

FR_GERICHTE 608 2022 100 vom 25. April 2023

FR Kantonsgericht, 2023-04-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2022_100

FR: FR_GERICHTE 608 2022 100 du 25 avril 2023

IT: FR_GERICHTE 608 2022 100 del 25 aprile 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 15

mai 2020 par l'intermédiaire de l'expert en neuropsychologie. Ses arguments n'ont toutefois pas convaincu le médecin SMR, qui a maintenu la nécessité d'une nouvelle expertise psychiatrique et neuropsychologique. L'OAI a ainsi informé l'assurée de son intention de procéder à une telle expertise dans un délai de 6 à 12 mois, avec entre-temps une injonction de prise en charge par un spécialiste en psychiatrie et mise en place d'un suivi thérapeutique et psychotrope.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 25 L'assurée s'est opposée à cette démarche, estimant que l'expertise établie par H. _____ SA était probante et que les reproches soulevés par le médecin SMR n'étaient pas fondés. Par décision incidente du 7 juillet 2020, l'OAI a confirmé le maintien de l'expertise en psychiatrie avec nouvel examen neuropsychologique. Le recours déposé à l'encontre de cette décision par l'assurée a été rejeté par la Cour de céans (arrêt TC FR 608 2020 147 du 15 décembre 2020). Par courrier du 20 janvier 2021, l'assurée a réitéré son désaccord avec cette nouvelle expertise psychiatrique et neuropsychologique, constituant selon elle l'obtention d'une "second opinion" par l'OAI. Elle a par ailleurs remis deux rapports établis par son généraliste traitant, faisant état d'un diagnostic de polymyalgia rheumatica, ignoré selon elle par les experts et induisant une incapacité de travail de 80% et une diminution de rendement de 80% dans une activité adaptée. Elle a par conséquent requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique. Elle contestait en outre la désignation d'une experte en neuropsychologie non titulaire d'un diplôme de médecin et demandait la présence d'un traducteur lors de l'expertise à venir. Se fondant sur l'avis du médecin SMR, qui confirmait en substance la validité de l'expertise rendue par le Dr J. _____ et l'absence de tout fait nouveau objectif sur le plan rhumatologique, l'OAI a rejeté la mise sur pied d'une expertise rhumatologique, mais maintenu les volets psychiatrique et neuropsychologique. De même a-t-il confirmé le choix de la neuropsychologue, laquelle est "psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, experte neuropsychologue certifiée SIM", ainsi que la présence d'un traducteur. Un mandat d'expertise a ensuite été confié au Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en collaboration avec la neuropsychologue O. _____. En mai 2021, l'assurée est revenue à la charge en vue de réaliser une nouvelle expertise rhumatologique, en se référant aux rapports déjà évoqués précédemment. En juillet 2021, elle a déposé un rapport établi par la Dre P. _____, spécialiste en rhumatologie, remettant selon elle en cause les conclusions de l'expert J. _____. En réponse du 23 novembre 2021, le médecin SMR a maintenu l'absence d'intérêt à effectuer une nouvelle expertise rhumatologique,

relevant que le rapport de la Dre P. _____ ne démontrait aucun fait médical objectif nouveau et que tous les diagnostics attestés avaient déjà été discutés depuis plusieurs années. L'évaluation de la capacité de travail effectuée par cette dernière résultait selon lui d'une appréciation différente d'une situation inchangée depuis la dernière expertise et basée avant tout sur les plaintes subjectives de l'assurée, dans un contexte de comportement démonstratif avec amplification des plaintes. Le Dr N. _____ et la neuropsychologue O. _____ ont remis leur rapport d'expertise le 10 décembre 2021. Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic incapacitant n'a été retenu, l'expert retenant une capacité de travail entière sur le premier marché de l'emploi, dans toute activité adaptée à ses limitations somatiques physiques et ce, depuis 2009 au moins. Ledit expert a également repris à son compte le résultat de l'expertise neuropsychologique, laquelle retenait un diagnostic de forte suspicion de majoration de symptômes neuropsychologiques (F68.0). Invité à se déterminer, le psychiatre SMR a confirmé la valeur probante de cette expertise et validé une capacité de travail entière de l'assurée sur le premier marché de l'emploi, dans toute activité adaptée à ses limitations physiques. Tenant ensuite compte des expertises réalisées sur le plan somatique, il a conclu à ce que la capacité de travail de l'assurée dans une activité tenant compte

Tribunal cantonal TC Page 5 de 25 de ses limitations sur le plan somatique était de 70%, soit un taux d'activité de 100% avec un rendement abaissé de 30% du fait de limitations orthopédiques et rhumatologiques. La baisse de rendement était justifiée par la nécessité pour l'expertisée d'observer des temps de changement de position et de récupération, ainsi que de tenir compte de la neuropathie de la main gauche. Dans son projet de décision du 20 décembre 2021, l'OAI s'est référé aux conclusions du médecin SMR s'agissant de la capacité de travail et, en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, a abouti à un taux d'invalidité de 28%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Les objections soulevées par l'assurée à l'encontre de ce projet ont été écartées par l'OAI, qui a refusé l'octroi d'une rente par décision formelle du 23 mai 2022. F. Contre cette décision, A. _____, représentée par Me Elio Lopes, interjette recours auprès du Tribunal cantonal le 24 juin 2022. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1er janvier 2017, subsidiairement, à la mise sur pied d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, cas échéant par le biais d'un renvoi de la cause à l'autorité intimée. A l'appui de son recours, la recourante invoque tout d'abord une très grave violation de son droit d'être entendue par l'OAI, reprochant à ce dernier de ne pas avoir discuté les griefs soulevés dans ses objections au projet de décision. Elle remet ensuite en cause la valeur probante du volet rhumatologique de l'expertise de H. _____ SA, lequel a écarté la présence d'une polyarthrite séronégative, ignorant d'autres éléments objectifs de nature clinique et diagnostique. Elle allègue que le rapport établi par la Dre P. _____ met en évidence plusieurs faits médicaux objectivés entre 2019 et 2021 démontrant la présence d'une atteinte inflammatoire, laquelle provoque une incapacité totale de travail; ces constatations rejoignent d'ailleurs celles faites par l'expert F. _____ en 2018. Elle critique par ailleurs les conclusions des experts K. _____ et J. _____, selon lesquels les troubles au niveau de la colonne lombaire, de la colonne cervicale, des mains et des genoux n'engendrent qu'une diminution de rendement de 30%. Se fondant sur différents rapports établis dans le courant de l'année 2021, elle estime que les experts de H. _____ SA ont ignoré plusieurs éléments objectifs, de nature clinique et diagnostique, qui expliquent les douleurs l'assurée et impliquent une incapacité totale de travail. Dans un autre grief, la recourante reproche à

l'OAI de ne pas avoir fourni de motifs suffisants justifiant de privilégier l'avis de la neuropsychologue O. _____ par rapport à celui du Dr M. _____. D'autant que la première n'est pas médecin et qu'elle a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur une éventuelle incapacité de travail. Elle en conclut qu'il faut se référer à l'avis du second cité. Elle relève en outre l'absence de discussion consensuelle entre les experts en psychiatrie et neuropsychologie d'une part, et l'expert en rhumatologie d'autre part. Elle ajoute qu'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme avait été retenu par l'expert en psychiatrie, tandis que celui de fibromyalgie avait été écarté par le précédent expert en psychiatrie, alors que la Dre P. _____ démontre la présence d'une atteinte objectivable pouvant expliquer les douleurs dont elle souffre. Finalement, elle prétend à l'octroi d'une rente à partir du 1er janvier 2017, et non du 1er octobre 2017 seulement, se référant en cela au dépôt de sa demande dans le courant du mois de janvier 2017 et au fait qu'elle avait précédemment bénéficié d'une rente. Le 19 juillet 2022, elle s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 9 août 2022, l'OAI conteste avoir violé le droit d'être entendu de la recourante. Rappelant l'avoir informée que le délai pour formuler des objections ne pouvait pas être prolongé et faute pour celle-ci d'avoir fourni de nouveaux éléments médicaux à l'appui de ses

