Dr F. _____ considère que certains aspects de la souffrance de sa patiente ne sont pas totalement mis en évidence par la documentation figurant au dossier (notamment l'évolution clinique et le suivi des lésions de type IPNM Side Branch). Cet aspect peut influencer la décision de l'AI, sachant que l'assurée est toujours suivie par des spécialistes pour une durée indéterminée en raison de l'impossibilité de garantir qu'il ne s'agit pas d'une lésion maligne au niveau pancréatique. D'autre part, la fatigue et les douleurs quasi-permanentes que l'assurée ressent peuvent être mal interprétées, surtout dans le contexte de la lenteur générale qu'elle manifeste et d'une possible somatisation de la dépression, et peuvent

Tribunal cantonal TC Page 17 de 22 représenter la marque d'une maladie à bas bruit mais à grand impact sur l'état physique, psychique et sociale de sa patiente. 8.3.5. Appelé par l'OAI à se déterminer sur les objections formulées à l'encontre du projet de décision de l'OAI du 15 décembre 2020, le SMR s'est déterminé le 22 février 2021. Il relève que l'expertise neurologique a valeur probante et que les diagnostics attestés par l'expert sont concordants avec les données cliniques et amnestiques rapportées, les limitations fonctionnelles décrites sont cohérentes avec les troubles constatés et, l'exigibilité médico-théorique fixée est cohérente avec les limitations fonctionnelles et les atteintes à la santé objectivées. Le médecin traitant estime que les lésions de type IPNM Side Branch n'ont pas été prises en compte dans la décision de l'OAI. Il concède cependant que « une correspondance entre les symptômes/constats cliniques et le substrat pathologique (les lésions décelées) peut rester soit inexprimée soit faiblement évidente (et de cette façon difficilement interprétable) sur le plan clinique et investigationnel, et reste difficilement (si jamais) démontrable. Autrement dit, il confirme que ces lésions sont sans traduction clinique, ce qui ressort également du rapport médical du 4 septembre 2018 du Prof. O. _____, lequel atteste l'absence de plainte de la patiente, l'absence de signe de malignité, l'absence de nécessité d'un traitement et prévoit une surveillance une fois par année. Or, en médecine des assurances, des lésions sans traduction clinique ne sauraient par conséquent motiver une incapacité de travail permanente ou de longue durée au sens de l'AI. Quant à une « possible somatisation de la dépression », le SMR rappelle que le Dr F. _____ ne mentionne pas de dépression dans son dernier rapport du 27 mai 2019, qu'il n'a prescrit à l'assurée aucun traitement antidépresseur, qu'aucune prise en charge psychiatrique n'est évoquée et qu'ainsi, il n'y a aucun argument médical susceptible de rendre plausible une dépression d'un degré de gravité suffisant pour justifier une incapacité de travail durable. 8.3.6. Dans un rapport médical du 11 novembre 2021, le Dr F. _____ a répondu à toute une série de questions posées par le mandataire de la recourante. A la question de savoir s'il a diagnostiqué d'autres troubles que ceux mentionnés par le Dr G. _____ dans son expertise du 11 mars 2020, il répond par l'affirmative et indique : une sténose foraminale C5-C6, une rétrolisthésis C5, une névralgie crurale incessante de la branche fémorale du nerf saphène gauche, une colique néphrétique droite sur calcul urétéral (2008), une gastrite antrale érosive (2006), une oesophagite de reflux, un syndrome des jambes sans repos, une dysphonie tabagique, une ostéopénie de la colonne lombaire et de la hanche gauche avec microarchitecture dégradée, arthrose métatarsienne gauche, status post-fracture de stress du troisième métatarsien gauche. De même, le Dr F. _____ ne partage pas l'avis du Dr G. _____ selon lequel les troubles digestifs de l'assurée sont asymptomatiques et n'engendrent aucune limitation fonctionnelle ni incapacité de travail dans l'exercice d'une activité professionnelle car des symptômes sont signalés par la patiente. Enfin, le Dr F. _____ ne partage pas non plus l'avis du Dr S. _____ selon

lequel l'assurée ne souffre d'aucun trouble psychique engendrant une incapacité de travail dès lors qu'aucun traitement antidépresseur n'a été prescrit et qu'aucune prise en charge psychiatrique n'a été mise en place. En effet, le Dr F. _____ mentionne que l'évolution des variations d'humeur/dépression de sa patiente est constante et imprévisible même si cela n'a pas nécessité (à ce stade) une prise en charge médicamenteuse. 8.3.7. Dans un rapport médical du 24 novembre 2021 adressé au mandataire de la recourante, la Dre E. _____, spécialiste en psychiatrie, mentionne que la recourante fréquente sa consultation depuis le 11 octobre 2021. Elle l'a vue à quatre reprises le 11 octobre 2021, le 27 octobre 2021, le 10 novembre 2021 et le 22 novembre 2021. Elle indique que sa patiente souffre de dépression

