

# FR\_GERICHTE 608 2023 13 vom 9. August 2024

FR Kantonsgericht, 2024-08-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2023\\_13](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2023_13)

FR: FR\_GERICHTE 608 2023 13 du 9 août 2024

IT: FR\_GERICHTE 608 2023 13 del 9 agosto 2024

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 28

octobre 2022, selon laquelle les pièces fournies avec les objections au projet de décision ne modifiaient pas leurs conclusions. L'OAI n'a pas de motifs de remettre en cause l'appréciation des experts. Le médecin SMR a pu, eu égard également aux nouvelles pièces produites, exclure aussi une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise. L'OAI est du même avis, y compris après prise en compte des pièces déposées avec le recours. Aucune mesure d'instruction complémentaire sous forme d'examens neuropsychologiques ne devait être mis en œuvre lors de l'expertise et pas davantage actuellement. Le 5 avril 2023, l'OAI transmet au Tribunal de céans un courriel de la fille de l'assurée faisant état d'un nouveau séjour de celle-ci en centre de soins psychiatriques, du 17 février au 28 mars 2023. Ce courriel est transmis à la protection juridique de l'assurée, pour information. Appelé en cause, l'assureur LPP de l'intéressée indique, le 3 mai 2023, renoncer à une prise de position détaillée et se référer au contenu de la décision attaquée. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné. Pour autant que cela soit utile à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Interjeté en temps utile, dans les formes légales, auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée, dûment représentée, directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. L'invalidité alléguée étant intervenue avant l'entrée en vigueur des modifications de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, dans le cadre du développement continu de l'AI (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363), celle-ci n'influence pas les dispositions à prendre en compte ici (cf. dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020, let. b, al. 1; circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire, ch. 1007ss.). 2.2. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA 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.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

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).

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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 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 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).

2.5. 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.

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 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.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 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

## **E. 29**

janvier 2008). 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. 3. Est litigieux, en l'espèce, l'éventuel droit de l'assurée à des prestations AI. 3.1. Pour déterminer la capacité de travail, l'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire (rhumatologie et psychiatrie), dont le rapport est daté du 18 avril 2022 (cf. dos. OAI 302). Pour son appréciation, chaque expert s'est fondé sur l'étude de l'ensemble du dossier asséurologique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux a été en particulier mentionnée. Il a été fait état dans chaque partie de l'expertise notamment de l'anamnèse ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assurée et des observations cliniques réalisées. Les experts ne se sont pas contentés 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. Chaque expert a livré ses constatations objectives obtenues lorsqu'il a examiné personnellement l'assurée et observé son comportement. Il a analysé en particulier ses capacités, ressources et difficultés (limitations fonctionnelles). C'est de façon claire que chacun d'entre eux a apporté une conclusion à son expertise, répondu aux questions qui lui étaient posées, y compris quant aux options thérapeutiques à proposer. L'expertise 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, son contenu 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 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, au Tribunal désormais, de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'assurée, la

