

200.2018.677.AI

N° AVS
ANP/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 23 avril 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 7 août 2018



En fait:

A.

A. _____, née en 1968, dispose des formations certifiées de vendeuse et d'employée du commerce de détail. Après avoir travaillé dans la vente, elle s'est formée comme téléopératrice, puis opératrice technique, et a été engagée dès juin 1990 auprès d'une société active dans les télécommunications. Licenciée pour fin avril 2001 suite à une restructuration d'entreprise, elle a bénéficié jusqu'à fin avril 2003 d'un plan social qui lui a permis d'acquérir une formation comme créatrice de bijoux; elle n'a jamais exercé cette profession ni retravaillé par la suite. A fin juin 2005, l'assurée s'est annoncée à l'assurance-invalidité (AI) en invoquant souffrir depuis le 28 avril 2003 d'un "ADS" (attention deficit syndrom; ci-après TDA-H: trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité). Une décision de refus de rente rendue le 6 juin 2007 sur la base d'une expertise psychiatrique datée du 8 décembre 2006 a été annulée le 2 juillet 2008 par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en vue d'une instruction médicale complémentaire (JTA AI 2007/6340).

B.

A nouveau saisi de la demande, l'Office AI Berne s'est enquis de l'évolution auprès du psychiatre traitant d'alors. Une expertise interdisciplinaire réunissant la médecine interne, la psychiatrie, la rhumatologie et la neuropsychologie a été établie le 7 juin 2010. Ensuite d'objections à son encontre, une préorientation de refus de rente du 12 novembre 2010 a été annulée et le dossier transmis à la Division de réadaptation professionnelle de l'AI. L'intéressée a bénéficié du 2 avril au 24 juin 2012 d'un entraînement à l'endurance. L'Office AI s'est ultérieurement enquis d'un suivi auprès d'une clinique universitaire spécialisée en TDA-H ainsi qu'à raison d'une arthroscopie à la hanche gauche pratiquée le 5 juin 2014. Dans l'intervalle, il a mis fin le 19 mai 2014 aux mesures professionnelles. Le retard pris dans l'attribution aléatoire d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire a été qualifié le 10 mars 2016 d'injustifié par le TA (JTA AI

2015/955). Cette expertise, désormais étendue au domaine de l'orthopédie mais ne comportant plus une spécialisation ciblée sur le TDA-H en psychiatrie, a fini par pouvoir être établie le 25 octobre 2016, postérieurement à une opération pratiquée le 6 mai 2016 à l'épaule gauche.

C.

A mesure que la nouvelle expertise pluridisciplinaire réservait un réexamen de la situation suite à l'intervention scapulaire subie, l'Office AI s'est enquis de l'évolution auprès des médecins traitants; il a en outre reçu copie par l'assurée de divers rapports médicaux. Une expertise bidisciplinaire (chirurgie orthopédique/psychiatrie) a par la suite été ordonnée, à laquelle l'intéressée s'est d'abord opposée, puis soumise, après que l'Office AI l'eut invitée à plusieurs reprises à collaborer à l'instruction et qu'elle a de son côté demandé le report de plusieurs dates d'examen. L'expert psychiatre a livré ses conclusions définitives le 3 juillet 2017, tandis que son confrère orthopédiste a produit en février 2018 un complément à une première expertise du 3 juillet 2017 demeurée inachevée du fait de données radiologiques manquantes fournies dans l'intervalle par l'assurée. Des rapports d'un consilium entre experts ont été établis les 13 et 14 février 2018. Après due préorientation à nouveau contestée, l'Office AI a nié en date du 7 août 2018 le droit à une rente en l'absence prétendument d'une atteinte invalidante à la santé.

D.

Par acte du 14 septembre 2018, l'assurée, par son représentant (mandat constitué en juin 2007), a contesté cette décision devant le TA en concluant sous suite des frais et dépens à son annulation ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière à partir du 1^{er} juillet 2006 et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique chez un spécialiste du TDA-H en vue de définir si le diagnostic du TDA-H adultes, respectivement celui d'un trouble hyperkynétique, a été correctement posé par le psychiatre traitant

d'alors et, le cas échéant, préciser s'il en résulte une incapacité de travail. Dans sa réponse du 1^{er} novembre 2018, l'Office AI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à ce que l'intéressée supporte les frais de procédure et ne se voie pas allouer de dépens. Les parties ont répliqué et dupliqué les 11 et 30 janvier 2019. Postérieurement à l'envoi de sa note d'honoraires datée du 20 février 2019, le mandataire de la recourante a produit le 12 septembre 2019 de nouvelles pièces médicales. Un échange de courriers portant sur la durée prévisible de la procédure a eu lieu entre l'assurée et le Tribunal à fin septembre 2019.