Tribunal cantonal TC Page 18 de 22 récurrente ; il y a eu plusieurs épisodes dépressifs et la première manifestation, d'après l'anamnèse, a eu lieu après ses difficultés professionnelles en 2007. La psychiatre mentionne toutefois qu'elle ne peut pas indiquer depuis quand sa patiente souffre de troubles dépressifs étant donné qu'elle ne l'a vue que depuis le mois d'octobre 2021. 8.4. Appréciation de la situation médicale et de la capacité de travail et de gain au moment de la décision querellée 8.4.1. Dans son recours, la recourante indique que l'OAI s'est référé au rapport d'expertise du 11 mars 2020 du Dr G. _____, neurologue, pour retenir qu'elle est en mesure de travailler à 50% dans une activité professionnelle adaptée sur le plan neurologique. Elle relève que, compte tenu du caractère neurologique de l'expertise du 11 mars 2020 du Dr G. _____, celui-ci n'a pas examiné l'influence des troubles concernant le foie, le pancréas et le système digestif sur sa capacité de travail. De plus, la recourante relève que le Dr G. _____ a aussi indiqué qu'il existe des facteurs psychiques péjorant la mise en œuvre de sa capacité résiduelle de travail. Elle en conclut que l'OAI n'a pas procédé aux mesures d'instruction nécessaires afin d'examiner l'influence de ses troubles digestifs (hépatique, pancréatique et rénaux) et psychiques sur sa capacité de travail dans l'exercice d'une activité professionnelle adaptée. 8.4.2. S'agissant du premier grief par lequel l'assurée reproche à l'autorité intimée de ne pas avoir pris en compte ses troubles digestifs dans l'évaluation de sa capacité de travail, le Tribunal retiendra que le diagnostic d'IPMN type side branch du pancréas a été confirmé comme étant sans malignité par le Prof. O. _____ et que cette affection ne nécessite aucun traitement et seulement une surveillance par IRM une fois par an. Le Prof. O. _____ a en outre relevé l'absence de plainte de la patiente en relation avec les différentes pathologies relevées à l'IRM. Une maladie de reflux avec une oesphagite érosive, un endobrachyoesophage court, une hernie et béance hiatale ainsi qu'une gastrite antrale érosive ont été diagnostiqués en 2006 par le Dr J. _____ et un traitement a été proposé à l'assurée. Aucun médecin n'a attesté que ces diagnostics seraient invalidants et auraient une influence sur la capacité de travail de l'assurée. En particulier, le Dr F. _____, dans son rapport médical du 11 novembre 2021, n'explique pas en quoi les pathologies digestives de l'assurée auraient une influence sur sa capacité de travail. Il se contente de relever que des symptômes (sans expliciter lesquels) sont mentionnés par sa patiente. Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée a considéré que les pathologies digestives dont souffre la recourante n'ont pas d'influence sur sa capacité de travail. 8.4.3. Dans un deuxième grief, l'assurée reproche à l'autorité intimée de ne pas avoir tenu compte de ses problèmes psychiques dans l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail. A cet égard, le Tribunal constate que si l'on se réfère au déroulement d'une journée type décrit dans l'expertise neurologique, l'on constate que, malgré les troubles psychiques dont elle allègue souffrir, l'assurée est capable de vaquer à ses occupations et d'avoir une journée structurée: elle se

lève entre 7 et 8 heures le matin, fait sa gymnastique, sa toilette, prend son petit déjeuner, sort un peu le matin et l'après-midi, discute avec les voisins, prépare les repas qu'elle prend souvent avec sa petite fille. Le soir, elle regarde la télévision et se couche vers 22 heures. Lors de la première demande AI en 2007, aucun trouble de l'humeur n'avait été retenu par le Dr K. _____, expert en psychiatrie. Les critères d'une somatisation n'avaient pas été retrouvés. Il avait posé le diagnostic d'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Lors de la deuxième demande AI, le Dr F. _____ mentionne de la tristesse dans son rapport médical du 18 juillet 2018. En août 2019, le SMR estime, au vu du dossier, que l'exigibilité médicale dépend exclusivement de la pathologie