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 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). La simple possibilité d'une atteinte à la santé au sens d'une hypothèse insuffisamment vérifiée cliniquement ne suffit pas pour la retenir ici. 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 consid. 4.2.3, non publ. in SVR 2016 IV n° 102; arrêt TF 8C\_41/2019 du 9 mai 2019 consid. 7.3). 3.2. Auprès de l'expert-rhumatologue, le Dr C. \_\_\_\_\_, l'assurée s'est plainte essentiellement de douleurs au membre supérieur gauche, non dominant, et aux jambes surtout la nuit, avec une sensation de brûlures. Elle ne se sentait pas capable de reprendre une activité professionnelle en raison de sa fatigue, de l'insomnie et de troubles de la vision. Elle n'avait pas de stratégie d'adaptation. Relativement à une activité professionnelle ou à une réadaptation, elle se disait pessimiste, elle ne pouvait se projeter. Les relations étaient très importantes pour elle, avec un réseau essentiellement familial. Elle recevait beaucoup d'aide de sa famille et de son mari. Elle confectionnait les repas de midi et du soir, faisait un peu de ménage le matin, sortait parfois faire des courses ou pour ses rendez-vous médicaux, allait de temps à autre marcher. Elle faisait seule les tâches ménagères, avec beaucoup d'aide de sa fille et de son mari. Elle regardait un peu la télévision, faisait une sieste l'après-midi jusqu'à 17h30. L'expert observait une assurée demeurant 40min assise, appuyée sur ses coudes sur la table, les mains sur ses joues. Elle était calme, triste mais sans stress durant toute l'expertise. Elle n'était pas motivée par l'idée de reprendre une activité professionnelle. Sa marche était autonome, fluide, aisée; elle se mouvait de façon spontanée sans boiterie ni steppage. Cette aisance se retrouvait lorsqu'elle se déshabillait et se rhabillait, sans respecter les consignes pour épargner l'épaule gauche. Elle pouvait garder plusieurs secondes les bras tendus à l'horizontale. La colonne vertébrale était parfaitement dans la norme sur le plan cervical, dorsal et lombaire; seul un léger déconditionnement global (rectitude de la colonne, perte de musculature abdominale) était constaté pour cette dernière. L'examen des membres inférieurs et des coudes ne présentait aucune particularité non plus. La seule atteinte que l'expert notait, aux membres supérieurs, était un banal et léger conflit sous-acromial de l'épaule gauche en fin de course, avec des amplitudes conservées, des tests habituels des rotateurs négatifs et pas de tendinopathie active. Ce trouble était d'une gravité légère. S'appuyant notamment sur les examens paramédicaux (IRM, etc.) à disposition, il relevait que l'imagerie avait montré une tendinopathie de la coiffe de l'épaule gauche mais sans rupture tendineuse et avec une arthrose acromio-claviculaire modérée. La légère discopathie C4-C5 présente, sans conflit radiculaire, n'expliquait pas la symptomatologie relatée par l'expertisée. L'examen spécialisé neurologique qui avait été mené (cf. rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 16 août 2021, expertise, p. 9 et dos. OAI 393; rapport d'IRM du 25 février 2022, dos. OAI 368) n'avait pas trouvé cliniquement d'explications aux douleurs rapportées; il n'y avait pas d'atteinte périphérique; l'assurée paraissait plutôt, selon le neurologue, connaître une probable situation rhumatologique ou fibromyalgique dans un contexte d'anxiété généralisé et de stress. Hormis cette légère atteinte susmentionnée, pour l'expert, l'examen rhumatologique était normal et satisfaisant. Il ne retenait aucun diagnostic différentiel et relevait l'absence de tout traitement à visée rhumatologique, de toute prise d'antalgique ou d'anti-inflammatoire, de toute physiothérapie. Poursuivant ses constats cliniques, l'expert indiquait que son propre examen sur le plan neurologique était normal, sans notamment troubles oculaires ou auditifs. Il n'y avait pas non plus

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 d'élément parlant pour la présence d'un rhumatisme inflammatoire; on ne retrouvait en particulier pas d'atteinte périphérique ou d'arthrite. Le score de Wolf de points de fibromyalgie était de 4/31, ne permettant pas de retenir ce diagnostic. L'expertisée présentait 2/5 symptômes et signes de Waddel. En conclusion,

l'expert retenait que les douleurs insupportables dont se plaignait l'assurée n'étaient pas retrouvées lors de son examen, d'où une incohérence. Du fait de la douleur impotente à l'épaule gauche rapportée, il pouvait admettre une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis juin 2020, début de l'incapacité de travail attestée (déterminante); malgré l'examen rhumatologique satisfaisant, sa reprise devait être évitée, à titre préventif, pour prévenir une rechute probable. En revanche, depuis le même temps, la capacité de travail était de 100%, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (profil d'effort) d'évitement du port de charges de plus de 5 kg de façon répétitive et de travail les bras en l'air au-dessus de l'horizontal. L'expert recommandait l'apprentissage et son application des gestes d'épargne de l'épaule. 3.3. 3.3.1. Auprès de l'expert-psychiatrique E. \_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie, l'assurée s'était spontanément plainte d'une "maladie du côté gauche", avec perte de force et impossibilité de se coucher de ce côté-là. Elle mentionnait une pathologie (physique) débutant cinq ans auparavant, avec un vécu d'amélioration et de stabilité sur trois ans après traitement (deux infiltrations antalgiques, un mois de Lyrica), puis avec une inflexion, une aggravation somatique depuis deux ans. Elle ne relatait aucune stratégie adaptative autre que se trouver dans un endroit tranquille. Elle disait voir des anges durant la nuit, qu'elle pouvait crier, griffer, taper son mari durant son sommeil. Elle mettait en avant des oublis, qu'elle expliquait par des traumatismes dont elle avait souffert et le COVID dont elle avait été atteinte, ainsi que des difficultés de concentration. Elle relatait une tristesse et un état thymique fluctuant. Le matin, ça allait; une aggravation survenait après 15 heures. L'expert relevait une incohérence entre ses constats médicaux et la perception grave d'elle-même et de son état de santé que l'assurée décrivait. Elle ne présentait aucune particularité somatique quant à la mobilité: elle se déplaçait normalement, avait des mouvements spontanés. Elle se percevait asthénique, mais apparaissait souriante et joviale, sthénique; sa voix était normale; la tension artérielle initiale perceptible s'estompait progressivement durant l'entretien. Elle ne peinait pas à former ses pensées, ne verbalisait pas d'état de détresse, ne présentait pas d'agitation ou de ralentissement marqué. Elle ne mentionnait pas d'idées suicidaires manifestes, mais un questionnement existentiel de type "Que fais-je dans cette existence?". Elle avait maintenu un focus d'attention particulièrement efficace durant les plus de 1h30 de l'entretien, sans amnésie antérograde particulière des faits récents ou anciens, avec un récit apparaissant clair et plausible; une mesure de son QI global n'était pas requise. Il n'y avait pas d'altération des fonctions cognitives. La diminution de l'appétit rapportée concernait un effet secondaire d'une affection à la COVID 19 et s'était accompagnée d'une perte de masse pondérale de 2,5 kg. Elle ne présentait aucun signe de manifestation hallucinatoire, ni une phénoménologie psychotique; elle n'était ni confuse ni hypo- vigilante, ne souffrait pas d'ataxie; elle n'avait aucun conflit avec la réalité, ni dans la formation de ses pensées; seule était rapportés la vision d'anges durant son sommeil et le fait de "se battre" durant ce dernier avec son mari, avec lequel elle était pour autant correctement affectée, comme avec tous. Pour l'expert, elle était démonstrative et avec une tendance à répondre "à côté", de façon non authentique, devant alors être recadrée; elle n'était cependant ni histrionique ni diffluyente. Ainsi, après recadrage, elle déclarait une envie de retourner dans son pays d'origine, un intérêt à y