Tribunal cantonal TC Page 6 de 25 objections, il s'estimait en droit de juger la cause comme suffisamment instruite et de statuer. A tout le moins considère-t-il que la violation commise doit être qualifiée de légère. S'agissant ensuite de la valeur probante des expertises mises en œuvre par ses soins, l'OAI leur accorde en substance pleine valeur probante et écarte la nécessité de refaire une expertise. Il note en particulier que les experts ont relevé le caractère démonstratif et théâtral de l'assurée, le psychiatre et la neuropsychologue évoquant un surinvestissement dans le rôle de malade. Concernant d'autre part la nouvelle atteinte alléguée par celle-ci pour expliquer ses douleurs, l'autorité renvoie à l'avis de son médecin SMR, selon lequel il ne s'agit pas d'éléments médicaux nouveaux et que les critères diagnostiques n'en sont pas remplis. Quant au rapport du Dr Q. _____, l'OAI constate qu'il est postérieur à la décision litigieuse et qu'il ne permet, quoi qu'il soit, pas de remettre en cause les expertises précitées. Un second échange d'écritures n'a pas modifié la position des parties. L'assurée a remis une nouvelle détermination le 28 décembre 2022, à l'appui de laquelle elle a déposé un nouveau rapport de la Dre P. _____, confirmant en substance la présence d'un canal lombaire étroit, provoquant une incapacité totale de travail dans une activité adaptée. Ce document n'a pas influencé le point de vue de l'OAI, qui a maintenu ses conclusions. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, 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 et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. La recourante se plaint tout d'abord d'une violation de son droit d'être entendue. Elle reproche à l'autorité intimée de ne pas avoir discuté les griefs soulevés dans ses objections au projet de décision et d'avoir simplement recopié la motivation initiale dans la décision querellée. Tout en admettant ne pas avoir produit de nouveaux rapports médicaux à l'appui de ses objections, elle n'en a pas moins fait référence à des rapports figurant au dossier. 2.1. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 Cst.), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité,

le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C_23/2009

Tribunal cantonal TC Page 7 de 25 du 25 mai 2009 consid. 3.1). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a). En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu le nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre; la motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés; il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

2.2. En l'espèce, la motivation de la décision attaquée est effectivement identique à celle du projet de décision, l'OAI n'ayant que brièvement réagi aux (longues) objections de l'assurée, en se limitant à constater que celle-ci n'avait pas apporté de nouvel élément médical, en dépit d'une prolongation de délai accordée dans ce but. Dans ses observations au recours, il a ajouté qu'il n'avait pas estimé judicieux de requérir une nouvelle fois l'avis des médecins traitants et qu'une nouvelle expertise n'était pas nécessaire car l'instruction menée permettait de statuer sur la demande de prestations de l'assurée.

2.3. Amenée à statuer, la Cour constate que l'autorité intimée fonde sa décision essentiellement sur une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, ressortant globalement de différentes expertises. Bien que cela soit succinct, il ressort clairement de la décision que l'OAI n'a retenu qu'une légère incapacité de travail en raison d'atteintes somatiques et l'absence d'atteinte invalidante sous l'angle psychiatrique (et neuropsychologique). Quand bien même l'on peut regretter que la décision ne soit parfois que brièvement motivée, il faut constater qu'on ne peut toutefois admettre de violation du droit d'être entendu. Au surplus, la recourante a eu la possibilité de s'exprimer, de façon approfondie, dans le cadre de la présente procédure de recours auprès de la Cour de céans, avec plein pouvoir de cognition, de sorte que l'éventuel vice peut être considéré comme guéri. Pour ces motifs, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu soulevée par la recourante doit être rejeté.

3. 3.1. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 25 De façon générale, 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). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaires (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). Compte tenu de ce qui précède, 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, dans la mesure où l'invalidité est survenue antérieurement au 31 décembre 2021 et où un éventuel droit à la rente débiterait avant le 1er janvier 2022.

3.2. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), 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. D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1).

3.3. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail 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. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable

Tribunal cantonal TC Page 9 de 25 de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement,

exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).3. 4. 4.1. Lorsqu'une nouvelle demande est déposée suite à un refus de rente pour degré d'invalidité insuffisant, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201) en lien avec art. 87 al. 2 RAI; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; 130 V 71 consid. 2.2). Si l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification que l'assuré cherche à rendre plausible 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. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). 4.2. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

4.3. 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 – dans le cas d'application de méthode ordinaire – à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). 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).

4.4. Selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante, applicable dans le droit des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui,

Tribunal cantonal TC Page 10 de 25 faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF

8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Si une cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, s'ils estiment qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou qu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 5. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé au point de justifier l'octroi de prestations AI. 5.1. Pour répondre à cette question il faut, selon la jurisprudence susmentionnée en matière de révision, déterminer si son taux d'invalidité s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de dernière la 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 23 mai 2012, laquelle délimite l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2). En l'espèce, la décision du 27 mai 2015 (dossier AI p. 990) faisait suite à une demande de révision déposée le 27 juin 2013 (dossier AI p. 837) et concluait à l'absence d'aggravation objective et de nouvelles limitations fonctionnelles par rapport à la précédente décision du 7 mai 2012. L'instruction de cette demande avait été suspendue dans l'attente du résultat du recours formé à l'encontre de la décision précitée, laquelle concernait des atteintes aux genoux. Dès lors que ledit recours a été définitivement rejeté par le Tribunal fédéral le 3 septembre 2014 (cf. supra consid. B in fine), l'OAI a alors repris l'instruction de la demande du 27 juin 2013, qui portait sur la dégradation de l'état des genoux de l'assurée et évoquait en outre une opération à la vésicule biliaire. L'assurée a produit un rapport du Dr Q._____, chirurgien orthopédique traitant (dossier AI p. 961). Dans un rapport du 9 octobre 2014 (dossier AI p. 967), le Dr R._____, médecin SMR spécialiste en anesthésiologie, rappelait que l'assurée souffrait d'une gonarthrose bilatérale sévère depuis plusieurs années, se référant en cela au résultat d'une expertise orthopédique réalisée en novembre 2011. Il ajoutait que "le seul fait nouveau sur le plan médical objectif depuis la décision du 07.02.2012 [recte: 07.05.2012] est l'implantation d'une PTG à gauche", mais que le rapport du Dr Q._____ ne démontrait pas l'existence d'une aggravation, même si l'intervention chirurgicale n'avait pas apporté l'amélioration attendue. C'est sur cette base que la (nouvelle) demande de prestations de l'assurée a été rejetée, par décision du 27 mai 2015 (dossier AI p. 990), sans être contestée par cette dernière. 5.2. Une nouvelle demande a derechef été déposée le 1er juillet 2015 (dossier AI p. 996), appuyée par un rapport du Dr Q._____ (dossier AI p. 992) et un autre du Dr S._____, spécialiste en

Tribunal cantonal TC Page 11 de 25 neurologie (dossier AI p. 995). L'assurée invoquait en particulier une aggravation sous la forme d'hallux valgus bilatéraux fortement symptomatiques et d'un tunnel carpien à gauche. Se fondant sur l'avis du médecin SMR (dossier AI p. 1001), lequel retenait en substance qu'aucune aggravation n'était rendue plausible, l'OAI a annoncé son intention de ne pas entrer en matière sur cette demande (dossier AI p. 1003). Dans ses objections, l'assurée a remis une appréciation chirurgicale avec examen établie le 10 novembre 2015 par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie auprès de la CNA (dossier AI p. 1019), permettant selon elle de déduire l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Par décision du 2 février 2016 (dossier AI p.