Tribunal cantonal TC Page 19 de 22 rachidienne. En page 37 de son expertise, le Dr G. _____ indique qu'il est probable qu'en plus des éléments strictement somatiques, des facteurs psychologiques (décès récent de son époux) et socio-professionnel (manque de formation professionnelle) jouent un rôle dans l'évolution défavorable du cas. Or, l'on rappellera ici que les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas à eux seuls des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Or, plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Dans le cas d'espèce, étant donné le récent veuvage de l'assurée, il est dans l'ordre des choses que celle-ci soit déprimée et qu'elle connaisse des variations d'humeur comme mentionné par son médecin traitant. Cependant, aucun diagnostic médical psychique précis n'a été posé par ses médecins et son état psychique ne nécessite pas de prise en charge médicamenteuse ni jusqu'à très récemment, en octobre 2021, soit postérieurement à la décision attaquée, une prise charge spécialisée par un psychiatre. Cette dernière a par ailleurs indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur l'état psychique de l'assurée pour la période antérieure à sa consultation. Ainsi, l'on peut partir du principe que, à tout le moins pour la période courant jusqu'à la décision litigieuse, l'assurée n'a pas rendu vraisemblable qu'elle souffrait d'un trouble psychique invalidant engendrant une incapacité de travail. A noter également que la nouvelle demande de prestations AI a été effectuée en raison d'un canal lombaire étroit sévère, une myélopathie dorsale sévère sur hernie discale, des difficultés et des troubles de la marche. Il n'était pas fait mention de troubles digestifs ou dépressifs invalidants. 8.4.4. Pour le reste, le Tribunal relève que l'expertise neurologique du Dr G. _____ est convaincante s'agissant de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de la recourante. Du point de vue formel, elle remplit les critères de qualité définis par la jurisprudence, expliquant les motifs et les circonstances de l'expertise, faisant une synthèse du dossier médical, de l'entretien avec la recourante, de ses constatations lors de l'examen, des examens complémentaires ordonnés, posant les diagnostics et établissant une évaluation médicale et médico-assurantielle. Sur le fond médical, les diagnostics attestés sont concordants avec les données cliniques rapportées et les critères de la CIM-10. Ils confirment ceux attestés par les pièces médicales du dossier. Les limitations fonctionnelles décrites sont cohérentes avec les troubles constatés. L'exigibilité médicale fixée est cohérente avec les limitations fonctionnelles et les atteintes à la santé objectivées. 8.4.5. Sur le vu de ce qui précède, la capacité de travail et de gain à 50% dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles (pas d'engagement physique lourd, pas de port régulier de charges de plus de 10 kg, pas de position inconfortable du tronc, pas de déplacement à pied de plus de 100-200 mètres, pas de montée/descente d'escaliers et d'échelles), doit être confirmée. Il en résulte qu'en comparant l'état de santé de la recourante et ses répercussions sur sa capacité de travail au