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 séjourner et le plaisir que cela lui procurerait; elle aimerait vivre dans sa maison là-bas avec son mari (projection dans l'avenir); elle ne se levait pas vers 10h30 et passait la journée au lit, mais se réveillait et déjeunait avec son époux avant que celui-ci ne parte au travail, honorait ses rendez- vous à l'extérieur, ses

tâches administratives, ... (cf. description d'une journée-type). 3.3.2. Eu égard aussi aux diagnostics retenus par la psychiatre traitante (trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques [F33.3], état de stress post-traumatique [F43.1] et évocation du diagnostic différentiel de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe [F63.0]), l'expert retenait ce qui suit: Les items sémiologiques pour retenir un épisode dépressif épisode actuel sévère n'étaient à l'évidence pas retrouvés. Elle était sthénique, formait ordinairement ses pensées, se projetait dans l'avenir, appréciait de partir en vacances, détenait une capacité hédonique résiduelle, était capable d'une modulation affective efficace, notamment à l'endroit de son mari. Un épisode dépressif léger (F32.0), sans syndrome somatique (pas de réveil matinal précoce, de dépression plus marquée le matin, de perte de poids d'au moins 5% au cours du dernier mois, etc.) pouvait être admis, au plus, sur la base des allégations de l'expertisée d'un infléchissement thymique, d'une diminution de la capacité à ressentir du plaisir et de l'intérêt, d'une augmentation de la fatigue, d'une baisse de l'estime de soi et d'une attitude pessimiste face à l'avenir. Cela n'influçait pas la capacité de travail. L'échelle Hamilton réalisée donnait un score de 13, soit des symptômes dépressifs légers. L'assurée disposait de ressources, maintenant un réseau relationnel fonctionnel et soutenant, familial notamment, mais amical également, même si celui-ci serait moindre récemment; elle exécutait seule des tâches, participait à d'autres avec son mari, s'adaptait aux règles et routines, honorait ses rendez-vous, des invitations, s'intégrait dans un processus organisationnel tel celui de la présente procédure assécurologique. L'assurée ne ressentait pas de phénoménologie anxieuse paroxystique, n'avait pas recours à des anxiolytiques massives (anxiolytique neuroleptique en réserve uniquement) et n'était pas coutumière des urgences. Elle n'avait jamais été hospitalisée pour des difficultés psychiques. Le diagnostic d'un état de stress post-traumatique devait être écarté. L'expertisée rapportait certes avoir été battue il y a une trentaine d'année par son ex-époux, lequel avait fait de la prison, et avoir été traitée alors comme un déchet. Il n'y avait cependant pas de flashbacks authentiques, pas de réviviscences envahissantes, de remémoration constante des souvenirs intenses, ni de sensation de détachement, ni de restriction des affects. L'expert faisait de plus remarquer que, dans la plupart des cas, cette atteinte évoluait vers la guérison. Il existait en outre une confusion entre ces éléments passés et l'activité onirique rapportée ainsi que l'affect lié au décès d'un frère il y avait deux ans. Ces manifestations oniroïdes nocturnes n'étaient au reste pas (non plus) sous-tendues par une éventuelle étiologie psychotique chez une expertisée correctement ancrée dans la réalité et qui ne présentait en outre aucun signe direct ou indirect de manifestation hallucinatoire quels que soient les registres envisagés (pas de phénoménologie archaïque de registre psychotique, d'éventuelle résultante délirante). Elle était exempte d'atteinte cérébro-organique. Elle ne présentait pas de manifestations psychotiques florides. Elle ne connaissait pas de syndrome dissociatif. L'expertisée rapportait un milieu d'origine harmonieux et non carencé dans lequel son développement et sa scolarité s'étaient déroulés sans accroc. Elle avait en outre correctement fonctionné jusqu'ici, sachant en particulier émigrer et assumer diverses activités professionnelles. Il Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 n'y avait notamment pas de labilité émotionnelle, d'immaturité affective, de distance relationnelle problématique, de fonctionnement noir-blanc en "tout ou rien", d'hostilité, d'aspect procédurier. Elle ne présentait aucun trouble ni même trait spécifique problématique de la personnalité. L'expertisée estimait qu'aucune activité ni réadaptation professionnelles n'étaient possibles ou abordables; elle ne fournissait aucune idée, aucune précision à cet égard et paraissait peu encline envers ces