1044), l'autorité intimée s'est refusé à entrer en matière sur la demande du 1er juillet 2015, concluant en substance à l'absence d'"élément médical objectif nouveau rendant plausible une modification de l'état de santé avec effet sur la capacité de travail postérieurement au 27.05.2015". 5.3. Dans le cadre de la dernière demande de prestations AI, déposée le 26 avril 2017 (dossier AI p. 1094), l'assurée alléguait une aggravation sous la forme d'une impotence fonctionnelle des deux membres supérieurs "en raison de douleurs neuropathiques apparues suites aux cures de canal carpien [...]". Différents documents médicaux ont été produits, en particulier un rapport faisant suite à une hospitalisation en clinique de rhumatologie (dossier AI p. 1084), concluant à la présence d'une polyarthrite séronégative érosive et probable fibromyalgie associée; un rapport du Dr U._____, généraliste traitant, mentionnait également un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative (dossier AI p. 1132). Le 9 octobre 2017, le médecin SMR a considéré que ce nouveau diagnostic justifiait une instruction médicale et a recommandé la réalisation d'une expertise rhumatologique (dossier AI p. 1151). Le mandant en a été confié au Dr F._____, spécialiste en la matière œuvrant au sein de G._____. Dans son rapport du 21 février 2018 (dossier AI p. 1178), se fondant sur un examen approfondi du dossier médical et un examen clinique détaillé, celui-ci a confirmé la présence de différentes atteintes susceptibles d'influencer la capacité de travail, à savoir une atteinte inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde séronégative depuis janvier 2017), ainsi qu'une gonarthrose tricompartmentale droite et des gonalgies gauches résiduelles. Il estimait que l'atteinte inflammatoire active "n'est pas compatible avec une activité professionnelle, surtout lorsque cette dernière utilise surtout les mains" et attestait de ce fait une complète incapacité de travail depuis le 1er janvier 2017. A l'analyse, il relevait néanmoins que s'il existait des présomptions témoignant en faveur d'une PR séronégative, il n'y avait pas de certitude absolue. Il recommandait dès lors la mise sur pied d'un traitement d'épreuve, pour confirmer le diagnostic et traiter la patiente, avec une réévaluation après 6 mois, avec IRM injectée de contrôle. Il émettait également une réserve "sur l'importance, la cohérence et la persistance des plaintes formulées", relevant différents éléments en ce sens. Ce rapport d'expertise a obtenu l'aval du médecin SMR qui, dans son rapport du 18 avril 2018 (dossier AI p. 1237), concluait que l'état de santé n'était alors pas stabilisé et qu'une réévaluation était recommandée dans un délai d'une année, le temps de vérifier les effets du traitement biologique mis en place. En dépit de ce qui précède, l'OAI a émis un projet de refus de rente (dossier AI p. 1263), en application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité et en se fondant sur le résultat d'une

Tribunal cantonal TC Page 12 de 25 enquête économique sur le ménage. Elle a confirmé sa position par décision du 24 août 2018 (dossier AI p. 1281), en écartant les objections de l'assurée. C'est dans ce contexte qu'a été rendu l'arrêt du 9 avril 2019 (608 2018 243), dans lequel la Cour de céans a considéré qu'il convenait d'appliquer la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité, raison pour laquelle la cause a été renvoyée à l'OAI. A cette occasion, il a également été rappelé qu'il incombait à ce dernier de "faire réévaluer la situation médicale suite au traitement d'épreuve de la polyarthrite rhumatoïde pour ensuite se prononcer sur l'évolution de l'état de santé sur toute la période déterminante à compter du 27 mai 2015, en prenant en considération l'ensemble des atteintes diagnostiquées". 5.4. L'OAI a alors mis sur pied une expertise pluridisciplinaire auprès de H._____ SA, comprenant les volets suivants: médecine interne générale, rhumatologie, chirurgie orthopédique, psychiatrie et neuropsychologie. Le rapport d'expertise a été remis le 15 avril 2020 (dossier AI p. 1446). Si la majorité des experts a admis la persistance d'une capacité

de travail totale, avec des baisses de rendement oscillant entre 20 et 30%, dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles, le neuropsychologue est le seul à avoir conclu à une incapacité totale sur le marché libre, n'admettant qu'une capacité de 60% "dans une activité adaptée à condition d'être réalisée dans un contexte d'économie protégée". En consilium, les experts se sont ralliés à cette évaluation, en précisant que les diminutions de capacité de travail sur les plans orthopédique, rhumatologique et psychiatrique ne s'additionnaient pas à la restriction neuropsychologique, mais qu'elles imposaient certaines limitations fonctionnelles. Si l'expertise a obtenu l'aval du médecin SMR s'agissant des critères formels de qualité requis par la jurisprudence, ce dernier a néanmoins émis certaines remarques, dans son rapport du 20 avril 2020 (dossier AI p. 1521). Il a tout d'abord regretté l'absence de recours à un interprète, alors que les experts avaient unanimement reconnu le faible degré de compréhension et d'expression en français de l'expertisée. Sous l'angle psychiatrique, il a noté la présence d'un épisode dépressif moyen non traité, impliquant un état de santé non stabilisé tant qu'un traitement n'était pas mis en route. Mais c'est surtout à l'égard de l'expertise neuropsychologique qu'il a formulé des critiques: il relève que cet expert est le seul à ne pas avoir relevé la démonstrativité et les incohérences de l'assurée; il ajoute que les troubles, bien que qualifiés de modérés, ont néanmoins un impact majeur sur la capacité de travail. Le médecin SMR en conclut que "les conclusions consensuelles de l'expertise, reposant sur l'exigibilité fixée par le neuropsychologue, ne peuvent être validées sous l'angle de la médecine des assurances". Compte tenu également de la présence d'un épisode dépressif moyen non traité pouvant contribuer au ralentissement psychomoteur et au trouble attentionnel, il propose "une prise en charge psychiatrique avec traitement antidépresseur léger et une réévaluation psychiatrique et neuropsychologique avec tests de validation de symptômes après 6 mois de traitement". Les précisions apportées par le Dr M. _____ (dossier AI p. 1527) à la demande de l'OAI n'ont pas modifié la position du médecin SMR, pour qui les arguments restaient "flous et peu convaincants", et donc "inacceptables sous l'angle de la médecine des assurances" (dossier AI p. 1530). 5.5. C'est ce qui conduira l'OAI à mettre sur pied une nouvelle expertise psychiatrique auprès du Dr N. _____, spécialiste en la matière, doublée d'un volet neuropsychologique confié à la neuropsychologue O. _____. Cette dernière a remis son rapport le 31 août 2021 (dossier AI p. 1660) tandis que l'expert psychiatre a remis le sien le 9 décembre 2021 (dossier AI p. 1701).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 25 Après avoir présenté en détail l'historique médical, le Dr N. _____ procède à la synthèse du dossier, puis à l'entretien avec l'expertisée. Sur la base de ses observations lors dudit entretien, il ne retient aucun diagnostic susceptible d'influencer la capacité de travail et admet l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations somatiques, depuis au moins 2009. Divers axes ont été explorés (trouble dépressif, somatisation, trouble de la personnalité), sans qu'aucun n'atteigne toutefois un degré suffisamment grave pour atteindre un seuil pathologique. Il relève en particulier l'absence de symptomatologie dépressive durable et cliniquement significative, notant au passage une concordance avec les constats émis par de précédents experts ainsi qu'avec l'enquêtrice sur le ménage, en 2018. Il revient ensuite sur l'avis de l'expert L. _____, le seul qui diverge réellement en retenant un diagnostic d'épisode dépressif moyen évoluant depuis la naissance de son dernier fils le 24 juin 1988. Le Dr N. _____ relève tout d'abord "un certain nombre d'inexactitudes et d'informations erronées" pour ensuite relativiser les conclusions de son confrère, constatant "une discordance manifeste entre ce qu'il décrit et les conclusions qu'il en infère" et

