

FR_GERICHTE 608 2022 38 vom 2. Februar 2023

FR Kantonsgericht, 2023-02-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2022_38

FR: FR_GERICHTE 608 2022 38 du 2 février 2023

IT: FR_GERICHTE 608 2022 38 del 2 febbraio 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 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.

E. 2.1

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). 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 linéaire (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 pas applicables ici dans la mesure où l'invalidité alléguée serait née avant cette date.

E. 2.2

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, 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. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 19 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).

E. 2.3

Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). On conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions

de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418).

E. 2.4

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux

Tribunal cantonal TC Page 6 de 19 d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond 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 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).

E. 2.5

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGA). En d'autres termes, dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation.

E. 2.6

L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance,

puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 19 médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). La tâche de l'expert consiste à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales. Il y a en effet lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). On ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

E. 2.7

En matière d'assurances sociales (cf. ATF 144 V 427 consid. 3.2; 139 V 176 consid. 5.3; 138 V 218 consid. 6; 140 III 610 consid. 4.1; 135 V 39 consid. 6.1), le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; ce degré suppose bien plutôt que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. Dit autrement, le seuil de ce degré de la vraisemblance prépondérante est atteinte si les motifs de tenir une allégation pour exacte sont, d'un point de vue objectif, tellement impérieux que les autres possibilités hypothétiques n'entrent pas sérieusement en considération. La simple possibilité d'un certain état de fait ne suffit pas pour remplir cette

exigence de preuve. Il n'y a donc pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré.

E. 2.8

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 19 Le droit de faire administrer des preuves suppose que le fait à prouver soit pertinent, que le moyen de preuve proposé soit nécessaire pour constater ce fait et que la demande soit présentée selon les formes et délais prescrits (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3). Cette garantie constitutionnelle n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les arrêts cités).

E. 2.9

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. Cette disposition est applicable par analogie, comme en l'espèce, en cas de nouvelle demande. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Dès lors, il peut y avoir également un changement fondant une révision dans le cas où un diagnostic est certes demeuré le même, mais que l'affection s'est modifiée dans son intensité et son influence sur la capacité de travail (cf. arrêt TF 8C_339/2001 du 25 août 2015 consid. 3.1 et les références). 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; 387 consid. 1b). Déterminer si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment, respectivement, de la décision initiale de rente ou de la dernière décision 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. 5.4), d'une part, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse, d'autre part (cf. ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 126 V 75 consid. 1b; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir

également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

E. 3.1

La recourante formule d'abord un grief formel relativement à l'expertise. Elle n'aurait aucune valeur probante, faute pour la psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP B. _____ d'en avoir signé le rapport du 8 juillet 2021 (cf. dos. OAI 706) ou souscrit à ses conclusions ultérieurement à son élaboration. Selon elle, cette neuropsychologue a en effet participé à l'expertise ordonnée par l'Office AI en tant que véritable experte puisqu'elle a pris connaissance du dossier complet, l'a examinée à deux reprises (les 3 et 7 mai 2021), lui a fait passer de nombreux tests, et a rédigé, le 2 juillet 2021, un rapport attestant un ralentissement, etc. Elle n'est ainsi manifestement pas intervenue comme simple auxiliaire, mais en qualité d'experte participant à titre principal à l'expertise. La décision attaquée doit ainsi être annulée.

E. 3.1.1

Selon l'art. 44 aLPGA (cf. ég. l'art. 44 al. 2 LPGA dans sa teneur actuelle), si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties; celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. La communication du nom de l'expert doit notamment permettre à l'assuré de reconnaître s'il s'agit d'une personne à l'encontre de laquelle il pourrait disposer d'un motif de récusation, et à l'assureur de vérifier que le mandat d'expertise soit accompli par des personnes qui

Tribunal cantonal TC Page 9 de 19 disposent des connaissances scientifiques et de l'indépendance requises en droit des assurances sociales (cf. ATF 146 V 9 consid. 4 et les références; arrêt TF 9C_440/2021 du 25 mars 2022 consid. 4.2 et les réf.). La substitution ou le transfert (même partiels) du mandat à un autre spécialiste suppose en principe l'autorisation de l'organe ou de la personne qui a mis en oeuvre l'expertise (arrêt TF 8C_596/2013 du 24 janvier 2014 consid. 6.1.2.1 et les références). Il est en effet essentiel que l'expert mandaté accomplisse personnellement les tâches fondamentales d'une expertise médicale en droit des assurances, puisqu'il a été mandaté précisément en raison de son savoir, de ses connaissances scientifiques spécifiques et de son indépendance. Font notamment partie des tâches fondamentales d'expertise, qui ne peuvent être déléguées, la prise de connaissance du dossier dans son ensemble et son analyse critique, l'examen de la personne soumise à l'expertise ou le travail intellectuel de réflexion portant sur l'appréciation du cas et les conclusions qui peuvent être tirées, cas échéant dans le cadre d'une discussion interdisciplinaire. L'obligation de l'assureur de donner connaissance du nom du médecin expert à l'assuré, avant le début de l'expertise, s'étend au nom du médecin qui est chargé par l'expert d'établir l'anamnèse de base de la personne soumise à l'expertise, d'analyser et de résumer le dossier médical ou de relire le rapport pour vérifier la pertinence de ses conclusions. Cette obligation d'exécuter personnellement le mandat d'expertise n'exclut cependant pas que l'expert recoure à l'assistance d'un auxiliaire ("Hilfsperson"), qui agit selon ses instructions et sous sa surveillance, pour effectuer certaines tâches secondaires, par exemple assurer des tâches techniques (analyses) ou des travaux de recherche, de rédaction, de copie ou de contrôle. Une telle assistance fournie par un tiers compétent pour des tâches secondaires est admissible sans qu'on puisse y voir une substitution du mandataire soumise à l'accord de l'assureur pour autant que la responsabilité de l'expertise, en particulier la motivation et les conclusions de celle-ci ainsi que la réponse

aux questions d'expertise, reste en mains de l'expert mandaté.