dernières. Elle excluait la cuisine et le nettoyage. L'examen était dans la norme. La situation psychiatrique n'était pas préoccupante et très éloignée des grands syndromes incapacitants tels que psychose, atteinte cérébro-organique, épisode dépressif sévère, anxiété paroxystique, troubles spécifiques de la personnalité ou syndrome de dépendance. S'agissant de la cohérence, l'expertisée ne présentait pas de limitation uniforme des activités dans tous les domaines comparables de l'existence, laquelle était oisive, avec participation aux tâches de rangement ou de courses, capacité de partir en vacances, etc. Ses dires la faisaient pourtant apparaître inscrite dans une posture d'invalidé malgré l'absence d'une éventuelle psychopathologie sous-jacente qui sous-tendrait cette invalidité; cela n'était dès lors ni cohérent ni plausible. Puisqu'au plus un épisode dépressif léger F32.0 pouvait être retenu, le maintien même d'un traitement psychopharmacologique sérotoninergique antidépresseur à haute posologie (150 mg/j.) avec en sus en réserve un anxiolytique neuroleptique (25 mg de Quétiapine) était difficilement soutenable scientifiquement. L'expert relevait à cet égard le taux très élevé, compte tenu de la posologie, de 111 ng/ml (recommandé 10 – 150 ng/ml) retrouvé par le laboratoire qui avait analysé un échantillon pris le jour de l'expertise relativement à l'antidépresseur. Laboratoire qui se demandait s'il y avait eu une absorption supplémentaire avant la prise de sang ou si l'assurée présentait un métabolisme déficient relativement à ce traitement, soulignant cependant que cela était peu fréquent avec ce dernier. La capacité d'endurance et le rendement dans une activité professionnelle ou autre n'étaient pas amoindris du fait d'un motif psychiatrique ou d'une thérapie menée. L'évolution de la situation était encourageante dès lors que seul un épisode dépressif léger pouvait être pris en considération. Il y avait un bon pronostic d'une quasi-absence de psychopathologie. Sa capacité de travail était de 100% depuis toujours sur le plan psychiatrique, sans perte de rendement; il n'existait en effet aucune psychopathologie incapacitante, aucun trouble fonctionnel. Elle disposait des ressources nécessaires. Une adaptation de l'activité professionnelle ne devrait se faire que conformément aux difficultés somatiques retenues dans l'expertise. 3.4. Dans leur évaluation consensuelle interdisciplinaire, les experts retiennent une capacité de travail de 100%, sans perte de rendement, depuis toujours, dans une activité adaptée respectant le profil d'effort déterminé sur le plan somatique. 3.5. La Cour apprécie et souligne les éléments suivants: Les plaintes spontanées de l'expertisée auprès de chaque expert sont somatiques. Il n'existe pas de suivi psychique moins de cinq mois avant les entretiens d'expertise. L'expert-rhumatologique apprécie dûment non seulement l'atteinte dolosive principale invoquée, à l'épaule gauche, mais également les autres problèmes rapportés (vertiges etc.). Il peut en particulier fonder son appréciation sur les rapports de spécialistes et d'examen paramédicaux (IRM, etc.; par ex. rapports