En droit:

1.

1.1 La décision du 7 août 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à une rente AI en l'absence, prétendument, d'une atteinte invalidante à sa santé. L'objet du litige, également à la lumière de la motivation du recours (ch. III/28 p. 11), porte sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2006, ainsi que, subsidiairement, si le TA ne parvient pas en l'état à se convaincre d'une invalidité d'au minimum 75%, à un jugement dûment fondé sur les résultats d'une expertise judiciaire auprès d'un médecin psychiatre spécialiste du TDA-H (conclusion 3 consistant en soi en une réquisition de preuve).

1.2 Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). D'après l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA).

Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une

manifestation analogue (ATF 127 V 294 c. 5a). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que, sur la base d'une appréciation médicale plausible, les indices suggérant une exagération sont nettement prépondérants et que les limites pour qualifier un simple comportement ostensible sont tellement dépassées, sans que le comportement d'exagération ne soit induit par un trouble psychique autonome ayant valeur de maladie (ATF 127 V 294 c. 5a), il ne saurait être question d'une atteinte à la santé assurée. Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 1^{ère} phr. LPGA). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.3 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et 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 fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt

qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 L'Office AI reconnaît entière valeur probante à l'expertise bidisciplinaire réalisée en 2017/2018. Il considère d'abord que l'amplification des plaintes constatée à l'examen orthopédique exclut toute atteinte invalidante à la santé et qu'une incapacité de travail ou de rendement n'a de toute façon pas été attestée par l'expert somaticien dans le dernier emploi exercé. L'intimé retient ensuite qu'en l'absence d'un trouble de la personnalité notable, le diagnostic d'une dysthymie ne suffit pas à établir une invalidité au sens de l'AI et, sur le vu des constats d'incohérence de l'atteinte posés par l'expert psychiatre, qu'il peut être renoncé pour des raisons de proportionnalité à une procédure probatoire structurée d'évaluation des troubles psychiques. De son avis toutefois, même à appliquer cette procédure, l'on ne parviendrait pas à un autre résultat que celui retenu par l'expert psychiatre et il y aurait lieu, au terme de l'évaluation juridique, de s'écarter de la perte de rendement de 30% attestée par ce dernier.

La recourante nie, quant à elle, toute validité juridique à l'appréciation bidisciplinaire précitée. D'un point de vue formel, elle critique le manque d'indépendance de l'expert orthopédiste et, à l'égard tant de ce dernier que de son confrère psychiatre, soutient que des documentations différentes leur ont été mises à disposition, que leurs rapports d'expertise unidisciplinaires ont été rédigés le même jour que leurs examens et qu'une

véritable appréciation de consensus fait défaut entre eux. Sur le plan matériel, elle fait grief aux experts de ne pas avoir vérifié l'ensemble des données factuelles prises en compte en rendant conséquemment lacunaires certains éléments anamnestiques, d'avoir fait abstraction du résultat du stage d'endurance organisé par l'AI avec l'attestation, conséquemment, de limitations fonctionnelles en deçà de celles observées lors de cette mesure, ainsi que de ne pas s'être confrontés dans leurs discussions aux avis émanant des médecins traitants et du SMR.

3.2 En procédure de recours, l'assurée a produit des rapports datés des 9 décembre 2016 (déjà au dossier AI [dos. AI] 302/3 à 6) et 4 février 2019 de son ancien psychiatre traitant, des certificats médicaux d'incapacité de travail (à 100%) établis par un chirurgien orthopédiste pour la période du 4 décembre 2018 au 20 septembre 2019 ainsi que par son nouveau psychiatre du 8 avril au 30 septembre 2019 (dossier recourante [dos. rec.] 1 p. 1 à 6; 3 p. 1 et 2). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (voir à ce sujet: c. 1.1 supra), à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, les attestations précitées d'incapacité de travail sont toutes postérieures à la décision contestée du 7 août 2018, de sorte qu'il ne saurait en être tenu compte dans le cadre du présent litige. Bien qu'également rendu après la décision litigieuse, le rapport du 4 février 2019 émanant de l'ancien psychiatre traitant permet quant à lui néanmoins certaines déductions relativement à la situation qui prévalait avant le prononcé de celle-ci. Il y aura ainsi lieu d'en tenir compte dans l'appréciation des preuves (c. 4 et 5 infra).