E. 3.1.2

En l'espèce, il s'agissait d'une expertise strictement bisdisciplinaire (orthopédie et psychiatrie). Eût-elle compris un volet neuropsychologique en sus au sens strict du terme, son attribution aurait dû être faite selon le principe aléatoire (cf. arrêt TF 8C_452/2020 du 7 octobre 2021 consid. 2.5 et les réf.). Au titre des informations sur les experts et les examens, seuls avaient au demeurant été dûment annoncés à l'assurée, représentée, le nom et le titre du responsable du cas (discipline) de l'examen rhumatologique et de celui psychiatrique (cf. dos. OAI 674 et 682). L'intéressée n'a formulé aucune objection ou remarque à cela. Chacun de ces deux experts a vu seul l'expertisée lors de son examen clinique du 24 mars 2021, antérieur aux interventions de la neuropsychologue des 3 et

E. 3.1.3

Rien ne suggère que l'experte-psychiatre a impliqué la neuropsychologue en tant que (co)experte au sens de l'art. 44 aLPGA. La conclusion de ce bilan figure dans la partie "Constatations complémentaires" de l'expertise psychiatrique. La neuropsychologue a clairement indiqué être

Tribunal cantonal TC Page 10 de 19 intervenue dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire (cf. sa facture, dos. OAI 705; son rapport du 2 juillet 2021, dos. OAI 771). Elle n'a pas établi un résumé du dossier à la place des experts, n'a pas préparé leur évaluation ni ne s'est prononcée sur la capacité de travail, ni n'a répondu aux questions posées, ni n'a relu les conclusions de l'expertise. Ce sont les experts qui ont conservé la responsabilité entière de celle-ci et exécuté personnellement toutes les tâches principales, conformément à leur mandat. Il revenait en particulier à l'experte-psychiatre d'apprécier, parmi d'autres éléments, le bilan neuropsychologique sous l'angle de sa spécialité, de ses connaissances scientifiques pour déterminer si, médicalement, un trouble psychique ("mental") existait et pour évaluer son impact sur la capacité de travail (cf. arrêt TF 8C_381/2022 du 27 décembre 2022 consid. 8.2 avec réf. l'arrêt TF 9C_752/2018 du 12 avril 2019 consid. 5.3). Les circonstances qu'évoque la recourante (deux séances de tests menés par la neuropsychologue, élaboration d'un rapport à leur sujet, etc.) apparaissent naturelles et logiques pour réaliser un tel bilan; elles ne modifient en rien ce qui précède quant au rôle de la neuropsychologue. En l'espèce, dès lors que la neuropsychologue n'a agi que comme simple auxiliaire, elle ne devait pas signer le rapport d'expertise et/ou son consentement aux conclusions "médicales" rhumatologiques, psychiatriques et bidisciplinaires. Elle n'avait pas non plus à participer aux discussions consensuelles des deux experts désignés. Enfin, l'arrêt sur lequel se fonde la recourante ne lui est d'aucun secours: il concerne une expertise pour laquelle une seconde neuropsychologue avait été impliquée comme (co-)experte principale par celle ayant été mandatée à l'origine comme seule experte, de sorte que son nom aurait dû être communiqué à l'assuré avant l'expertise et qu'elle aurait dû en signer aussi le rapport pour garantir le droit de l'assuré d'être entendu et singulièrement de demander cas échéant sa récusation (cf. arrêt TF 9C_525/2020 du 29 avril 2021). En l'espèce, outre que la neuropsychologue n'a pas réalisé une tâche principale de l'expertise, force est de constater, à cet égard, que son identité a été donnée à l'assurée avant la mise en route du bilan et qu'à aucun moment depuis lors, y compris dans le recours, celle-ci n'a fait valoir quelque motif de récusation que ce soit à son égard, reprochant au contraire à l'OAI et aux experts de n'avoir pas (assez) pris en compte son rôle et son bilan sur lequel elle