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 cités p. 28 et 29) ne faisant pas état d'une atteinte grave, durablement incapacitante, et préconisant des traitements conservateurs, d'ailleurs suffisants selon l'assurée pour amener une amélioration et une stabilisation durant quelque trois ans. Les résultats de son propre examen clinique ainsi que son observation, semblable à celle de l'expert-psychiatre, d'une attitude globalement non algique ou empêchée durant toute l'expertise, le confortent à retenir de façon motivée une capacité de travail à plein temps et sans perte de rendement dans toute activité adaptée respectant le profil d'effort établi. Quant à l'activité habituelle, s'il admet que la capacité est nulle depuis juin 2020 du fait de la douleur impotente à l'épaule gauche dont se plaint toujours l'assurée, il souligne que cela l'est malgré son examen rhumatologique satisfaisant et à titre préventif. Un apprentissage des gestes d'épargne de l'épaule et leur application, qui auraient au reste déjà

dû intervenir en vertu de l'obligation de diminuer son dommage, devraient suffire à améliorer encore la situation et à faire diminuer ses plaintes douloureuses. Il relève aussi l'absence de tout traitement à visée rhumatologique, de toute médication antalgique y relative, de toute physiothérapie. Ce qui cadre mal avec l'intensité des atteintes somatiques dont se plaint l'expertisée. L'assurance-invalidité ne saurait en outre, en principe, répondre d'un certain déconditionnement (cf. rapport d'ultrason artériel du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, des 13 août 2017 et 1er février 2022, dos. OAI 399 et 360; courriel de la fille de l'assurée, du 25 juillet 2022, dos. OAI 423: sa mère a débuté de la physiothérapie dans l'eau pour se muscler et pallier son déconditionnement complet). L'expert-psychiatre explique lui aussi de façon convaincante et selon la méthodologie détaillée requise pourquoi il ne retrouve pas cette perception négative de l'état de santé et de la situation que relate l'expertisée et que soutient sa psychiatre traitante, dont il écarte les diagnostics. Il ne corrobore en particulier pas une forte intensité du trouble de l'humeur. En définitive, comme il l'indique lui-même, c'est surtout du fait des allégations de l'expertisée qu'il admet un épisode dépressif que n'objective pas ou que peu son examen clinique. La souffrance de l'assurée d'avoir été battue par son ex-mari entre 1987 et 1995 selon ce qu'a indiqué leur fille (cf. courriel du 10 septembre 2020, dos. OAI 40) ne doit pas être mésestimée. Néanmoins, dans les années fort importantes jusqu'à l'âge de jeune adulte, à tout le moins jusqu'à son premier mariage en 1985, son entourage et son développement rapportés ne sont pas particuliers, négatifs. Malgré les difficultés connues avec son ex-mari, elle a toujours su s'adapter et "fonctionner" normalement, étant en mesure d'émigrer en Suisse, de divorcer, d'élever leurs deux enfants, de se marier à nouveau et de connaître une vie relationnelle stable et soutenante, d'assumer diverses activités professionnelles. Un suivi psychique n'a débuté qu'en novembre 2021. Il n'est pas hautement vraisemblable que soient apparus après 2020, et de façon incapacitante totale, un trouble post-traumatique ayant induit de plus un changement de la personnalité durable. Une atteinte mal systématisée, générale, ainsi que l'éventualité que la situation relève (plutôt) d'un autre plan (somatique/psychique et vice-versa) ressort de plusieurs pièces au dossier (cf. également plus bas, consid. 4). En tout état de cause, les experts se sont accordés sur l'absence d'une incapacité de travail déterminante ici, quel que soit le champ investigué, et n'ont retenu ni une atteinte fibromyalgique, ni une somatoforme. Un manque de cohérence s'est manifesté en particulier parce qu'ils ne retrouvaient pas dans leur examen clinique d'éléments soutenant, confirmant les plaintes subjectives de l'expertisée ainsi que le caractère insupportable et fortement incapacitant des douleurs ou des atteintes psychiques qu'elle alléguait. On ne discerne pas quels relations, activités ou loisirs existant avant juin 2020 aurait été diminués ou arrêtés par nécessité liée à l'état de santé. Après recadrage au besoin, l'assurée fait finalement état d'une situation moins péjorée que ce que relatée d'abord. Hormis le profil d'effort somatique, peu entravant en l'espèce y compris