recommandant de ne pas y accorder de valeur probante. Il se réfère finalement à l'avis de la neuropsychologue O. _____, laquelle ne retient pas de déficit neuropsychologique spécifique et confirme une tendance à la dramatisation et à l'amplification, ainsi que de nombreuses incohérences. Compte tenu également de bonnes capacités de résilience présentées par l'assurée, l'expert considère en substance que sa situation "est surtout déterminée par des facteurs extra- médicaux", avec un surinvestissement dans les plaintes somatiques. 5.6. Parallèlement à cette démarche, l'assurée a insisté pour que la composante rhumatologique fasse l'objet d'une nouvelle expertise, s'appuyant en cela notamment sur des rapports du Dr U. _____ du 26 août 2020 (dossier AI p. 1593) et de la Dre P. _____ du 18 juin 2021 (dossier AI p. 1648). Le premier cité relevait que la polyarthrite séronégative avait été évoquée sur la liste de diagnostics dans deux lettres du service de rhumatologie de V. _____ en 2016 et en 2017, sans réapparaître par la suite. Il constatait que, "depuis 2016, elle présente une valeur de laboratoire, la vitesse de sédimentation (VS) trop élevée sans autres anomalies aux examens de laboratoire" qui, associée à une symptomatologie polyalgique, était caractéristique du diagnostic de polymyalgia rheumatica. Il ajoutait qu'aucun autre examen ne permettait de diagnostiquer cette maladie et qu'il avait mis en place un traitement en décembre 2019 (doses dégressives de prednisone), avec un effet favorable sur les douleurs et la VS. Sur demande du mandataire de la recourante, le généraliste traitant a en outre indiqué que les experts de H. _____ avaient ignoré ce diagnostic, alors qu'il entraînait de nombreuses limitations (douleurs, raideurs, limitation de la mobilité) et une incapacité de travail de 80% (dossier AI p. 1595). La Dre P. _____ mentionnait plusieurs diagnostics qui n'avaient pas été retenus par les experts de H. _____: polyarthrite séronégative, lombalgies basses chroniques d'horaires mixtes, syndrome inflammatoire biologique chronique, pieds plats avec ténosynovite, omalgies gauches chroniques en exacerbation après un accident, nodule pulmonaire. Selon elle, il n'y avait "aucun doute que cette patiente souffre d'une polyarthrite séronégative puisqu'elle présente des plaintes inflammatoires périphériques typiques avec des synovites mises en évidence cliniquement et à l'échographie réalisée à plusieurs reprises. De plus, l'IRM des mains des deux côtés du 12 avril 2017 a bien mis en évidence des signes très évocateurs d'un processus inflammatoire articulaire. La patiente présente par ailleurs un syndrome inflammatoire biologique important sur les différents bilans sanguins des derniers contrôles". Elle se distanciant en revanche du diagnostic retenu par le Dr U. _____: "Actuellement, la patiente ne présente pas de clinique typique d'une polymyalgia

Tribunal cantonal TC Page 14 de 25 rheumatica d'autant plus que le syndrome inflammatoire biologique persiste malgré les corticoïdes ce qui n'est pas typique". Elle concluait à une incapacité totale de travail en raison des multiples problématiques en présence. Le médecin SMR a toutefois estimé que ces documents ne justifiaient pas la mise sur pied d'une nouvelle expertise rhumatologique (dossier AI p. 1612 et 1693). Il relevait en particulier le fait que, pour fonder son diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative, la Dre P. _____ se référait à une IRM de 2017, laquelle avait été dûment discutée et prise en compte par les experts en rhumatologie, en février 2018 et avril 2020. Il retenait en substance que les diagnostics posés par cette rhumatologue étaient connus de longue date et que l'incapacité de travail qu'elle en tirait résultait en réalité d'une interprétation différente de la situation, basée essentiellement sur les plaintes de sa patiente. 5.7. Le 16 décembre 2021 (dossier AI p. 1784), le psychiatre SMR W. _____ a pris position à l'égard des expertises du Dr N. _____ et de la neuropsychologue O. _____. Au terme d'une analyse circonstanciée, il leur a accordé pleine valeur probante et a par conséquent confirmé

que l'assurée présentait, de ce point de vue, une capacité de travail entière dans toute activité adaptée à ses limitations physiques. Se référant ensuite aux expertises réalisées précédemment sur le plan somatique, il a constaté qu'elles avaient retenu une capacité de travail entière avec un rendement diminué de 30% en raison de limitations orthopédiques et rhumatologiques (nécessité de temps pour les changements de position et pour la récupération; neuropathie de la main gauche). C'est sur cette appréciation que s'est basé l'OAI pour rendre sa décision du 23 mai 2022 (dossier AI p. 1816). En application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, il est parvenu à un degré d'invalidité de 28%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente à la recourante. 5.8. A l'appui de son recours, la recourante a encore déposé différents documents médicaux établis entre février 2019 et mai 2022. Il s'agit, en résumé, de trois rapports de la Dre P. _____, dont un rapport détaillé du 4 décembre 2021 (dossier AI p. 1867), ainsi que de cinq rapports de consultation au sein de différents départements de V. _____ (team Main-poignets du 10 août 2020, team Rachis du 8 juin 2021, team Epaule-coude du 12 mai et du 8 juillet 2021, team Genou du 16 mai 2022). Au niveau du rachis, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, retient, le 8 juin 2021, que "le cadre clinique actuel parle très peu pour une éventuelle composante radiculaire concernant la douleur au membre supérieur, étant donné l'existence d'une IRM cervicale de 2017 qui ne mettait pas en évidence de discopathie avancée, ni de rétrécissement foraminaux, mais on considère tout à fait cohérent d'effectuer un nouveau bilan d'imagerie par IRM pour exclure le développement d'un conflit radiculaire entre-temps. En même temps, la douleur au niveau de la nuque peut être liée à un cadre arthrosique au niveau des articulations cervicales et le bilan pourra nous aider à dépister cela [...]". Concernant les mains et poignets, le Dr Y. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, indique, le 10 août 2020, une entorse sévère au pouce et au majeur, liée à une chute survenue en janvier 2020, pour laquelle des traitements sont prescrits (attelle, bandage, ergothérapie). "Pour les douleurs neuropathiques après cure du tunnel carpien, nous allons retrouver l'ENMG. Nous l'informons qu'à 4 ans post-opératoires, même avec de l'ergothérapie intensive et avec des séances chez Z. _____, nous ne pouvons pas garantir une proposition de

Tribunal cantonal TC Page 15 de 25 traitement. Le plus important est d'exclure une persistance du syndrome tunnel carpien suite à une incision incomplète." S'agissant des épaules et des coudes, le Dr AA. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, indique, dans un rapport du 8 juillet 2021, qu'une infiltration de cortisone a été tentée le 14 mai précédent pour juguler les douleurs dont se plaignait l'assurée à l'épaule gauche. Celle-là a toutefois décrit une réaction allergique et l'absence d'effet bénéfique quant aux douleurs. "Elle se plaint tantôt de l'épaule G, tantôt du poignet, tantôt de la nuque pour laquelle elle est suivi[e] au team spine et pour laquelle une IRM a été demandée, examen que la patiente a annulé car elle se plaint également de devoir chercher ses mots plus que d'habitude et souhaite d'abord éclaircir ce point avec son médecin traitant". Au status, "l'examen clinique reste superposable au précédent. Concernant l'attitude sur les douleurs aux membres supérieurs G, il peut s'agir d'une origine mixte sur des douleurs neuropathiques, éventuellement associées à un problème cervical puisqu'il y a eu une péjoration suite à l'accident sur la voie publique en janvier 2020. Concernant l'arthériopathie AC où les douleurs localisées en l'absence de réponse positive à une infiltration, un geste chirurgical n'est pas indiqué". Quant aux genoux, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, constate, le 16 mai 2022, que le status est superposable au précédent. Il propose de "poursuivre le traitement conservateur avec antalgique, renforcement musculaire

et de porter des attelles dès que possible afin de stabiliser au maximum les deux genoux dans le plan frontal". Selon lui, une nouvelle intervention serait la meilleure chose à faire, mais compte tenu de l'opposition de la patiente et de son âge, cette éventualité est repoussée au plus tard possible. Finalement, dans son rapport du 4 décembre 2021, la Dre P. _____ retient une longue liste de diagnostics et se détermine au sujet de certains d'entre eux. S'agissant de la polyarthrite séronégative, elle relève que l'assurée suit des traitements qui "semblent être efficaces avec moins de crises de douleurs articulaires". Elle évoque des troubles statiques sévères des pieds de type pieds plats avec valgus de l'arrière pied; une IRM de janvier 2021 a mis en évidence une ténosynovite, mais "malheureusement, les semelles orthopédiques n'ont pas été faites (problèmes financiers)". Concernant ensuite les lombalgies basses chroniques d'horaires mixtes, elle constate qu'une infiltration en janvier 2021 avait apporté un certain soulagement, mais que la patiente ne s'est pas présentée aux rendez-vous de suivis en antalgie. Enfin, concernant le syndrome douloureux complexe multifocal, elle relève que l'assurée "présente de multiples plaintes touchant l'épaule G, le bras gauche, les genoux ddc et le rachis dont les caractéristiques sont toujours très difficiles à préciser", ainsi qu'un status souvent peu contributif, une exacerbation globale des douleurs et un échec des traitements antalgiques. 5.9. A l'appui de ses contre-observations du 28 novembre 2022, la recourante a fourni d'autres documents médicaux: une réponse du 13 octobre 2022 de la Dre P. _____ à un questionnaire adressé par le mandataire de la recourante, une réponse du 3 novembre 2022 du Dr Q. _____ à un questionnaire adressé par ce même mandataire, ainsi que six rapports radiologiques (IRM cervicale du 24 mars 2017; IRM de la main droite du 12 avril 2017; radiographies mains/pieds et IRM de la cheville gauche du 19 janvier 2021; IRM lombaire et du rachis cervical du 21 juillet 2022). Dans sa réponse, la Dre P. _____ indique avoir été consultée à 4 reprises par l'assurée entre novembre 2021 et juillet 2022. Interrogée sur la présence d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative et d'un syndrome inflammatoire, elle en confirme l'existence (arthralgies inflammatoires avec synovites et syndrome inflammatoire biologique présent aux bilans sanguins), ce qui limite la