s'appuie expressément. Une telle requête serait quoi qu'il en soit manifestement tardive. Le grief formel fait à l'expertise par la recourante doit ainsi être rejeté. 4. Matériellement, le litige porte sur l'éventuel droit de l'assurée aux prestations de l'AI, singulièrement sur la question de savoir si sa capacité de travail et de gain a connu depuis la décision du 18 février 2014 lui octroyant trois-quarts de rente du 1er février au 31 juillet 2012 une évolution défavorable justifiant désormais l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente. 4.1. Le 19 février 2011, alors qu'elle est active à 50% en qualité de veilleuse depuis fin janvier 2010, l'assurée glisse sur la neige en sortant de voiture, chute et subit un "traumatisme bénin" au genou gauche (cf. le rapport du Dr C. _____ du 17 août 2021, dos. OAI 777; dos. OAI 136 s.; en 2019, elle parlera d'accident de ski). Un traitement conservateur (attelle, physiothérapie) est mis en place. L'IRM de mars 2011 montre une déchirure partielle du LCA et une petite fracture non déplacée postérieure du plateau tibial externe. Au vu des plaintes douloureuses et d'instabilité du genou qui subsistent, une arthroscopie avec reconstruction partielle du LCA est réalisée 1er mars 2012.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 19 Sur la base d'une expertise orthopédique, l'OAI propose à plusieurs reprises à l'assurée de la soutenir dans un reclassement professionnel afin de pouvoir travailler à 100% dans une activité adaptée; cette dernière s'y refuse, indiquant (cf. dos. OAI 292) ne pas tenir à quitter son emploi actuel d'animatrice et n'avoir pas trouvé de formation qui lui plairait. Elle ne répond pas à la mise en demeure expresse y relative du 29 août 2013 (cf. dos. OAI 298). Le 18 février 2014, l'OAI lui octroie trois-quarts de rente du 1er février au 31 juillet 2012, retenant une capacité de travail de 100% dès le 1er août 2012 dans une activité adaptée légère, sans port de charges de plus de 10 kg, avec possibilité d'alterner les positions, sans travail à genoux ou accroupi, déplacement sur terrain inégal, en pente ou à pieds de plus de 20 minutes, utilisation fréquente d'escaliers, travail en hauteur, sur des escabeaux, ou des échelles ou échafaudages. 4.2. Par la suite, l'assurée a subi, courant septembre 2014, une chute dans les escaliers à son domicile, se causant une fracture/tassement du plateau antérosupérieur de L2. Qui est traitée de façon conservatrice (cf. les rapports du Dr D. _____, orthopédiste traitant, cités dans l'expertise bidisciplinaire et leur appréciation, p. 13 ss et 28; rapport d'IRM lombaire du 25 octobre 2016: fracture sous status, la vertèbre présente un aspect cunéiforme; s'y ajoute une discopathie L1-L2 sans canal lombaire étroit et sans conflit radiculaire, dos. OAI 340). Aucune proposition d'intervention orthopédique n'est faite ni pour le dos, ni pour le genou gauche. Seul un traitement pour des douleurs neuropathiques sera prévu, avec en sus la suggestion d'une prise en charge psychiatrique en plus du suivi psychologique existant (cf. dos. OAI 341). Le 27 septembre 2019 (cf. dos. OAI 633), l'assurée subit un accident de la circulation et se plaint d'une douleur dorsale aggravée à la marche et à la position assise, ainsi qu'au genou gauche. Les radiographies pratiquées ne montrent pas d'aggravation de la fracture de tassement L2 connue depuis 2014, ni de fracture au genou. Une contusion lombaire est retenue. Au vu de la symptomatologie douloureuse toujours, elle est opérée le 4 mai 2020 pour lui retirer un fragment de cartilage intra-articulaire calcifié au niveau de la facette L3-L4 droite (cf. lettre de sortie du chirurgien orthopédiste Dr E. _____ du 12 mai 2020, et rapport du 18 juin 2020, dos. OAI 493 et 465). Les suites postopératoires attendues sont simples. Le CT-scanner de contrôle est satisfaisant. Une incapacité de travail totale jusqu'au 21 juin 2020 lui est attestée. Si elle admet que l'opération a grandement aidé, notamment à récupérer sa mobilité (cf. expertise p. 28), l'assurée se plaint cependant mi-mai 2020 d'une exacerbation (décompensation) des douleurs (neuropathiques) au MIG, alors que son chirurgien

considère que sa pathologie ne justifie pas celles-ci, faute de contact avec la racine nerveuse. L'assurée est hospitalisée du 16 au 22 mai 2020 (cf. lettre de sortie du 27 mai 2020, dos. OAI 617). Les examens effectués, y compris neurologique, n'amènent pas à retenir une atteinte particulière, et notamment pas une plexopathie lombo-sacrée ou une neuropathie périphérique. Le diagnostic posé demeure celui de douleurs neuropathiques du MIG décompensées; de manière différentielle, un SDRC, un trouble somatoforme sont évoqués. L'assurée séjourne en réadaptation psychosomatique du 30 juin au 9 juillet 2020 (cf. rapports du

E. 7

mai 2021. Ils ont indiqué avoir eux-mêmes lu et résumé le dossier d'AI (cf. expertise, p. 4). Au vu des renseignements ainsi obtenus (propos de l'expertisée, de sa psychiatrique traitante, etc.; cf. par ex. p. 54), seul un bilan neuropsychologique a été ordonné. Témoigne que ce dernier entrait dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire, et singulièrement de son volet psychiatrique - comme en convient d'ailleurs le Tribunal fédéral lui-même (cf. arrêts TF 8C_381/2022 du 27 décembre 2022 consid. 8.2.1 avec réf. à l'arrêt TF 9C_752/2018 du 12 avril 2019 consid. 5.3) -, le fait que l'autorisation de son exécution n'a pas été préalablement demandée à l'OAI, contrairement à l'IRM cérébrale du 17 juin 2021, requise par l'experte-psychiatre au vu des tests neuropsychologiques et pour exclure des séquelles traumatiques anciennes sous forme de lésions cérébrales susceptibles d'avoir créé un trouble relevant de sa spécialité.