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 en tenant compte de son âge, rien n'objective une (forte) diminution des possibilités et ressources de l'assurée. En revanche, elle apparaît peu encline à accepter d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, que les experts ne jugent au demeurant pas nécessaires faute d'incapacité dans une activité adaptée. Au vu de ce qui précède, la Cour fait siennes l'analyse et les conclusions de l'expertise. 4. Reste à déterminer si des rapports déposés après l'expertise justifieraient de s'en écarter ou à tout le moins créeraient un doute à son égard et à celui de la capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée depuis juin 2020. Les pièces pertinentes seront appréciées ci-dessous. 4.1. 4.1.1. Le 23 mai 2022 (dos. OAI 395), la Dre G. \_\_\_\_\_, psychiatrie et

psychothérapie, certifiée suivre sa patiente depuis le 4 novembre 2021 et que celle-ci présente les diagnostics suivants: modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe F62.0; trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère F33.1; douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques F45.41. Dans un rapport non daté, reçu le 28 juin 2022 mais qui fait mention d'une dernière consultation le 11 mai 2022 (cf. dos. OAI 407), elle reprend les diagnostics susmentionnés. Elle voit sa patiente une fois par semaine ou chaque 15 jours. Celle-ci connaît des freins dans quasiment tous les aspects de la vie (difficultés liées aux tâches administratives, à l'organisation du temps, etc.) et toutes ses fonctions cognitives liées à l'activité sont limitées (sans précision apportée). Les nombreuses limitations fonctionnelles rendent inexigibles toute activité, toute réadaptation. En parallèle à une dépression sévère, elle a une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe; elle a de fait décrit un état de stress post-traumatique précédant le tableau actuel. Cette modification est une séquelle chronique et irréversible: il y a en effet un retrait social, un sentiment de vide, une perte d'espoir. La patiente décrit des douleurs chroniques dominant le tableau clinique et pesant énormément sur son moral, avec un sentiment de détresse. Son état entrave l'accomplissement des tâches ménagères. Son fonctionnement est ainsi fortement entravé (baisse de moral, irritabilité, difficultés dans la gestion des émotions). Une hospitalisation a dès lors été organisée. Pour la Cour, la psychiatre traitante ne discute pas l'expertise dans laquelle les éléments ci-dessus avaient déjà été appréciés de manière convaincante conformément aux requis méthodologiques, médicaux et jurisprudentiels. Elle n'établit pas pourquoi la modification de la personnalité alléguée ne serait plus un diagnostic différentiel mais s'ajouterait aux deux autres qu'elle retient. Selon elle, l'état psychique se serait aggravé depuis environ un an (autour de mai 2021, donc) avec un tableau clinique présentant la quasi-totalité des symptômes d'une dépression sévère. Outre que ce diagnostic et cet état de santé péjoré ainsi que leur importante gravité sont ainsi attestés pour la période où aucun suivi psychique n'existait, ils auraient été alors déjà bien présents lors de l'expertise. Or, l'expert-psychiatre a pu exclure toute atteinte incapacitante du point de vue psychiatrique notamment. A noter d'ailleurs que ni l'autre expert, ni les différents médecins ayant examiné l'assurée n'avaient observé et rapporté un tel état de santé (cf. par ex. le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 1er février 2022 retenant un état dysthymique en traitement avec un état anxieux). Des explications sur l'absence d'amélioration de l'état de santé allégué malgré le suivi mis en œuvre ne sont pas fournies. On ne saisit pas non plus pourquoi en moins de deux mois depuis l'entretien d'expertise, l'état de santé et la situation (capacités cognitives, ressources, exécution effective ou à

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 tout le moins exigible des tâches ménagères, etc.) objectivés par les experts se seraient à ce point péjorés. De fait, le médecin traitant apparaît surtout reprendre sans mise à distance les descriptions et indications de sa patiente. Le contenu de ce rapport ne permet pas de remettre en question les conclusions des experts.

4.1.2. Du 25 mai au 23 juin 2022, l'assurée séjourne dans un centre de soins hospitalier psychiques (cf. lettre de sortie du 20 juillet 2022, dos. OAI 416; rapport du 16 septembre 2022, dos. OAI 429). Le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique adjoint, diagnostique à l'entrée, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen (F32.1) avec des symptômes somatiques importants et une baisse du moral. Aucun autre diagnostic ne sera posé. La dernière activité d'aide-cuisinière n'est plus exigible, tout en étant précisé qu'il était impossible d'aborder le fond de la question tellement l'idée de la reprendre angoissait la patiente. Le médecin n'a pas le recul nécessaire pour se prononcer sur nombre de points