moment de la décision du 20 novembre 2007 avec celui qui était le sien le 8 juillet 2021, l'on constate que la situation médicale s'est détériorée et que le taux d'invalidité s'est modifié. 9. 9.1. Il reste à déterminer précisément ce taux d'invalidité en appliquant la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. ci-dessus consid. 7). 9.2. Dans la décision attaquée, pour fixer le revenu sans atteinte à la santé, l'OAI a relevé, en se référant à l'extrait de compte individuel de l'assurée (dossier AI, p. 306), que le revenu réalisé par la Tribunal cantonal TC Page 20 de 22 recourante à 25% auprès de C._____ SA s'élevait à CHF 12'205.-. Or, ce revenu de CHF 12'205.- était le revenu perçu par l'assurée en 2015. Ainsi, l'OAI a omis d'indexer ce salaire pour 2018, année à partir de laquelle l'assurée a droit à une rente (1er mai 2018, soit six mois après le dépôt de sa nouvelle demande de rente AI le 9 novembre 2017). Cela étant, le revenu retenu par l'OAI au titre de revenu de valide est en fait un revenu qui a été réalisé alors que l'assurée était déjà atteinte dans sa santé. Avant l'apparition de ses problèmes de santé, l'assurée travaillait à 100% au sein de la société T._____ SA dans le domaine du nettoyage spécifique. L'on ne dispose pas dans le dossier d'informations concernant ce salaire. Par contre, l'on peut se référer au salaire prévu par la Convention collective de travail pour le secteur du nettoyage en bâtiment pour la Suisse romande qui prévoit un salaire de CHF 57'167.05 en 2018 (salaire horaire d'un nettoyeur N4 sans qualification plus de quatre ans, CHF 23.60 x 43 heures par semaine x 52 semaines : 12 mois x 13 mois). C'est bien ce salaire de référence qui doit être pris en considération en l'espèce. 9.3. S'agissant du revenu avec invalidité, compte tenu de son état de santé, l'assurée serait en mesure d'exercer un autre emploi, davantage adapté que celui accoutumé, par exemple dans la production industrielle légère ou dans les services. Le revenu d'invalidité mensuel brut dans la production industrielle légère (Enquête suisse sur la structure des salaires 2018, TA1_tirage_skil_level/total des salaires, niveau 1, F) s'élève à CHF 4'371.-. Ce montant est calculé sur la base d'une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle est de 41,7 heures. Dès lors, le revenu à prendre à considération est de CHF 4'556.75, soit CHF 54'681.- par année (CHF 4'556.75 X12). Dans la mesure où l'assurée ne peut travailler qu'à un taux réduit à 50%, le revenu annuel d'invalidité s'élève à CHF 27'340.50. Ce montant correspond à celui retenu par l'OAI dans la décision attaquée. La recourante demande toutefois qu'un abattement supplémentaire de 15% soit appliqué sur ce revenu en raison notamment de ses limitations fonctionnelles. Un abattement supplémentaire à titre de désavantage salarial sur le revenu d'invalidité n'est pas justifié dans le cas d'espèce. En effet, la recourante n'avait pas 60 ans au moment de la décision attaquée, ce qui aurait permis de tenir compte de son âge, elle n'est pas de langue maternelle française mais ceci n'est pas vraiment un frein pour les professions dont les activités sont simples et répétitives et, même s'il n'est pas contesté qu'elle souffre de plusieurs limitations fonctionnelles, ces dernières ont déjà été prises en compte dans la fixation du taux réduit de 50% auquel elle peut travailler dans une activité adaptée. Comparé au taux de valide de CHF 57'167.05, le degré d'invalidité s'élève à 52.17%. Partant, le recours doit être admis et la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er mai 2018, soit six mois après la nouvelle demande déposée.

Tribunal cantonal TC Page 21 de 22 10. Compte tenu de l'issue du recours, les frais de justice, ici fixés à CHF 800.- sont mis à la charge de l'autorité intimée. Dans le même temps, l'avance de frais versée par la recourante lui est remboursée. 11. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense, conformément aux art. 137ss et 146ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de

juridiction administrative (CPJA ; RSF 150.1) ainsi que 8ss du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA ; RSF 150.12). Le mandataire a produit sa liste de frais le 14 juin 2022. Celle-ci correspond aux exigences du tarif applicable, à l'exception des frais d'ouverture du dossier par CHF 53.85 lesquels dépassent le montant usuellement admis par la Cour et qui sont fixés forfaitairement à CHF 20.-. Il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle la recourante a droit pour ses frais de défense à CHF 4'079.10, soit 16 heures et 19 minutes à CHF 250.- de l'heure, plus CHF 374.30 de débours, plus CHF 341.30 au titre de la TVA à 7,7%, soit à un montant total de CHF 4'794.40, à mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée qui succombe. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 22 de 22 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision attaquée est annulée et une demi-rente d'invalidité est octroyée à la recourante depuis le 1er mai 2018. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.- sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. L'avance de CHF 800.- versée par la recourante lui est remboursée. III. Une indemnité de partie de CHF 4'794.40 (débours de CHF 374.30 et TVA de CHF 341.30 compris) est versée en mains du mandataire. Elle est également mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. 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 27 juin 2022/mfa Le Président :
La Greffière-rapporteure :

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