4.

Les principales sources suivantes au dossier de l'intimé se prononcent sur la situation médicale et la capacité de travail offerte.

4.1 Plusieurs médecins et spécialistes ont d'abord été consultés dans le cadre du suivi régulier de la recourante.

4.1.1 Sur le plan psychique, l'assurée a été prise en charge en mai 2003 par un médecin généraliste sur intervention de son compagnon d'alors. Dans un rapport AI du 7 août 2005, ce médecin a restitué cette consultation en indiquant que la patiente était à l'époque apparue très fixée sur l'idée de souffrir d'un TDA-H, alors que la situation évoquait pour lui plutôt un état anxio-dépressif ou un trouble conflictuel prenant racine dans une jeunesse difficile. Il a admis s'être jadis trouvé dans une impasse thérapeutique et avoir adressé en août 2003 (fin de son suivi) sa patiente à des services psychiatriques hospitaliers en vue d'une évaluation diagnostique. Dans le cadre de celle-ci puis de leur propre suivi (entre février et décembre 2004), ces services ont diagnostiqué selon la CIM-10 (classification internationale des maladies, 10^e révision) un TDA-H (F90.0) nettement amélioré sous médication d'après l'anamnèse ainsi que des troubles accentués de la personnalité (F73.1). Ils ont souligné que la patiente s'était efforcée de les convaincre du fait qu'elle présentait un TDA-H et qu'une anamnèse différentielle de ce trouble pendant l'enfance s'était avérée difficile vu l'absence d'indications concrètes à ce sujet et la fixation de la patiente sur ses symptômes actuels. Entre le 17 mars 2005 et le 31 mars 2019, cette dernière a été suivie par un psychiatre qui a reconnu la présence, avec influence sur la capacité de travail, d'un TDA-H remontant à l'enfance, d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (CIM-10: F43.21) dès l'été 2003 dans un contexte professionnel et asséurologique difficile (diagnostic abandonné par la suite) ainsi que celle d'une obésité morbide (problèmes pondéraux d'abord diagnostiqués et qualifiés alors de non incapacitants). Au fil de sa prise en charge, ce psychiatre a de plus mis en évidence des traits de personnalité névrotiques, une psychorigidité et un déni des difficultés émotionnelles. Après avoir laissé ouverte la question de savoir si ces symptômes traduisaient un trouble de la personnalité mixte avec des traits dépendants, évitants et paranoïdes ou plutôt une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (CIM-10: F62.1), il a penché pour la seconde hypothèse en précisant que ce diagnostic influençait la capacité de travail. Il a attesté une incapacité de travail à 100% à partir du 17 mars 2005, puis à au moins 75% dès le 20 mars 2007 (finalement, dans tout type d'emploi). A son instigation, l'assurée a été suivie entre juillet et novembre 2011 auprès d'une clinique psychiatrique universitaire spécialisée en TDA-H qui a retenu les

diagnostics potentiellement invalidants d'un trouble dépressif récurrent depuis 2003, actuellement de degré moyen (CIM-10: F33.1), et d'un TDA-H (CIM-10: F90.0). Dans son ultime rapport du 4 février 2019, l'ancien psychiatre traitant a nié toute aptitude à la réhabilitation et a attesté d'une péjoration médicale depuis janvier 2018 (dos. rec. 1 p. 4).