E. 9

juillet et du 16 septembre 2020, dos. OAI 537 et 530). L'évolution est faible, aussi parce que la patiente choisit de quitter l'unité après dix jours au lieu de vingt, invoquant les mesures Covid-19 imposées avec un éloignement de son fils et une irritation à l'égard du personnel (cf. dos. OAI 601).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 19 Un diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) est posé, et un traitement de Saroten 10mg est mis en place, à visée hypnotique et contra-douleurs neuropathiques. Le 7 octobre 2020, un suivi en cardio-mégabolisme est mis en place pour son obésité de classe I (IMC supérieur à 33; cf. expertise p. 22; dos. OAI 778); le but est de favoriser l'activité physique; des troubles du comportement alimentaire sont mis en évidence et un suivi diététique est organisé. Un séjour à F. _____ est proposé, qui a lieu du 10 mars au 8 avril 2021 (cf. rapport du 29 avril 2021, dos. OAI 795). Comme diagnostic principal sont mentionnées des gonalgies gauches en augmentation depuis mai 2020, d'origine multifactorielle; comme diagnostic secondaire, des lombalgies chroniques, des omalgies droites, et, du point de vue psychiatrique, une suspicion d'un trouble de la personnalité de type Haltlos. Somatiquement, aucune lésion aiguë au dos n'est retenue après nouvelle IRM le 22 mars 2021; s'agissant du genou lésé, l'IRM du 23 du même mois montre une plastie en place; seule une réaction kystique est relevée, probablement en rapport avec la résorption de la vis d'interférence fémorale; la patiente refuse une ponction-infiltration à cet égard. Les gonalgies semblent avoir une origine multi-factorielle, pouvant en partie être explicitées par ce kyste, en partie par quelques troubles dégénératifs débutant ayant aussi une composante fonctionnelle très probable. Si les plaintes et limitations fonctionnelles que rapportent l'assurée s'expliquent principalement par les lésions (somatiques) objectives, des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles que la patiente estime avoir, qui, par exemple, est

démonstrative, sous-estime l'activité qu'elle peut réaliser, fait montre de plusieurs incohérences, et remplit 2-3/5 signes et symptômes de Waddell; elle estime que le séjour a subjectivement aggravé sa situation alors qu'elle s'est objectivement amélioré, etc. La patiente ne veut pas pour l'heure poursuivre la physiothérapie, pourtant jugée utile par les médecins, invoquant des raisons financières et d'organisation. En fin de rapport, les médecins notent que du fait des plaintes douloureuses et de certaines singularités de personnalité, on peut penser que la capacité de travail même dans une activité adaptée soit diminuée. A noter encore que les limitations que retient F. _____ sont très semblables à celles figurant déjà dans la décision du 18 février 2014. En consultation au service d'orthopédie et traumatologie de G. _____ le 23 juillet 2021 (cf. rapport du 17 août 2021, dos. OAI 777), le statut douloureux au genou qu'elle décrit est inchangé par rapport à 2014. Un geste chirurgical n'est pas proposé et la patiente refuse toujours une ponction-infiltration. Une évaluation d'antalgie est mise en place auprès du Dr H. _____ (cf. son rapport du 21 janvier 2022, dos. OAI 838). Il précise n'être pas en mesure de répondre à toute question relative à la capacité de travail, à la réadaptation, aux limitations fonctionnelles, etc. Dans ses réponses du 2 décembre 2021 au questionnaire du mandataire de l'assuré (dos. OAI 831), le généraliste traitant Dr I. _____ retient les diagnostics incapacitants de douleurs neuropathiques invalidantes au MIG, qu'il estime ne pas ressortir clairement de l'expertise, et de lombalgies/douleurs paralombaires avec irradiations dans les deux fesses, avec limitation fonctionnelle au port de charges de plus de 3kg, à caractère également neuropathique. La capacité de travail est nulle comme assistante socio-éducative, et inférieure à 100% (taux très réduit et rendement réduit) dans une adaptée (alternance de position, absence d'activité physique et de contrainte) du fait de la recrudescence peu prévisible des douleurs neuropathiques invalidantes, parfois sur plusieurs jours. Selon le praticien, le genou gauche notamment est cliniquement sans particularité (mobilité complète, etc.).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 19 4.3. Dans leur rapport d'expertise bidisciplinaire du 8 juillet 2021 (dos. OAI 706), les experts concluaient consensuellement à une capacité de travail pleine et entière tant dans l'activité habituelle que dans toute autre (adaptée également). 4.3.1. L'expert-rhumatologue Dr J. _____ (expertise, p. 27 ss) ne retient aucun diagnostic incapacitant. L'examen somatique est strictement normal, tant au niveau du genou qu'au niveau lombaire et des membres supérieurs ou de la scapula. Il écarte le diagnostic de fibromyalgie, de rhumatismes inflammatoires, etc. Il y a un paraistage discret sur le plan des autolimitations ainsi que beaucoup de signes fonctionnels subjectifs qui ne sont pas retrouvés à l'examen; les peines rapportées ne sont pas cohérentes et plausibles avec l'examen somatique du jour et les données radiologiques. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles à retenir tant pour les capacités que pour les ressources. Sont recommandés un renforcement musculaire, une adaptation des gestes du rachis et leur application, une réduction de poids. Quant à l'examen neurologique, il est normal. L'expert observe que la capacité de travail dans une activité socio-éducative a évolué de façon favorable; il n'y a pas de limitations fonctionnelles. Cette activité ou toute autre est exigible à 100%, de façon pleine et entière, depuis toujours. Il en va de même s'agissant des activités ménagères et d'éducation de son enfant. Il n'y a pas d'incapacité de travail durable à retenir. Seules ont pu être médicalement justifiées les incapacités attestées en relation avec le tassement de L2 en septembre 2014 et avec l'accident de la circulation de septembre 2019, ce pour un délai de 3 mois en post- opératoire en 2020 notamment. Dans son complément du 1er décembre 2021 (cf. dos. OAI 825), l'expert-rhumatologue examine le rapport de F. _____ (cf. supra)