(ressources, mesure des pertes de rendement devant intervenir, taux horaire d'une activité adaptée dont l'exigibilité est admise). Il convient d'éviter un environnement bruyant; la motivation pour une reprise du travail ou un reclassement professionnel est faible; l'absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou un traitement médical est important. L'assurée peut utiliser les transports publics. La Cour relève que cette première hospitalisation de l'assurée, âgée de 59 ans, est intervenue sans urgence et en mode volontaire. L'état de santé à l'admission, maintenu manifestement tout le séjour au vu en particulier du seul diagnostic posé, qualifié d'épisode, ne corrobore pas l'appréciation grave de la psychiatre traitante relatée ci-dessus. Pour le médecin du centre de soins, la patiente est anxieuse et déprimée, avec plus de manifestations cliniques somatique et dissociative que thymique; il y aurait aussi la contribution d'une pathologie somatique de nature inflammatoire. La symptomatologie décrite apparaissant assez atypique, un réseau a d'ailleurs été organisé avec sa fille qui fournit notamment des éléments somatiques (plainte d'une vision floue où elle voit des lignes parallèles, raideurs matinales s'améliorant dans la journée, douleurs "coups de couteau" amenant les médecins du centre psychiatrique à s'interroger quant à une maladie inflammatoire à investiguer). Or, ces éléments somatiques n'ont pas été établis par des médecins et ont été écartés par l'expert-rhumatologue. Le critère urgence danger risque (UDR) est estimé faible. L'assurée qui serait alitée toute la journée et en retrait social à domicile se lève le matin, est en mouvement et apprécie la compagnie d'autres patientes. Les plaintes et descriptions subjectives apparaissent imprégner ce rapport, dont on peine en revanche à distinguer les éléments psychiques et leurs conséquences sur la capacité de travail objectivés, médicalement établis. A noter que l'incapacité de travail est attestée à 100% pour la durée de l'hospitalisation, avec la précision qu'elle est attestée pour toute activité nécessitant une mobilisation physique conséquente; et l'exigibilité retenue d'une activité adaptée dans la cuisine, d'une utilisation des mains, pourvu qu'elle ne soit pas stressante. Or, l'activité habituelle était celle d'(aide)-cuisinière.

4.1.3. Les rapports du Dr I. \_\_\_\_\_, neurologie, des 18 février 2014 et 29 décembre 2015 (cf. dos. OAI 389 et 390), sont anciens, ne font pas état d'atteinte importante et handicapante (syndrome lombo-radiculaire irritatif L5 de peu de répercussion clinique, sans dénerivation; syndrome cervical sans douleur limitée à un dermatome précis et avec un EMG ne montrant que des contractures musculaires), et préconisent uniquement des traitements conservateurs. Les rapports du Dr J. \_\_\_\_\_, ORL, du 26 juillet 2021, du Dr K. \_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 15 septembre 2021, ainsi que celui du Dr D. \_\_\_\_\_, neurologie, du 16 août 2021, que la dernière pièce citée mentionne, figurent bien dans l'expertise. Aucune atteinte invalidante n'en ressort (cf. dos. OAI 310, 476). Il n'y avait aucune indication opératoire.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 4.2. Pour la Cour, ces pièces et les autres produites dans le cadre de l'opposition (rapport du Dr F. \_\_\_\_\_, du 13 juin 2017, plus ancien que celui figurant dans l'expertise, cf. supra; rapport de biopsie du 19 février 2021, dos. OAI 391) ne permettent pas d'admettre une incapacité de travail déterminante au sens de l'assurance-invalidité, ni ne mettent en doute le contenu de l'expertise, ni n'établissent une péjoration (significative et durable) de l'état de santé depuis. C'est à bon escient que les experts ont lapidairement indiqué, le 25 août 2022, qu'elles ne modifiaient pas leurs conclusions. Il convient de relever en outre ce qui suit: les examens cliniques dans le cadre de l'expertise ont eu lieu le 22 mars 2022; le droit aux indemnités de l'assurance-chômage s'est éteint à la fin dudit mois; le projet de décision était datée du 22 avril 2022; l'opposition a été déposée le 24 mai 2022; l'assurée a débuté une hospitalisation volontaire le lendemain;