4.1.2 S'agissant de l'aspect somatique, la recourante a subi à l'âge de 20 ans une fracture à la cheville gauche traitée par ostéosynthèse (ablation du matériel en 1989), puis a été victime le 1^{er} novembre 1991 d'un accident de la circulation qui lui a occasionné un traumatisme indirect au niveau de la colonne vertébrale cervicale ainsi que des contusions à la colonne vertébrale lombaire et thoracale (cure de réadaptation suivie à raison de ces suites accidentelles). Des plaintes compatibles avec des séquelles post-commotionnelles ensuite de l'événement précité de 1991 (difficultés de concentration, fatigabilité, troubles du sommeil notamment) ont été investiguées en novembre 1993 lors d'un bilan neuropsychologique qui n'a rien révélé de particulier. L'assurée a ultérieurement été opérée le 5 juin 2014 à la hanche gauche et le 6 mai 2016 à l'épaule gauche. Les médecins orthopédistes qui l'ont suivie pour ces problématiques ainsi que pour des lombalgies (dès 2014) lui ont attesté des périodes continues d'incapacité de travail à 100% dès le 5 juin 2014, à 50% à partir du 16 octobre 2014, à 100% depuis le 13 novembre 2014, à 50% dès le 22 décembre 2014, puis à nouveau à 100% à compter du 19 mai 2015. Le chirurgien orthopédiste ayant pratiqué les interventions précitées ainsi que le médecin orthopédiste en charge du suivi ont dressé des profils d'exigibilité détaillés (emploi alternant les postures, sans positions accroupie ou à genoux et n'impliquant pas de soulever ou porter des charges de plus de 5 kg, de se pencher et d'effectuer des rotations dans certaines postures, de monter sur une échelle/un échafaudage ou de monter des escaliers); moyennant ces réserves, ils ont estimé qu'une capacité de travail entière était préservée dans un emploi de bureau (dos. AI 165/4 ch. 1). L'assurée a par ailleurs bénéficié entre mai et novembre 2016 d'une réadaptation post-opératoire de son épaule gauche auprès d'un médecin spécialisé en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en médecine du sport. Plusieurs infiltrations ont été pratiquées par un médecin radiologue entre fin 2015 et mi-2018 au niveau des lyses isthmiques L5 (gauche et droite), des

articulations C6-C7 (gauche), C7-D1 (droite), D5-D6 (gauche et droite), D7-D8 (gauche et droite), L3-L4 (gauche et droite), L4-L5 (gauche et droite) et L5-S1 (gauche et droite), ainsi que du nerf grand occipital droit.

4.2

Des mesures d'instruction médicale ont également été ordonnées par l'AI auprès de divers spécialistes.

4.2.1 Une expertise psychiatrique établie le 8 décembre 2006 a retenu les diagnostics au sens du DSM-IV-TR (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive actuellement en rémission (axe I), d'une personnalité passive-dépendante à traits histrioniques «décompensée» (axe II) et de difficultés à assumer le début d'une activité professionnelle en tant qu'indépendante (axe IV) (l'axe III relatif à l'existence d'une pathologie somatique n'ayant pas été abordé dans l'expertise). Dans le cadre de sa discussion, l'expert a indiqué que le trouble de l'adaptation, associé à des somatisations et apparu selon lui le 17 mars 2005, pouvait être considéré comme résolu six mois plus tard, soit le 17 septembre 2005. L'hypothèse d'un TDA-H lui paraissait difficile à soutenir mais, même à être confirmé, un tel trouble n'influençait de son avis pas la capacité de travail. Si la personnalité sous-jacente pouvait amener à considérer les symptômes physiques et neuropsychologiques en tant qu'expression d'un trouble somatoforme indifférencié d'allure très hystérique, il penchait davantage pour les spécificités de personnalité et les difficultés face aux responsabilités professionnelles évoquées aux axes II et IV précités. De son avis, excepté la période du 17 mars au 17 septembre 2005 où une incapacité de travail à 100% devait être reconnue, l'assurée disposait d'aptitudes professionnelles entières dans une activité adaptée telle celle usuelle de téléphoniste. Dans son jugement rendu le 2 juillet 2008 (JTA AI 2007/6340), le TA a estimé que cette expertise n'était pas convaincante et a ordonné une instruction complémentaire sur les plans psychique et somatique.