produit avec les objections. Il relève que, tant lors de son examen clinique que durant cette hospitalisation, des incohérences ont été relevées. Dans les deux cas, une incapacité de travail n'a pu être mise en évidence de manière objective et médico-théorique. Il maintient donc sa position. 4.3.2. Du point de vue psychiatrique, l'experte-psychiatre Dre K. _____ (expertise, p. 41ss) ne retient également aucun diagnostic incapacitant. Sans cet effet, elle pose celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). Pour l'experte, elle présente des signes cliniques tel qu'un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie avec une augmentation de la fatigabilité, une diminution de l'activité, une diminution de la concentration, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir. L'intensité de ces signes cliniques est légère, sans impact sur la capacité de travail. Le diagnostic susmentionné a été posé sur leur base. L'experte apprécie (cf. expertise, p. 52, 54 s.) la conclusion du bilan neuropsychologique, qu'elle fait figurer in extenso dans son rapport et mettant en évidence des troubles mnésiques antérogrades en modalité verbale, ainsi qu'un fléchissement exécutif (mémoire de travail, inhibition) et des difficultés de cognition sociale (reconnaissance de l'expression faciale des émotions). Par rapport à des tests effectués en clinique en juin 2020, la symptomatologie dépressive auto-évaluée (HAD) est plus importante. Le tableau dominé par le ralentissement pourrait se comprendre dans le cadre des troubles du sommeil auto-rapportés, avec fatigue mentale et physique (PSQI; BFS). Une IRM a été pratiquée, objectivant une légère atteinte qui pourrait être compatible avec des troubles du sommeil chroniques. Sur le plan de la personnalité et des ressources, l'experte-psychiatre retient que le comportement face à la maladie est la revendication, et que la gestion de l'affect et la faculté à contrôler ses impulsions sont diminuées, à l'instar de l'estime de soi ainsi que de la capacité à l'autocritique. Après

Tribunal cantonal TC Page 14 de 19 analyse détaillée (signes cliniques, ...), l'experte ne retient pas de trouble à la personnalité (cf. expertise, p. 50 s.; 57). La spécialiste relève que seul un traitement de Senotren 10mg /j est prescrit, et ce à but antalgique. Elle pense que l'assurée pourrait bénéficier d'entretiens hebdomadaires dans un contexte de thérapie cognitivo-comportementale, d'apprentissage de la gestion de la douleur et d'une augmentation du traitement antidépresseur, ou de l'introduction d'un traitement antalgique de type antidépresseur, ce sur un an, tout en soulignant que la capacité de travail est déjà entière. Au niveau du profil d'effort, l'experte ne mentionne que des problèmes légers pour les capacités d'endurance. Dans son complément du 1er décembre 2021 (cf. dos. OAI 824), elle maintient ses diagnostics. Le bilan neuropsychologique et le dernier rapport de la psychiatre traitante (cf. infra) ne l'amènent pas à s'en écarter. S'agissant des troubles du sommeil évoqués, si un enregistrement et une analyse de celui-ci doivent être réalisés, pour autant ils ne constituent pas une maladie psychiatrique et n'ont donc pas été pris en compte dans l'évaluation de la capacité de travail. 4.3.3. Pour leur appréciation, les experts se sont fondés sur l'étude de l'ensemble du dossier assécurologique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux a en particulier été mentionnée. Chaque expert a fait état notamment de l'anamnèse ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assuré, et des observations cliniques réalisées. Ils ne sont pas contents de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. Ils ont pu livrer leurs constatations objectives obtenues lorsqu'ils ont examiné personnellement l'assurée et observé son comportement. Ils ont notamment analysé ses capacités, ressources et difficultés (limitations fonctionnelles). C'est de façon claire qu'ils ont apporté une

conclusion à leur expertise individuelle, répondu aux questions qui leur étaient posées, y compris quant aux options thérapeutiques à proposer, et se sont prononcés également dans le cadre de l'avis consensuel. Pour la Cour, l'expertise pluridisciplinaire réalisée remplit ainsi les conditions posées par la jurisprudence pour lui reconnaître force probante sur le plan formel. Sous réserve d'un indice concret permettant de douter de son bien-fondé, le contenu de cette expertise doit être préféré à celui d'autres pièces médicales, étant rappelé pour le surplus la certaine réserve à observer, cas échéant, par rapport à un document provenant d'un médecin traitant. La tâche de chaque expert, pour l'avis consensuel aussi, consistait à se prononcer quant aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité de travail, y compris dans une éventuelle activité adaptée aux limitations fonctionnelles devant être retenues médicalement selon lui. Cela étant, il revenait à l'OAI, et au Tribunal désormais, de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'assuré, la compétence des médecins n'allant pas jusque-là (cf. arrêt TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 in SVR 2020 IV n° 48 p. 63). 4.3.4. Sur le plan somatique, et singulièrement rhumatologique, la critique de la recourante de l'expertise porte uniquement sur une absence de prise en compte, au plan consensuel, des troubles neuropsychologiques (limitations cognitives) constatés par la neuropsychologue, ainsi que de l'impact des douleurs chroniques au niveau lombaire et, surtout, à son MIG, alors même que selon tous les autres médecins consultés, celles-ci seraient à ce point sévères qu'elles perturbent le sommeil et causent un état dépressif, sous forme notamment d'un épuisement, d'une fatigabilité augmentée, de difficultés d'endurance et de concentration. Sous réserve de ces deux points, examinés ci-dessous, il n'y a pas de remise en cause (suffisante) de l'appréciation de l'expert- rhumatologue, que rejoignent les divers spécialistes s'étant prononcés (cf. supra), d'une absence