Tribunal cantonal TC Page 16 de 25 capacité de travail à raison de 2-3 heures par jour avec rendement diminué de moitié en raison de tous ses problèmes de santé. Différents symptômes sont allégués: arthralgies inflammatoires, raideur matinale, fatigue, limitation dans les mouvements fins. S'agissant des traitements (Méthotrexate et Acterma), elle indique que leur interruption est liée à une perturbation du bilan hépatique et que l'absence de réponse "n'exclut en aucun cas le diagnostic de rhumatisme inflammatoire", ajoutant qu'aucun traitement n'est efficace à 100%. Les nouveaux traitements mis en place dès la fin avril 2021 sont partiellement efficaces, avec une diminution de l'activité de la maladie, démontrant selon elle la présence de la polyarthrite rhumatoïde séronégative; la rhumatologue précise toutefois que l'incapacité de travail est due à de multiples facteurs. Concernant la présence d'une atteinte érosive, elle en confirme la présence, en se référant à l'avis de ses collègues radiologues, contrairement à l'avis de l'expert J. _____. S'agissant enfin des contrôles sanguins, la Dre P. _____ renvoie aux différents bilans de contrôle indiquant une augmentation des valeurs CRP et VS, tout en précisant que le traitement Acterma induit une normalisation de ces valeurs. Quant au Dr Q. _____, interrogé au sujet des conclusions de l'expertise de H. _____ portant sur les genoux, il indique que l'assurée l'a consultée à 5 reprises entre janvier et novembre 2022. Il partage l'avis du Dr K. _____ quant à la stabilité des genoux et à l'absence de descellement des prothèses. Il estime que les douleurs peuvent être liées à un "déséquilibre ligamentaire sur l'implantation

des prothèses ou suite à l'implantation". Il partage implicitement l'avis du Dr J. _____, relevant l'absence de problème anatomique en tant que tel et la présence d'une prothèse "en place bien alignée" et sans descèlement. Selon lui, ces troubles limitent grandement la capacité de travail de même que le rendement dans une activité adaptée, avec 10 à 15 minutes de marche possible avant repos impliquant un poste sédentaire devant limiter grandement les déplacements. L'instabilité frontale des deux genoux entraînent "un besoin métabolique augmenté et provoquent d'importantes douleurs invalidantes". 5.10. Dans le cadre d'une détermination spontanée du 28 décembre 2022, la recourante a déposé une réponse du 9 décembre 2022 de la Dre P. _____ au questionnaire adressé par le mandataire de la recourante, ainsi que trois rapports d'IRM (IRM lombaire du 15 décembre 2020; IRM lombaire et du rachis cervical du 21 juillet 2022). Dans son rapport détaillé, celle-ci prend position au sujet de l'absence de canal lombaire rétréci et de signe de compression radiculaire retenu par les experts de H. _____. Tout admettant des difficultés à établir l'anamnèse de l'assurée, elle relève la présence de symptômes (fatigue douloureuse), ainsi que de "trouvailles radiologiques [qui] peuvent expliquer en partie la symptomatologie de la patiente". S'agissant de l'absence de substrat anatomique des lombosciatalgies chroniques, la Dre P. _____ admet qu'"il n'y a pas de compression radiculaire claire décrite sur les imageries", ajoutant que les douleurs lombaires basses irradiant dans les membres inférieurs ne sont "pas en lien avec une compression radiculaire, mais avec un canal lombaire rétr[é]ci débutant et un syndrome facettaire L5-S1 dans un contexte d'arthrose postérieure inférieure bilatérale". Se prononçant ensuite sur une IRM cervicale effectuée le 21 juillet 2022, elle confirme l'existence de discopathies avec protrusion et d'une uncodiscarthrose, mais précise que "ces troubles sont rest[és] plus ou moins stables" par rapport à l'IRM du 22 mars 2017. En conclusion, elle estime que les troubles lombaires et cervicaux limitent la capacité de travail de l'assurée et qu'une activité à raison de 2 heures par jour est exigible, avec rendement clairement diminué (mais non précisé).

Tribunal cantonal TC Page 17 de 25 6. Amenée à statuer dans cet épineux dossier, la Cour de céans relève à titre préliminaire qu'il porte sur une demande déposée en 2017 déjà, ce dont il convient de tenir compte dans le cadre de l'examen. En d'autres termes, il convient dans la mesure du possible d'éviter qu'il ne s'enlise encore plus. Cela étant, elle constate que ledit dossier se trouve au confluent de différentes problématiques: A l'origine, le renvoi de l'affaire par le Tribunal de céans, en avril 2019, portait principalement sur la nécessité d'examiner l'évolution de l'atteinte inflammatoire diagnostiquée par l'expert F. _____ (polyarthrite rhumatoïde séronégative) un peu plus d'une année plus tôt. C'est ce qui a conduit l'OAI à diligenter une expertise pluridisciplinaire auprès de H. _____, où les experts retiendront, sous l'angle strictement somatique, une capacité de travail entière, avec baisse de rendement de 20 à 30%, dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles. Suite à cette expertise, un différend est survenu quant à la validité des conclusions du neuropsychologue M. _____, lequel admettait une capacité de travail de 60% dans un cadre protégé. L'OAI, respectivement son médecin SMR, n'a pas été convaincu par ce point de vue, ce qui a conduit, malgré l'opposition de la recourante, à la mise sur pied d'une nouvelle expertise psychiatrique et neuropsychologique, laquelle a conclu à l'absence d'atteinte invalidante. La recourante estime que l'OAI n'a pas fourni de motifs suffisants justifiant de privilégier l'avis de la neuropsychologue O. _____ par rapport à celui du Dr M. _____, ajoutant au passage que la précitée n'est pas médecin et qu'elle a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur une éventuelle incapacité de

travail. Le litige porte également sur la nécessité d'une nouvelle expertise rhumatologique: la recourante se fonde sur les (très nombreux) rapports remis tout au long de la procédure, démontrant selon elle que les conclusions des experts de H._____ ne sont pas/plus probantes et qu'un nouvel examen se justifie. Cela concerne d'une part le caractère invalidant de l'atteinte inflammatoire, et d'autre part l'impact sur le rendement de divers troubles (colonne lombaire, la colonne cervicale, mains et genoux). L'assurée reproche en substance aux experts précités d'avoir ignoré plusieurs éléments de nature clinique et diagnostique justifiant une incapacité totale de travail. La recourante déplore en outre l'absence de discussion consensuelle entre les experts en psychiatrie et ceux chargés des volets somatiques. Dans ce contexte, elle relève que la Dre P._____ atteste la présence d'une atteinte inflammatoire susceptible d'expliquer les douleurs dont elle souffre, ce qui exclut le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme et/ou une majoration des symptômes retenus par l'expert en psychiatrie, respectivement celui de fibromyalgie, qui avait été écarté par le précédent expert en psychiatrie. Finalement, elle demande à ce que le début du droit à la rente soit fixé aux 1er janvier 2017, et non au 1er octobre 2017. 7. En ce qui concerne l'évolution de l'atteinte inflammatoire, la Cour de céans relève ce qui suit: 7.1. L'expertise du Dr F._____, réalisée au début 2018, constitue un bon point de départ à cet égard. Cet expert s'est en effet prononcé de manière circonstanciée sur la situation rhumatologique globale de l'assurée, ainsi que sur la question de la présence d'une atteinte inflammatoire en particulier. En introduction de sa discussion des diagnostics, celui-ci relève que "la