4.2.2 Des investigations en médecine interne, psychiatrie, rhumatologie et neuropsychologie s'en sont suivies entre le 17 février et le 1^{er} avril 2010

après d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Un rapport d'expertise interdisciplinaire du 7 juin 2010 synthétisant ces examens n'a pas retenu de diagnostic influençant la capacité de travail. Sans répercussions sur cette dernière étaient mentionnés des troubles cognitifs légers, des troubles factices, des troubles mentaux et du comportement liés à d'autres substances psychoactives (ritaline) en utilisation continue, des lombalgies communes avec de discrets troubles dégénératifs, des cervicalgies tensionnelles, une périarthrite de la hanche gauche, des séquelles douloureuses à la cheville gauche, une obésité sévère (indice de masse corporelle de 36 kg/m²) ainsi qu'une hypertension artérielle non traitée. Au final, les experts ont conclu à une capacité de travail entière dans des activités adaptées (pas de port de charges lourdes ni de travaux contraignants pour le dos) telles celles usuelles d'employée de bureau, d'orpailleuse et de créatrice de bijoux. Ils ont nié que l'assurée ait présenté une incapacité de travail après avoir quitté son poste de travail en 2001 dans le cadre d'une restructuration d'entreprise. Les conclusions retenues par l'experte mandatée sur le plan psychiatrique n'ont pas été jugées dignes de foi par la doctoresse psychiatre du SMR (voir également c. 4.3 infra).

4.2.3 Une nouvelle expertise pluridisciplinaire ressortant aux domaines de la médecine interne, de la neurologie, de la neuropsychologie, de la psychiatrie et de l'orthopédie a été réalisée entre fin mai et fin juillet 2016. Dans leur rapport de synthèse du 25 octobre 2016, les experts ont diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, un conflit sous acromial, une tendinopathie du sus-épineux ainsi qu'une instabilité du long chef biceps dans sa gouttière (CIM-10: M75.8) en présence d'un status post-acromioplastie, synovectomie sous-acromiale, résection d'un centimètre distal de la clavicule, suture d'une lésion du sus-épineux par voie arthroscopique et ténodèse du long chef du biceps le 6 mai 2016. Sans répercussions sous l'angle des exigences professionnelles ont été évoqués un conflit coxofémoral gauche avec status post-synovectomie, plastie de réduction du toit acétabulaire et ostéoplastie de sphérisation à la jonction tête et col le 5 juin 2014, une dysthymie, avec dépression anxieuse, persistante existant depuis 2003 et faisant suite à un trouble de l'adaptation (CIM-10: F34.1), ainsi qu'une accentuation de traits de

personnalité émotionnellement labile et évitante existant probablement depuis l'âge de jeune adulte (CIM-10: Z73.1). De l'avis des experts, la capacité de travail était en l'état nulle depuis l'acromioplastie pratiquée le 6 mai 2016 et nécessitait d'être réévaluée dans les six à neuf mois à compter de cette intervention. Ils ont qualifié le pronostic de bon avec la perspective pour l'assurée de recouvrer une pleine capacité de travail dans des activités adaptées telles celles d'opératrice téléphonique ou de créatrice de bijoux s'exerçant en position principalement assise, limitant le port de charges à 5 kg, excluant les travaux lourds et n'impliquant pas de tâches avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan de l'horizontale.

4.2.4 Une expertise bidisciplinaire a été réalisée les 16 mai, 29 mai et 3 juillet 2017 sur le plan psychiatrique ainsi qu'à cette même dernière date sous l'angle orthopédique.

Dans son rapport daté du 3 juillet 2017, l'expert psychiatre a admis une dysthymie (CIM-10: F34.1) datant d'environ 10 ans en tant que diagnostic susceptible d'influencer la capacité de travail, en l'occurrence toutefois seulement le rendement. Sans influence du point de vue des exigences professionnelles, il a évoqué en les opposant le diagnostic (jugé par lui peu probable) d'un trouble somatoforme douloureux (TSD) persistant sans indices de gravité jurisprudentiels remplis (CIM-10: F45.4) et celui (à qualifier à son sens de probable) de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classés sans indices de gravité jurisprudentiels remplis (CIM-10: F54). Toujours sans répercussions sur la capacité de travail, il a par ailleurs rapporté des traits de personnalité émotionnellement labile, de type impulsive et évitante, actuellement non décompensée (CIM-10: Z73.1), de même qu'un TDA-H présent depuis l'enfance (ICD-10: F90.0). De son avis, les limitations fonctionnelles s'avéraient peu importantes et se présentaient sous forme d'une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur objectivable, d'une faible résistance au stress, de difficultés relationnelles et de fonctionnement en groupe, d'une intolérance à la frustration ainsi que de troubles de la concentration subjectifs, sans isolement social total. Compte tenu de ces restrictions qu'il a retenues depuis 2005, il a estimé qu'une

capacité de travail entière avec un rendement diminué de 30% est offerte dans la dernière activité exercée. Il a néanmoins précisé que le pronostic de reprise d'un emploi apparaît particulièrement sombre vu le déconditionnement sévère de la patiente sujette à une décompensation tant à raison de ses traits de personnalité que d'une éventuelle rechute dépressive, ce d'autant que celle-ci ne bénéficiait ni d'un suivi psychiatrique hebdomadaire ni d'un traitement antidépresseur.