Tribunal cantonal TC Page 15 de 19 d'atteinte organique, de lésion "physique", objective et active ayant des conséquences déterminantes sur la capacité de travail. En particulier, l'avis du médecin traitant, outre la certaine réserve à conserver à son égard, apparaît se fonder essentiellement sur le ressenti douloureux rapporté par sa patiente, que l'expert n'a pas ignoré; de façon détaillée, ce dernier lui a nié un caractère objectif invalidant, à l'instar d'autres spécialistes, par exemple à G._____ (cf. dos. OAI 778), qui, en 2014-2015 déjà, n'avaient pas trouvé d'étiologie claire à la symptomatologie douloureuse décrite. De même, l'ENMG réalisée en 2020 objective une conduction sensitivo-motrice normale à hauteur du MIG. Or, les douleurs invoquées par l'assurée sont essentiellement de nature neuropathique et non systématisées. Les lésions objectivées, singulièrement celles apparues après les accidents considérés ici, ne justifient ni leur intensité alléguée ni les empêchements et limitations fonctionnelles que l'assurée indique connaître de leur fait. Le traitement, faible, pris est à visée neuropathique (et hypnotique) uniquement. Aucun geste chirurgical nouveau n'est suggéré. L'assurée se refuse à une ponction pour son kyste et à la poursuite de la physiothérapie. L'expert-rhumatologue n'a pas ignoré ces douleurs subjectivement rapportées, mais a indiqué qu'elles ne correspondaient pas aux constats objectifs tels qu'illustrés notamment par son examen clinique, strictement normal, et les éléments radiologiques (IRM, etc.). A cet égard, la Cour pointe (cf. not. aussi le rapport de F._____) notamment le nombre de points de Waddel, les limitations non justifiées par les constats médicaux lors de l'exécution de tests et l'auto-évaluation de la situation et de la capacité de travail plus pessimiste que ce que laissent apparaître les éléments objectifs, les assertions de pertes de connaissances après chute et d'obligation d'être en chaise roulante, parfois pendant une année, après plusieurs de ses accidents, qui ne se retrouvent pas au

dossier, les fins de contrats qui auraient été causées par les seules limitations résultant de ceux-là alors que l'employeur indique d'autres motifs que ceux de santé et réfute avoir constaté des limitations et une perte de rendement de ce fait, les activités physiques réalisées malgré ses dires d'incapacité totale. A noter aussi des éléments "contextuels" (craintes quant aux finances et à l'avenir professionnel) ne ressortant pas du champ somatique (cf. dos OAI 415, 578, 586; expertise p. 32, 44 et 52; rapport du 19 novembre 2020, dos. OAI 601). La sévérité et le caractère insurmontable de ces douleurs, avec incidence sur la capacité de travail, n'est donc pas établi au degré de preuve requis ici. Il en va de même quant au sommeil fortement perturbé que celles-ci causeraient. L'enregistrement du sommeil et l'examen médical pourtant mentionnés par l'experte-rhumatologue n'ont pas été réalisés. Une atteinte objective y relative et d'un degré de gravité susceptible de relever de l'AI n'est dès lors pas rapportée; un traitement spécifique n'a pas été jugé nécessaire; au demeurant, la seule prise de Saroten, même à dose réduite, a déjà amené un mieux selon l'assurée, qui avait d'ailleurs déjà formulé des plaintes semblables (ainsi que de difficulté de concentration y liée) après son premier accident (cf. par ex. dos. OAI 40). Enfin, l'on rappellera que l'assurée souffre d'obésité de stade I et fume un paquet par jour, et qu'un certain déconditionnement physique et/ou une obésité ne relèvent en principe pas de l'AI. A ce stade, au vu du dossier et de ce qui précède, la Cour ne considère dès lors pas que les plaintes douloureuses subjectives, pas davantage que leurs conséquences alléguées sur le sommeil, rendent hautement probable non seulement l'existence d'une atteinte à la santé invalidante, mais encore une péjoration notable, durable et déterminante de l'état de santé objectif et/ou de ses conséquences sur la capacité de travail depuis la décision du 18 février 2014.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 19 Le grief d'avoir ignoré les troubles neuropsychologiques et plus précisément les limitations cognitives rapportés par la neuropsychologue est également infondé. Déjà avant le bilan de cette dernière, chaque expert a mentionné les indications de mauvaises mémoire et concentration de l'expertisée. Ils ont cependant nié que ces difficultés alléguées empêchaient la tenue de leur examen ou constituaient une atteinte à la santé avec effet sur la capacité de travail. L'experte-psychiatre a notamment fait état des difficultés de concentration dans l'examen de l'anxiété, de troubles de sommeil s'agissant de la dépression, d'une fatigue pour celle de l'humeur, etc.; pour autant, dans son appréciation des fonctions cognitives, elle n'a pas relevé d'élément autre qu'une mémoire des faits anciens diminuée, et n'a pas estimé qu'il y avait un diagnostic psychiatrique avec effet sur la capacité de travail de ce fait (cf. expertise p. 33 et 48 ss). On relèvera également que, lors des hospitalisations en service psychosomatique ou à F._____, ni diagnostic neurologique ni atteinte du champ cognitif (déterminants) n'ont été rapportés, ce qui rejoint l'appréciation des experts (cf. dos. OAI 641). Surtout et en tout état de cause, rien ne permet de considérer que, médicalement et objectivement, l'assurée serait empêchée d'exercer une activité simple et répétitive du fait de ces problèmes cognitifs rapportés. 4.3.5. La recourante reproche aux experts d'avoir ignoré que son trouble durable de la personnalité en lien avec son syndrome algique chronique (F62.8) diagnostiqué par sa psychiatre traitante, la Dre L._____, l'empêche de mobiliser ses ressources. La Cour relève ce qui suit: La psychiatre précitée suit l'assurée depuis le 13 juin 2019 (cf. rapports du 24 janvier 2020 (cf. dos. OAI 478). Au 16 août 2019, elle l'avait vue cinq fois, ce (uniquement) dans le cadre d'une psychothérapie de soutien dans le contexte d'une rupture sentimentale douloureuse (cf. ég. expertise, p. 43); aucune problématique douloureuse n'était mise en avant. Après l'accident du 27 septembre 2019, l'assurée voit sa thérapeute