Tribunal cantonal TC Page 18 de 25 présente expertise, sur le plan général ne relève rien de nouveau". Il ressort d'une relecture attentive de ce document qu'il a fait preuve d'une extrême prudence, voire même a exprimé sa perplexité lors de l'examen de la recourante. S'il a effectivement mentionné la polyarthrite rhumatoïde dans la liste des diagnostics figurant au terme de son expertise, il ne l'a fait qu'avec une extrême retenue. Rappelant que cette atteinte avait été mise en lumière dans le cadre d'une hospitalisation intervenue en avril 2017 dans le service de rhumatologie de V._____, il a relevé la présence de signes troublants à l'examen clinique. "Ces constatations, qui contrastent avec le reste du status, n'empêchent pas qu'il existe quelques présomptions témoignant en faveur d'une PR séronégative, mais pas de certitude absolue. Le diagnostic repose en grande partie sur l'IRM des mains du 12.04.2017 que nous n'avons pas eu[e] à disposition et qui montre quelques stigmates d'un rhumatisme inflammatoire". Il ajoutait plus loin que "la PR séronégative n'est pour le moment qu'une sérieuse suspicion que le traitement d'épreuve doit confirmer. En effet, son activité biologique est modérée: la VS et la CRP ne sont pas très élevées, il n'y a ni anémie, ni thrombocytose, la scintigraphie osseuse ne montre aucune image suspecte sur le squelette. L'évaluation du traitement ne sera pas facile d'autant plus qu'un traitement a déjà été abandonné faute d'efficacité". C'est dans ce cadre pour le moins flou que le Dr F._____ a recommandé de poursuivre le traitement récemment mis en place (i.e. Actemra) et d'en évaluer les effets dans un délai de 6 mois, tout en précisant qu'"en cas d'échec du traitement d'épreuve, le diagnostic devra[it] être reconsidéré". Il a néanmoins admis qu'en l'état, ce diagnostic empêchait l'exercice d'une activité lucrative et a dès lors attesté d'une incapacité de travail totale depuis janvier 2017, en attendant de connaître le résultat du traitement d'épreuve. Il a en outre évoqué certaines limitations fonctionnelles en lien avec le rachis (pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de ports réguliers de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc) et des genoux (pas de genuflexions répétées, pas de

franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers). Il importe en outre de relever que l'expert a relevé à plusieurs reprises des notions de majoration des symptômes et de démonstrativité, ainsi que de collaboration douteuse. En particulier, dans le chapitre consacré à la cohérence (p. 41-42 de l'expertise), le Dr F. _____ a émis "une réserve sur l'importance, la cohérence et la persistance des plaintes formulées". La Cour constate que des éléments similaires parsèment tout le dossier de l'assurée. 7.2. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le rapport d'expertise de H. _____ en général, et son volet rhumatologique en particulier (dossier AI p. 1479), fait écho aux constatations du Dr F. _____. Le Dr J. _____ retient en effet que "les traitements de la polyarthrite rhumatoïde séronégative doivent être abandonnés car le peu de critères diagnostiques et la non efficacité des traitements remettent en question ce diagnostic". Cette conclusion se base sur le résultat de son examen: "Au cours de l'expertise de ce jour, on ne retrouve aucun signe d'arthrite périphérique, il n'y a pas de synovites, l'expertisée présente des douleurs quel que soit l'endroit examiné, avec une grande démonstrativité. L'existence d'une polyarthrite séronégative avec de faibles synovites et un syndrome inflammatoire peu élevé, résistante au Méthotrexate et à l'Actemra, n'est pas réaliste. En effet, l'indication de l'Actemra est, en général, une polyarthrite séropositive avec un potentiel de destruction important et des signes de gravité, ce qui n'est pas le cas de l'expertisée". Il admet en revanche l'existence d'une neuropathie de la main gauche, justifiant une diminution de 30% du rendement, la capacité de travail étant pour le surplus considérée comme totale dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 25 Globalement, cet expert a pris en considération le parcours et les plaintes de l'assurée, établi son anamnèse de manière détaillée, puis procédé à l'examen clinique. Avant de procéder à l'évaluation, il a pris soin de résumer l'évolution médicale jusqu'au moment de l'expertise. 7.3. Il reste encore à examiner si les arguments soulevés par la recourante dans le cadre de son recours justifient de s'écarter des conclusions précitées. Cela concerne en particulier les rapports établis par la Dre P. _____ qui, tout au long de la procédure, s'est attachée à confirmer la présence d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative invalidante. A l'aune des avis, détaillés et documentés, émis par le Dr F. _____ puis par le Dr J. _____, force est de constater que si des éléments allant dans le sens d'un tel diagnostic sont bel et bien présents (synovites, élévation de la VS et de la CRP, atteinte érosive), il demeure néanmoins une importante part d'incertitude quant à savoir s'ils sont suffisants pour que ledit diagnostic puisse effectivement être retenu, respectivement s'il impacte effectivement la capacité de travail de l'assurée. Le fait de savoir si l'échec du traitement par Actemra constitue un indice excluant le diagnostic litigieux, comme le prétend l'expert J. _____, ou si l'absence de réponse "n'exclut en aucun cas le diagnostic de rhumatisme inflammatoire", comme le défend la Dre P. _____, doit être envisagé à l'aune des explications de l'expert F. _____, lequel présageait que cela constituerait un indice remettant sérieusement en question le diagnostic discuté ("la PR séronégative, n'est pour le moment qu'une sérieuse suspicion que le traitement d'épreuve doit confirmer"; "En cas de nouvel échec, étant donné qu'il s'agit d'un traitement d'épreuve, l'indication à un nouveau traitement de fonds ne nous apparaît pas raisonnable"). Dans la mesure où, dans son dernier rapport (cf. supra consid. 5.8), elle prétend que les nouveaux traitements mis en place dès la fin avril 2021 sont partiellement efficaces, avec une diminution de l'activité de la maladie, en vue de démontrer la présence de ce diagnostic, elle est malvenue d'invoquer le fait que l'absence de réponse à l'Actemra ne prouve pour sa part pas l'absence de polyarthrite rhumatoïde séronégative, dans le but de

contredire l'expert précité. Dans le même ordre d'idées, les signes objectifs auxquels se réfère la recourante, respectivement la Dr P. _____, pour tenter d'asseoir ce diagnostic doivent être relativisés. Dans son rapport du

E. 18

juin 2021, celle-ci indique par exemple qu'"il n'y a aucun doute que cette patiente souffre d'une polyarthrite séronégative puisqu'elle présente des plaintes inflammatoires périphériques typiques avec des synovites mises en évidence cliniquement et à l'échographie réalisée à plusieurs reprises. De plus, l'IRM des mains des deux côtés du 12 avril 2017 a bien mis en évidence des signes très évocateurs d'un processus inflammatoire articulaire. La patiente présente par ailleurs un syndrome inflammatoire biologique important sur les différents bilans sanguins des derniers contrôles". Or, comme mentionné précédemment, l'expert F. _____ était extrêmement circonspect en 2018 déjà, relevant notamment que l'activité biologique était alors modérée et que les éléments à disposition étaient loin de garantir la présence de cette atteinte. En juin 2021, la rhumatologue traitante mentionne la présence de synovites à plusieurs articulations ainsi que de divers signes d'érosion. Il appert cependant que la plupart de ces éléments était déjà présent dans le rapport d'hospitalisation du mois d'avril 2017 (dossier AI p. 1157) et que la radiographie effectuée en janvier 2021 ne met en évidence qu'une "minime zone érosive" et d'une "minime zone ostéolytique", ce qui est peu propice à démontrer la survenance d'une aggravation significative de la situation entre-temps. D'ailleurs, la Dre P. _____ conclut prudemment à un "aspect très évocateur d'une atteinte inflammatoire érosive rhumatismale", laissant entendre que le cas n'est pas aussi clair qu'il n'y paraît.