A teneur de son second rapport daté "dès le 3 juillet 2017" et établi courant février 2018 après mise à disposition du dossier radiologique complet, l'expert orthopédiste a diagnostiqué au sens de la CIM-10 et avec influence sur la capacité de travail un status post conflit fémoro-acétabulaire antéro-externe gauche de type mixte le 7 février 2014 (M25.9), un status post levée dudit conflit sous arthroscopie le 5 juin 2014, un status post arthrose acromio-claviculaire résistant au traitement conservateur, de conflit sous-acromial et de lésion de la face acromiale du sus-épineux de l'épaule gauche le 30 mars 2016 (M19, NC, M67), un status post, sous arthroscopie, synovectomie sous-acromiale, résection du centimètre distal de la clavicule, suture d'une lésion du sus-épineux avec ténodèse du long chef du biceps à l'épaule gauche le 6 mai 2016 ainsi qu'un status post lyse isthmique bilatérale de L5 sans complication neurologique ni spondylolisthésis le 4 juillet 2013 (M48.86, L5). Sans influence du point de vue des aptitudes au travail, l'expert a évoqué une apophysomégalie transverse bilatérale de L5 de type Castellvi II b le 12 janvier 1995 (Q67.5), un status post maladie discale dégénérative C5/C6 avec une arthrose toute débutante en C6/C7 et C7/C8 le 10 novembre 2015 (M47.9), ainsi qu'un status post surcharge mécanique de l'articulation sacro-iliaque gauche le 3 juillet 2017 (M25.5). L'obésité morbide de classe 3 ainsi que le déconditionnement musculaire constatés à son examen n'ont pas été retenus au vu du cadre fixé à l'expertise. L'expert a estimé offerte une capacité de travail et de rendement entière dans la dernière activité adaptée exercée à la seule pathologie lombaire active, elle-même aggravée par l'association de l'obésité au déconditionnement musculaire.

A l'appui de leur appréciation bidisciplinaire selon rapports des 13 et 14 février 2018, les experts ont retenu les diagnostics potentiellement

invalidants selon la CIM-10 d'une dysthymie présente depuis environ 10 ans (F34.1) et d'un status post lyse isthmique bilatérale de L5 sans complication neurologique ni spondylolisthésis le 4 juillet 2013 (M48.86, L5). Ils ont précisé qu'excepté du 5 juin au 5 septembre 2014 et du 6 mai au 6 novembre 2016 où une incapacité de travail entière devait être admise en lien avec les opérations subies (hanche et épaule gauches), une capacité de travail et de rendement entière était préservée dans une activité n'impliquant ni stress ni hiérarchie complexe et respectant les restrictions physiques de classe 2 exigeant de ne pas soulever, porter, pousser de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 à 15 kg, de travailler en position accroupie, de ramper et grimper, d'effectuer des mouvements répétitifs ou réguliers de flexion, extension ou torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude, de subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale, de monter fréquemment plusieurs escaliers et de marcher en terrain accidenté ou glissant. D'après eux, la recourante subissait pour des raisons psychiques (intolérance au stress et à une hiérarchie complexe) une perte de rendement de 30% dans sa dernière activité exercée, laquelle ne représentait dès lors pas un emploi idéalement profilé pour ses handicaps.