deux fois jusqu'au 24 janvier 2020. La psychiatre n'observe pas non plus de signes cliniques psychiatriques graves secondaires à l'accident, notamment pas de signes d'état de stress post-traumatique. La thymie était abaissée, mais cela était déjà le cas avant l'accident. La question de possibles troubles de la personnalité était posée, mais la période d'observations clinique était trop courte et discontinue pour l'affirmer, et d'ailleurs si tel était le cas, le trouble existerait depuis le début de l'âge adulte; en outre, la thérapeute n'avait pas d'éléments en faveur d'une modification de la personnalité secondaire à l'accident. Le 14 septembre 2020 (cf. dos. OAI 526), la psychiatre traitante indique désormais avoir été consultée du fait d'une symptomatologie s'inscrivant dans un contexte de douleurs chroniques. Elle ne fait plus mention des difficultés relationnelles relatées ci-dessus. La Cour s'en tiendra cependant à ce motif donné initialement, conformément au principe des premières déclarations. On notera au demeurant qu'à suivre la thérapeute, les symptômes dépressifs présentés par sa patiente sont secondaires à la persistance d'une problématique douloureuse depuis les accidents de 2011 et 2014, et préexistaient à celui de 2019, qui aurait rendu plus aigu les douleurs et difficultés de mobilité et ainsi entretenu les syndromes précités. Ce 3ème accident n'aurait donc en tout état de cause pas causé une atteinte psychiatrique nouvelle et notable. Aucune problématique de personnalité n'est évoquée. Les limitations fonctionnelles relatées d'épuisement, de fatigabilité augmentée, de perte d'énergie, de faibles capacités d'endurance, de difficultés de concentration et de mémorisation sont uniquement secondaires à l'entremêlement des symptômes dépressifs et douloureux, selon la thérapeute. Le 13 octobre 2020, soit à plus d'une année du début du suivi médical et de l'accident de 2019, la psychiatre traitante n'évoque toujours aucune atteinte à la personnalité (dos. OAI 565 et 567). Bien plus, elle ne retient aucun diagnostic psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail; les seuls qui l'ont sont d'ordre physique et il convient de se référer aux médecins somaticiens

Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 à cet égard. La praticienne retient pour son domaine uniquement un épisode dépressif léger (F32.0), sans effet sur la capacité de travail. Diagnostic témoignant au passage d'une amélioration par rapport à l'épisode dépressif moyen posé le 16 septembre 2020 (dos. OAI 530) suite à son séjour en service psychosomatique. La psychiatre indique à nouveau que les symptômes dépressifs préexistaient au 3ème accident, que le traitement de Seroten pris à demi-dose (5mg) a favorisé le sommeil (4 à 6 heures dormies par nuit) et que la thymie s'en trouve améliorée. Cependant, secondairement à la chronicité des douleurs, elle souffrirait toujours des syndromes dépressifs relatés le 14 septembre 2020 (mémoire, fatigabilité, etc.). La Cour souligne que la praticienne ne prescrit toujours aucun traitement, seul existant le Saroten mis en route par d'autres médecins pour contrer les douleurs et à visée hypnotique. La thymie est "légèrement abaissée", avec une énergie intérieure et une motivation préservée, de bonnes capacités intellectuelles, etc. La thérapie de soutien sera continuée, au même rythme bimensuel, avec le même traitement. Le potentiel de réadaptation paraît favorable. A ce stade, la Cour souligne combien la psychiatre traitante a une appréciation (strictement) conforme à celle de l'experte-psychiatre - voire même plus "positive" puisqu'elle ne retient qu'un épisode dépressif, non un trouble dépressif récurrent. De fait, la Dre L. _____ ne posera un diagnostic relatif à la personnalité qu'ultérieurement au rapport du 29 avril 2021 de F. _____ mentionnant une personnalité de type Haltlos. A cet égard, la Cour relève que cette atteinte n'était énoncée que comme diagnostic secondaire et non principal, sans autre référence à une classification diagnostique reconnue, et qu'il l'était uniquement comme suspicion d'un trouble, du fait de certaines singularités de personnalité le faisant

évoquer. Pour la Cour, il s'agit là au plus de quelques traits et non d'un trouble de personnalité, traits qui n'ont en principe pas valeur de maladie psychiatrique (cf. arrêt TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2 et les réf.). F. _____ ne s'exprime d'ailleurs pas quant à la capacité de travail, se bornant à écrire qu'on peut penser qu'elle soit diminuée (sans précision de mesure) même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (sans aucun lien d'ailleurs avec une atteinte psychiatrique ou ses effets) du fait des plaintes dolosives et de certaines singularités de personnalité. Dans ses réponses du 19 octobre 2021 aux questions du mandataire de l'assurée (cf. dos. OAI 813), la psychiatre traitante retient, pour la première fois, en sus d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0; non incapacitant; à l'instar de l'experte), des troubles cognitifs détaillés dans le rapport neuropsychologique et un trouble durable de modification de la personnalité lié à un syndrome algique chronique (F62.8). Du fait des limitations fonctionnelles qu'occasionnent ces deux derniers troubles, l'incapacité de travail est totale. S'agissant du trouble de personnalité, elle dispose d'une période d'observation suffisamment longue pour conclure à une altération occasionnée par des douleurs chroniques, amenant un effondrement du système défensif de la personnalité dans les mois suivant le 3ème accident et surtout depuis le début 2021; de façon générale, les traits de personnalité sont difficilement explorables lors d'un seul examen d'une expertise psychiatrique, ce qui explique probablement l'absence de prise en compte de cela par l'experte. La Cour souligne que la praticienne parle bien de traits, qu'il est précisément attendu d'un expert qu'il puisse s'exprimer même avec un seul examen clinique, que les compétences et l'appréciation de l'experte-psychiatre ne sont pas remis en cause par la thérapeute, qui indique au contraire expressément être d'accord avec elle pour nombre de points, dont la mention de plusieurs "aspects dysfonctionnels de la personnalité", que la Dre L. _____ n'est pas disserte sur le fait qu'initialement, elle réfutait même que ce dernier accident ait secondairement créé un état dépressif,