Tribunal cantonal TC Page 20 de 25 On constate en outre que la Dre P. _____ n'évalue pas l'impact spécifique de cette atteinte sur la capacité de travail de la recourante, et ne fait qu'apprécier l'ensemble des (nombreuses) pathologies pour retenir une importante incapacité de travail. De ce point de vue, l'expertise de H. _____ présente l'avantage, non négligeable, d'envisager la problématique de manière globale et coordonnée. Finalement, la difficulté notoire à poser le diagnostic litigieux ainsi que les très nombreux facteurs de surcharge présents au dossier, rappelés à réitérées reprises tout au long du dossier, achèvent de convaincre la Cour que les griefs formulés par la recourante ne justifient pas de s'écarter des conclusions des experts en rapport avec l'atteinte rhumatismale inflammatoire. 8.

Concernant les autres aspects relevant du volet rhumatologique, la Cour relève ce qui suit:

8.1. L'expertise du Dr F. _____ constitue, là encore, un point de départ intéressant:

"L'examen de l'appareil locomoteur, réalisé en présence d'un seul signe comportemental de Waddell et Hoover, montre surtout une dysbalance musculaire avec une bascule antérieure du bassin sur hypotonie abdominale et rétraction des ischio-jambiers. La mobilité est limitée par la douleur alors que le redressement, indolore, s'effectue sans l'aide des mains. Le status neurologique, à l'exception d'une meralgie paresthésique droite déjà présente en juin 2009, ne laisse apparaître aucun déficit moteur ou sensitif significatif. L'IRM lombaire du 20.04.2016 ne montre que de discrètes altérations dégénératives modérées sans conflit disco-radulaire manifeste. La petite hernie discale décrite une fois en L4-L5 est à gauche alors que la sciatalgie, sans territoire radulaire spécifique, est à droite. On est donc en présence d'une lombo-sciatalgie chronique sans substrat anatomique susceptible d'en expliquer l'intensité alléguée et sa persistance. La colonne cervicale quant à elle n'est limitée que dans la flexion/extension, par la douleur, avec une distance mento-sternale: en flexion 3 cm, en extension 13 cm, douloureuse en fin d'amplitude. L'imagerie, ne montrant

que des lésions dégénératives modérées, sans atteinte nerveuse, peut être considérée comme normale pour l'âge du sujet. Aussi, les cervicalgies alléguées découlent d'un syndrome douloureux chronique sans substrat anatomique susceptible de l'expliquer. En conséquence, cervicalgies et lombalgies n'entraînent pas de limitations fonctionnelles particulières et n'ont pas de réelle incidence sur la capacité de travail". 8.2. Ce point de vue est en soi largement partagé par les experts de H. _____ : Dans son rapport d'expertise orthopédique (dossier AI p. 1466), le Dr K. _____ admet en effet qu'il n'y a pas forcément d'incohérence entre les plaintes, les examens et les diagnostics, mais se déclare néanmoins surpris par l'intensité des douleurs évoquées, notamment aux genoux. Selon lui, l'absence de ressources ainsi que le fait que l'assurée se soit installée dans un statut d'invalidé représente "certainement un obstacle majeur à une reprise d'activité". D'après lui, sur le plan orthopédique uniquement, dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 80%, soit 100% horaire avec une diminution de rendement de 20%, nécessaire pour permettre à l'expertisée d'observer des temps de changement de position et de récupération. Quant au Dr J. _____, outre la problématique inflammatoire déjà examinée plus haut (consid. 7.2), il retient, lui aussi, une situation ne présentant pas une gravité particulière sur le plan rhumatologique: "La prothèse totale du genou gauche est en place et a été contrôlée radiologiquement à plusieurs reprises. Cette douleur ne semble pas avoir de support anatomique précis. L'ostéotomie de valgisation du genou droit a été suivie de l'implantation d'une prothèse totale

Tribunal cantonal TC Page 21 de 25 dont la date n'est pas précisée dans le dossier à notre disposition, sans changement notable de l'état douloureux. Elle présente une neuropathie de la main gauche secondaire à la chirurgie du canal carpien, ce diagnostic semble incontestable, même si les manifestations présentées par l'expertisée sont exagérées. Les antidépresseurs tricycliques [...], à condition que ces produits soient bien tolérés, peuvent amener un soulagement des douleurs, de même que la stimulation neurologique transcutanée (TENS). Une perte de poids serait probablement salutaire pour améliorer la mobilité et diminuer les douleurs des genoux". Il admet une baisse de rendement de 30% depuis février 2016 sur une capacité de 100% depuis toujours, "pour tenir compte de la neuropathie de la main gauche". 8.3. S'agissant des rapports remis par les différents spécialistes qui suivent l'assurée, il convient de relever ce qui suit: Au sujet des rachialgies, la Dre P. _____ peine à fournir des éléments pouvant sérieusement justifier de s'écarter de l'avis des experts. Le 9 décembre 2022, elle admet qu'il n'y a pas de compression radiculaire claire sur les imageries et impute les douleurs lombaires basses irradiant dans les membres inférieurs à un canal lombaire rétréci débutant et à un syndrome facettaire L5-S1 dans un contexte d'arthrose postérieure inférieure bilatérale. Ce faisant, elle se fonde sur les douleurs alléguées par sa patiente ainsi que sur des "trouvailles radiologiques" pouvant expliquer "en partie" la symptomatologie. Dans la mesure où, se fondant sur une IRM récente, elle indique que les troubles cervicaux sont restés plus ou moins stables par rapport à l'IRM du 22 mars 2017, il convient de retenir que la situation n'a pas connu d'évolution significative entretemps et qu'il s'agit bien plutôt d'une appréciation différente d'un état de fait demeuré inchangé. Le constat est le même s'agissant des genoux: Le Dr Q. _____ ne s'écarte pas fondamentalement de l'avis du Dr K. _____ quant à la stabilité des genoux et à l'absence de descellement des prothèses. Quand bien même il relève que cette atteinte entraîne certaines limitations, ces dernières correspondent en substance à celles évoquées par l'expert et elles n'empêchent certainement pas l'exercice d'une activité adaptée, à condition de limiter les déplacements. A tout le moins ne justifient-elles pas une diminution

significative de la capacité de travail. Concernant les mains et les épaules, les rapports du Dr X. _____ et du Dr AA. _____ ne sont que peu contributifs. Le premier estime une éventuelle composante radiculaire concernant la douleur au membre supérieur comme peu probable, mais propose néanmoins de procéder à un nouveau bilan d'imagerie par IRM, afin d'écarter la présence d'une aggravation depuis 2017. Le second évoque une situation clinique inchangée, se contentant d'envisager l'hypothèse d'une origine mixte sur des douleurs neuropathiques, soit une conclusion concordant avec celle de l'expert J. _____, lequel a admis une diminution de la capacité de travail en raison d'une neuropathie limitant l'usage de la main gauche. Quant au Dr Y. _____, il se détermine de manière très générale sur la situation au niveau du tunnel carpien, sans qu'il ne soit possible d'en tirer de réelle conclusion. Quant à l'existence d'un syndrome douloureux multifocal diffus, évoquée à diverses reprises, elle a été suspectée par l'expert F. _____ ("A. _____ est tout de même soupçonnée de présenter un syndrome douloureux diffus multi-focal d'origine indéterminée prédominant aux membres supérieurs et à la région lombaire"). Le Dr J. _____ a toutefois retenu que l'"on ne peut pas poser le diagnostic de fibromyalgie, étant donné la diffusion des douleurs, l'exagération et la démonstrativité". Quant à l'expert en psychiatrie, il retient bien la présence d'un trouble à symptomatologie somatique, avec douleurs prédominantes, chronique, léger, de type somatoforme