4.3 Par le biais d'une doctoresse psychiatre, le SMR s'est prononcé à plusieurs reprises sur la situation médicale de l'assurée. Ainsi, après avoir considéré comme probantes les conclusions rendues dans le cadre de l'expertise psychiatrique du 8 décembre 2006 (désavouées par le TA dans son JTA AI2007/6340 du 2 juillet 2008), cette doctoresse a dénié toute validité à l'expertise pluridisciplinaire du 7 juin 2010, en particulier au volet psychiatrique de celle-ci (voir également c. 4.2.2 supra). Se prononçant sur le rapport de stage du 10 juillet 2012 établi suite à la mesure d'entraînement au travail ordonnée par l'AI, elle a confirmé le 10 août 2012 les diagnostics incapacitants posés par les spécialistes traitants d'un trouble dépressif récurrent depuis 2003, actuellement de degré moyen (CIM-10: F33.1), et d'un TDA-H (CIM-10: F90.0). Cette même doctoresse recommandait alors la mise en œuvre du traitement préconisé par la clinique psychiatrique universitaire spécialisée en TDA-H, à savoir la poursuite de la médication ciblée sur ce trouble et l'instauration, en sus, d'un traitement médicamenteux antidépresseur. Suite à l'échec de ce

traitement et au vu de la nécessité d'explorer d'autres pistes diagnostiques, elle a recommandé début avril 2014 une expertise pluridisciplinaire avec un volet psychiatrique impliquant une spécialisation en TDA-H de l'expert, avant d'abandonner en avril 2016 cette dernière exigence de spécialisation. Après avoir consulté une consœur orthopédiste du SMR quant à l'aspect somatique, elle a recommandé début mars 2017 une expertise bidisciplinaire (orthopédique/psychiatrique) en vue de déterminer, notamment, si d'éventuelles douleurs non expliquées - entièrement - par le substrat somatique recelaient une composante psychogène.

5.

5.1 L'assurée conteste le caractère probant de l'expertise bidisciplinaire de 2017/2018 qui sert de fondement à la décision de l'intimé en avançant préalablement des critiques d'ordre formel.

5.1.1 Est en premier lieu dénoncé dans le recours (ch. 11, 16 et 17 p. 6 et 7) le manque d'impartialité de l'expert orthopédiste. Dès lors que l'intéressée s'est soumise à cet examen spécialisé, on peut de prime abord s'interroger sur sa bonne foi à invoquer ce grief au stade de son recours de droit administratif (voir en ce sens: réponse du 1^{er} novembre 2018 ch. 18 p. 3). Il demeure néanmoins que ce reproche a été formulé à répétées reprises en procédure administrative et que le dossier rend compte de nombreux malentendus entre l'expert somaticien et l'assurée. Ces quiproquos sont d'abord imputables au fait que la recourante se trouvait encore en discussion avec l'intimé quant à la nécessité de se soumettre à une nouvelle expertise lorsqu'elle a été convoquée à l'examen orthopédique initialement agendé au 19 avril 2017. N'ayant conséquemment pas donné suite à cette convocation, l'expert n'a pu que constater son absence injustifiée audit examen. Les difficultés à s'accorder sur les dates de remplacement proposées par la suite trouvent quant à elles leur explication dans le fait que l'assurée en a demandé le report en raison soit du lieu de l'examen jugé trop éloigné de son domicile (l'expert orthopédiste disposant d'un deuxième cabinet plus proche de celui-ci), soit de leur proximité temporelle trop étroite avec les examens psychiatriques.

A nouveau, la situation à raison de ces griefs n'a été clarifiée auprès de la recourante qu'après les nouvelles dates d'examen arrêtées aux 17 mai et 1^{er} juin 2017. Une demande de récusation de l'expert ensuite d'un échange téléphonique, à la première de ces deux dates, lors duquel celui-ci se serait fâché contre l'intéressée (ce qu'il conteste) a été écartée et le mandat d'expertise confirmé. Averti par l'assurée de son absence au rendez-vous suivant, l'expert a décidé de maintenir son examen et a de fait à nouveau dû constater que la patiente ne s'était pas présentée à sa consultation. Sur le vu des circonstances pré-décrites, il n'est certes pas impossible que l'expert ait été amené à penser que l'expertisée n'entendait pas se conformer à ses devoirs envers l'AI. En effet, ce médecin n'a jamais été informé des contestations soulevées par l'assurée devant l'Office AI et impliquant de facto le report des (trois) premières dates d'examen prévues, mais a par contre toujours reçu copie des demandes de collaboration de l'intimé invitant formellement celle-ci à se soumettre à l'examen requis. Quoi qu'il en soit, rien dans l'appréciation de cet expert ne laisse entrevoir qu'il se serait laissé influencer par ces contretemps et malentendus, ni qu'il en aurait tenu d'une quelconque manière rigueur à la recourante. On ne saurait non plus affirmer qu'il "se prend pour le bras prolongé de l'Office AI et non pas comme expert médical neutre". S'il est vrai que ce spécialiste établi à son compte est appelé à se voir régulièrement attribuer des mandats de la part de l'intimé, notamment pour des assurés francophones (voir la liste des experts publiée sur le site <http://www.aibe.ch/fr> rubriques "Médecins", "Experts externes"), ce seul fait ne permet toutefois pas de préjuger de la partialité de ses conclusions. Il ne faut pas perdre de vue que la réalisation d'un tel mandat n'entre pas dans la sphère de compétence de n'importe quel médecin. Bien au contraire, la mise sur pied, le déroulement et la rédaction d'un rapport d'expertise sont soumis à des règles strictes, qui imposent aux experts de disposer de connaissances particulières et, partant, d'acquérir une certaine spécialisation dans ce domaine médical également. Une administration de preuve visant à connaître le nombre et la proportion des mandats confiés par l'intimé à l'expert concerné ne fournirait aucun résultat susceptible d'influer sur le sort de la présente procédure (ATF 137 V 210 c. 1.3.3; JTA AI 2016/933 du 8 février 2018 c. 5.1.1 avec références citées). La réquisition de preuve