Tribunal cantonal TC Page 18 de 19 qu'en octobre 2020 encore, elle ne faisait nulle mention de trouble de la personnalité ni même de traits et de limitations fonctionnelles y relatifs. La psychiatre traitante ne s'étend pas non plus sur les éléments qui, au-delà des seuls dires de sa patiente, objectiveraient un effondrement du système défensif, marqué depuis le début 2021, avec désormais une impossibilité de mobiliser ses ressources pour lutter contre les douleurs. Elle ne détaille pas en quoi ces traits pathologiques de la personnalité qu'elle mentionne rendraient infondée l'analyse détaillée de l'experte et son constat que l'expertisée ne présente que des signes cliniques légers, qu'elle dispose (globalement à tout le moins) de ressources conservées et qu'aucun effet incapacitant ne peut de ce fait être retenu. Elle ne précise pas non plus comment la situation se serait fortement et durablement péjorée non seulement depuis l'expertise mais aussi depuis le 13 octobre 2020, date à laquelle elle a détaillé les freins, limitations cognitives et activités encore possibles, avec un constat clairement positif et en contradiction avec le tableau désormais retenu (cf. dos. OAI 565). Elle n'explique en particulier pas pourquoi les difficultés relationnelles, dans la gestion des émotions, d'adaptation et de contrôle des impulsions constitueraient (à présent) des limitations fonctionnelles incapacitantes. De fait, elle paraît surtout se fonder sur les indications (subjectives) de sa patiente, qu'elle reprend sans s'en distancier ou plus ample examen. Il en va ainsi, par exemple, lorsqu'elle soutient que sa patiente aurait subi trois graves accident ayant chacun entraîné des lésions importantes, ce que le dossier médical ne confirme justement pas, et met désormais en exergue des difficultés dans les relations, raison pour laquelle elle était pourtant déjà venue la consulter avant le dernier accident. La Cour rappelle à cet égard aussi plusieurs incohérences, une certaine amplification dont a fait

montre l'assurée (cf. supra). L'expert-rhumatologue n'a pas retenu un syndrome algique chronique, justifié, objectif (et incapacitant). La croyance subjective d'un assuré fortement développée et solidifiée dans la maladie avec un comportement dysfonctionnel correspondant, une autolimitation, un gain secondaire de la maladie ne représente aucun dommage invalidant pour la santé au sens de l'AI (cf. arrêt TF 9C_473/2019 du 25 février 2020 consid. 4.2.2 et les réf.). Les troubles classifiés sous F62 impliquent par ailleurs une modification durable de la personnalité (F62.1: au moins deux ans; ici, la psychiatre traitante ne la retient que courant 2021), faisant suite à un facteur de stress soit catastrophique, soit excessif et prolongé. Or, ici, indubitablement, le 3ème accident, pas davantage que les deux précédents, ne saurait constituer un tel stress. Il n'existe enfin pas de symptômes suffisants en nombre, durée et intensité pour poser ce diagnostic de trouble spécifique de la personnalité. Des éléments psychosociaux tels les soucis financiers d'une mère élevant seule son enfant et à l'aide sociale ne présentent pas non plus un caractère d'invalidité. Enfin, la Cour relève qu'en dépit des troubles incapacitants et graves que retient désormais la psychiatre traitante, le rythme des séances de la thérapie de soutien demeure bimensuel, sans changement du traitement (fort léger), en contradiction avec les suggestions de l'experte (cf. supra). Il est discutable dans ces circonstances de considérer être en présence d'une atteinte invalidante résistant durablement et complètement à la thérapie et au traitement qu'elle requerrait si avérée, ce qui n'est pas. La Cour rappelle aussi que la simple possibilité d'une atteinte à la santé au sens d'une hypothèse insuffisamment vérifiée cliniquement ne suffit pas pour la retenir ici. Même un trouble de la personnalité (et non uniquement des traits) ne permet pas à lui seul de retenir une invalidité; celle-ci doit être confirmée par une évaluation détaillée conforme aux requis jurisprudentiels, comme l'a conduite l'experte. En fin de compte, la détermination d'un éventuel droit à la rente est fondamentalement indépendante du diagnostic et de l'étiologie; ce qui est essentiel, c'est si, et dans quelle mesure alors, il existe une altération de la capacité de travail ou de gain (cf. ATF 141 V 585

Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 consid. 4.2.3. non publ. in SVR 2016 IV n° 102; arrêt TF 8C_41/2019 du 9 mai 2019 consid. 7.3). Etant souligné en sus que la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (arrêt TF 9C_244/2020 du 5 janvier 2021 consid. 4.3.2). 5. Il résulte de ce qui précède qu'il n'est pas établi que l'état de santé de la recourante ou ses effets sur la capacité de travail s'est péjoré de manière durable - au-delà des trois mois d'incapacité post- opération admis par l'expert-rhumatologue - depuis qu'a été rendue la décision du 18 février 2014. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée, confirmée. 6. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe, et compensés par son avance de frais du même montant. Vu l'issue du litige, il ne sera pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par l'avance de frais du même montant. 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 2 février 2023/djo La Présidente : Le Greffier-rapporteur :

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