Tribunal cantonal TC Page 22 de 25 douloureux persistant (F54.4), auquel il dénie toutefois tout caractère invalidant, compte tenu notamment de l'absence de comorbidité, et en particulier de "symptomatologie dépressive cliniquement significative", de même qu'à défaut de répercussion majeure du trouble douloureux sur les tâches domestiques simples, ainsi que sur sa capacité à s'organiser et à mener une vie sociale. La recourante écarte d'ailleurs elle-même ce diagnostic, attribuant l'origine de ses douleurs à la polyarthrite séronégative et au syndrome inflammatoire biologique, "et non pas [à] une prétendue fibromyalgie [ou à] une prétendue majoration de symptômes". On constate en outre que ces rapports ne se prononcent pas clairement sur l'impact des atteintes sur la capacité de travail de l'assurée, en tous les cas pas de manière coordonnée. Il convient également de relever que l'intéressée a renoncé ou refusé plusieurs démarches thérapeutiques (le Dr AA. _____ mentionne que la patiente a annulé un examen IRM; la Dre P. _____ note que la patiente ne s'est pas présentée aux rendez-vous de suivi en antalgie, alors même qu'une infiltration avait apporté un certain soulagement, ou qu'elle n'a pas de semelles orthopédiques). Là encore, la présence d'éléments étrangers à l'invalidité semble influencer de manière prépondérante le tableau clinique, ce que résumait d'ailleurs déjà très bien le Dr F. _____ en 2018: "A. _____ souffre de plusieurs conditions morbides touchant l'appareil locomoteur, mais toujours, selon la lecture approfondie du dossier, en relation avec une réserve sur l'importance, la cohérence et la persistance des plaintes formulées. En effet, tous les intervenants, experts ou médecins hospitaliers s'accordent à admettre qu'il y a discordance entre l'importance des plaintes et les constatations objectives". En résumé, la Cour estime que les rapports médicaux remis en cours de procédure par la recourante (cf. supra consid. 5.7 à 5.9) ne parviennent pas à démontrer l'existence d'une aggravation substantielle et déterminante de son état de santé et donc, de s'écarter des conclusions, argumentées et cohérentes, des experts de H. _____. Une nouvelle expertise rhumatologique ne se justifie donc pas. 9. S'agissant du volet psychiatrique et neuropsychologique, la Cour se prononce comme suit: 9.1. Ainsi que cela a déjà été relevé dans le contexte de la décision incidente relative à la mise sur pied d'une nouvelle expertise psychiatrique et neuropsychologique (arrêt TC FR 608 2020 147 du 15 décembre 2020), il

existait des indices susceptibles de justifier une telle démarche, en particulier le constat d'une "divergence manifeste entre les conclusions du neuropsychologue d'un côté, et celles des autres experts de l'autre", laquelle se manifestait tant "dans l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée que dans le constat de l'attitude démonstrative de l'expertisée". La Cour avait également noté l'influence potentielle du trouble dépressif sur les symptômes neuropsychologiques, de même que l'absence d'informations au sujet de la discussion consensuelle entre les différents experts. Ces éléments gardent toute leur pertinence et viennent en cela renforcer le bien-fondé de l'examen neuropsychologique mené par O._____. D'emblée, il convient de préciser que le fait que celle-ci ne soit pas médecin n'enlève rien à la validité de son point de vue. Elle dispose d'une formation spécifique en la matière (psychologue titulaire du titre de spécialiste en neuropsychologie FSP et de celui d'experte neuropsychologue certifiée SIM) et satisfait ainsi aux critères prévus dans la lettre circulaire n° 367 de l'OAI. Surtout, ses conclusions ont été avalisées par un médecin, psychiatre, le Dr N._____, lequel a rappelé, en substance, que la neuropsychologue "ne retient pas de déficit neuropsychologique spécifique, puisqu'elle

Tribunal cantonal TC Page 23 de 25 atteste que la validation des symptômes montre une tendance à la dramatisation et à l'amplification, ainsi que de nombreuses incohérences". Sur le fond, l'examen neuropsychologique est par ailleurs complet: il comprend un rappel du contexte de l'expertise, une présentation détaillée de l'historique médical ainsi que le contenu de l'entretien qui a eu lieu avec l'assurée, dont il ressort en substance l'absence de plaintes cognitives. La neuropsychologue expose le résultat des différents tests réalisés, dont elle examine ensuite la cohérence. En résumé, elle retient que "l'examen neuropsychologique actuel met en évidence une assurée très plaintive sur le plan des douleurs présentant plusieurs incohérences dans ses performances et divers indicateurs de manque de validité des performances, ne permettant pas de retenir une quelconque atteinte neuropsychologique invalidante". Elle insiste en particulier sur la difficulté, alléguée par l'expertisée, d'utiliser ses mains pour passer les tests, dont elle relève l'incohérence: "Ces impossibilités de la main droite décrites par l'assurée qui estime initialement ne pas du tout pouvoir réaliser des tâches graphomotrices, sont non seulement incohérentes dans l'observation clinique, mais contrastent également avec le fait que l'assurée conduit régulièrement une voiture manuelle et qu'elle doit donc certainement régulièrement parvenir à changer les vitesses de son véhicule. La confrontation à cette observation contribue d'ailleurs à une impression d'amélioration de la motricité de la main droite dans la seconde partie de l'examen. Concernant la main gauche, les observations sont moins importantes du fait qu'il s'agit de la main non-dominante peu utilisée durant l'examen, mais parfois l'assurée affirme ne guère pouvoir même toucher un bouton-réponse d'un test informatisé ou tenir une feuille pour qu'elle ne glisse pas lors des tâches graphomotrices sans déclencher des douleurs, alors qu'à d'autres reprises elle manipule son téléphone de cette main. En plus de ces particularités sur le plan moteur, notons le fait que le ralentissement parfois sévère constaté aux tests, contraste avec le dynamisme observé dans les échanges verbaux de cette assurée vive et bien présente dans la relation". Elle mentionne également le fait que "les résultats aux tests neuropsychologiques présentent de légères incohérences cliniques, en particulier au niveau du profil mnésique". Aussi, quand bien même le résultat brut des tests évoque des performances insuffisantes au niveau cognitif, la spécialiste en conclut néanmoins que les résultats obtenus ne peuvent pas être considérés comme étant valides, "puisque ils sont évocateurs d'un manque d'effort fourni à l'examen et d'une majoration des symptômes", ce qui empêche de quantifier les éventuels troubles

neuropsychologiques et les ressources de cette assurée. Globalement, ce rapport est parfaitement convaincant, notamment du fait que ses conclusions sont largement compatibles non seulement avec celles du psychiatre, mais également avec celles des experts somaticiens. De ce point de vue, le résultat est bien plus cohérent que celui de la précédente expertise neuropsychologique, d'autant que la neuropsychologue fournit des observations quant aux différences de résultat par rapport à son confrère le Dr M. _____ (point 7.3 du rapport). C'est donc à bon droit que l'autorité intimée s'y est référée, de même qu'aux conclusions du Dr N. _____, qui ne font pas l'objet de critiques particulières dans le cadre du recours et qui correspondent, s'agissant en particulier de l'évaluation de la capacité de travail, à celles de l'expert en psychiatrie de H. _____. 9.2. La recourante soulève encore le fait qu'aucune discussion consensuelle n'est intervenue entre les experts de H. _____, d'un côté, et le Dr N. _____ et la neuropsychologue O. _____, de l'autre.

Tribunal cantonal TC Page 24 de 25 Sur le principe, il eût été préférable qu'une telle discussion ait eu lieu, conformément à la jurisprudence. Toutefois, dans la mesure où aucune atteinte invalidante n'a été retenue du point de vue psychiatrique et neuropsychologique, et du moment que les spécialistes de H. _____ se sont déterminés de manière coordonnée dans le cadre du volet somatique, la recherche d'un consensus entre les volets somatique et psychique n'était pas nécessaire, de sorte que l'on ne saurait reprocher au médecin SMR d'avoir procédé lui-même à l'évaluation globale. Cette lacune ne justifie ainsi pas de remettre en cause l'évaluation de la capacité de travail opérée par l'OAI pour fonder sa décision. C'est dès lors à bon droit que l'autorité intimée est parvenue à la conclusion que la recourante ne présente qu'une incapacité de travail partielle, de l'ordre de 30% tout au plus, et qu'elle a conclu à un taux d'invalidité de 28%, sur la base d'un calcul qui n'a pas été remis en question par celle-ci et qui ne prête pas le flanc à la critique. De ce fait, la question de la date du début du droit à la rente, également soulevée dans le recours, ne se pose pas. 10. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais versée le 19 juillet 2022. Pour le même motif, l'assurée n'a pas droit à des dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 25 de 25 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 25 avril 2023/mba La Présidente Le Greffier-rapporteur

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