le 26 mai 2022, le droit aux APG a pris fin. La péjoration de l'état psychique subjectivement faite valoir, singulièrement l'hospitalisation volontaire, paraît surtout comporter un aspect réactionnel, en lien notamment avec le projet de refus de prestations de l'OAI, une fin du droit aux indemnités et des craintes quant à la situation financière, éléments extra-médicaux qui n'entrent pas dans la notion de d'invalidité et de capacité de gain. 4.3. S'agissant des pièces produites en procédure de recours, la Cour rappelle que la date de la décision attaquée, du 13 décembre 2022, fixe en principe le terme de la période soumise à son examen. Cela étant, les éléments suivants peuvent être mis en exergue: La Dre L. \_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie, a vu l'assurée le 2 décembre 2022 (cf. rapport du 13 décembre 2022, dos. OAI 513). Elle ne pose pas de diagnostic, mais indique que les symptômes mis en évidence durant l'entretien "peuvent être mis en lien avec les diagnostics" de la psychiatre traitante. Elle parle d'une suspicion de troubles cognitifs débutants qui pourrait peut-être être explorée, avec un bilan neuropsychologique qui pourrait préciser l'étiologie des symptômes de troubles mnésiques et hallucinatoires nocturnes et peut-être permettre de mieux objectiver d'éventuelles atteintes limitant les capacités de travail. On relèvera ce ton prudent, circonspect, le fait que ni les experts ni le centre hospitalier psychiatrique n'ont retenu les troubles précités, que l'assurée met ses oublis sur le compte du traitement médicamenteux, et qu'aucun médecin n'a jamais jugé nécessaire de mettre en œuvre ce bilan. Au vu de son appréciation consciencieuse des preuves, le Juge de céans n'a pas de motif non plus de mettre en œuvre un tel acte d'instruction dès lors qu'il est hautement vraisemblable que l'assurée ne présente pas de problématique cognitive, à tout le moins aucune déterminante (cf. arrêt TF 9C\_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2 et les réf.). Le Tribunal de céans ne trouve pas dans la transcription de cette unique consultation d'éléments à même de jeter le doute sur l'expertise ainsi que son appréciation des pièces mentionnées ci-dessus, et notamment pas quant à la capacité de travail objective de l'assurée. Les difficultés somatiques (déséquilibres, tremblement des extrémités, douleurs multiples, etc....) que montre ou dont se plaint la patiente n'ont pas été objectivées médicalement ni retenues déterminantes; il en va de même des symptômes psychiques relatés par le médecin, sur la base de son entretien et manifestement des seuls dires de la patiente (hallucinations nocturnes, isolement social, ...). Dans son rapport du 8 janvier 2023, le Dr M. \_\_\_\_\_ (dos. OAI 515), généraliste traitant depuis juillet 2022, relate l'énorme difficulté actuelle de sa patiente dans la réalisation des tâches de base du fait de son attention, de sa mémoire, de sa fatigue et de douleurs diverses (maux de tête, épaules, lombaires, hanches, entre autres). Le médecin reconnaît que, même si un canal lombaire étroit et une tendinopathie des muscles de l'épaule n'aident pas, une origine physique de ces difficultés

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 souvent en lien avec le stress n'a pas été mise en évidence malgré un bilan IRM large en 2021-22 et des avis orthopédique et neurologique sans diagnostics clairs. Pour lui, sur le pan psychique, il existe en revanche clairement une dépression. Dans ces conditions, l'assurée ne peut pas travailler. Il n'y a là aucun élément remettant en cause, sur le plan somatique, l'expertise et ce que retenu plus haut. Quant à l'appréciation psychique de l'assurée par son généraliste, elle ne peut manifestement pas jeter le doute sur les conclusions de l'expert-psychiatre. La psychologue-psychothérapeute FSP traitante N. \_\_\_\_\_, le 16 janvier 2023, relate une humeur dépressive, un manque de motivation pour les tâches quotidiennes, et des problèmes somatiques, qui l'empêchent de marcher. Par courriel du 30 mars 2023, la fille de l'assurée a mentionné une nouvelle hospitalisation en centre psychiatrique, du 17 février au 28 mars 2023. Aucune pièce

médicale n'a été produite à cet égard et ce temps est, pour la Cour, clairement éloigné de la date de la décision attaquée. Pour la Cour, ces derniers documents ne justifient pas non plus de revenir sur ce qu'elle a arrêté dès lors qu'ils n'émanent pas de médecins. 5. 5.1. En outre, le calcul de l'OAI relatif au taux d'invalidité ne souffre pas de critique. Qu'il se soit basé sur l'enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (EES; tableau TA1\_skill\_level, niveau de compétence 1, total cat. 1 femmes) plutôt que sur l'EES 2020 n'a aucune incidence: le revenu obtenu dans une activité respectant le profil d'effort arrêté, par exemple dans l'industrie légère ou les services, est en tout état de cause supérieur à celui sans invalidité. Puisque les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en considération pour la détermination de sa capacité de travail dans une activité adaptée, et qu'est ouvert à l'assurée un nombre suffisant d'activités adaptées au vu du large éventail que recouvre l'ESS 2018 tableau précité, une déduction supplémentaire sur le salaire statistique pour tenir compte des circonstances liées au handicap ne se justifie pas (cf. arrêts TF 8C\_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1 et la référence; 9C\_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 6.3). 5.2. Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. La procédure n'est pas gratuite. Des frais, par CHF 800.-, seront mis à la charge de la recourante, qui succombe. Ils seront prélevés sur son avance de frais versée, d'un même montant. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 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 9 août 2024/djo La Présidente Le Greffier-rapporteur

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