formulée en ce sens dans le recours (ch. 12 p. 6) doit par conséquent être rejetée.

5.1.2 L'assurée se prévaut également du fait que les experts mandatés n'avaient pas la même documentation médicale à disposition ni n'ont dressé un seul et unique historique médical (recours ch. 13 p. 6; réplique ch. 4 p. 2). Il ressort cependant du dossier et de la réponse du 1^{er} novembre 2018 (ch. 19 p. 4) que ces médecins ont chacun reçu copie de l'entier du dossier dont disposait l'intimé. L'expert psychiatre s'est par ailleurs vu délivrer, en sus, la traduction française de plusieurs pièces médicales concernant notamment la prise en charge de l'accident de 1991, le suivi de l'assurée au sein de services psychiatriques hospitaliers ainsi qu'auprès d'une clinique universitaire spécialisée en TDA-H. Le fait que les experts n'aient pas listé l'ensemble des données médicales recensées au dossier AI ni énuméré chacun les mêmes sources médicales s'explique par les besoins spécifiques de leur mandat d'investigation. Ainsi, contrairement à son confrère psychiatre, il s'avérait déterminant pour l'expert orthopédiste de retracer l'évolution de l'aspect somatique connue déjà avant le dépôt de la demande AI de 2005 et de mentionner dans ce contexte les données radiologiques plus anciennes disponibles (dos. AI 317.1/37 à 41; 51). N'en contredise la recourante, ce spécialiste a également tenu compte des traitements récents sous forme d'infiltrations instaurés auprès d'un médecin radiologue (dos. AI 317.1/9 à 17; 53). Quant à l'expert psychiatre, il n'a pour autant pas omis de rappeler certaines données d'ordre somatique lorsque celles-ci étaient susceptibles d'interagir avec la sphère psychique, tel l'accident de 1991 et ses possibles répercussions sous l'angle neuropsychologique investiguées courant 1993 (et n'ayant rien révélé de particulier). En tous les cas, la recourante n'explique nullement en quoi l'absence d'un listage exhaustif des pièces au dossier AI lui aurait été défavorable ou aurait influencé d'une quelconque manière, qui plus est négative, les constatations des experts. Sous l'angle de sa valeur probante (c. 2.3 supra), il importe pourtant uniquement qu'un rapport médical soit établi en pleine connaissance du dossier et décrive de manière claire le contexte médical. Or, l'assurée n'allègue à cet égard nullement que les experts auraient passé sous silence des éléments essentiels de son

anamnèse médicale, tels les résultats des expertises ordonnées par l'intimé ou ceux émanant des spécialistes impliqués dans son suivi.

5.1.3 Il est ensuite fait grief aux experts d'avoir élaboré leurs expertises respectives le 3 juillet 2017, à savoir le jour même de leurs examens respectifs (référence étant faite, s'agissant de l'expert somaticien, à la première de ses deux expertises). L'assurée en déduit que ces médecins ont rédigé leurs rapports d'expertise "déjà avant l'examen clinique" et que leur opinion ne porterait donc pas sur ce dernier, mais sur une "appréciation subjective de la documentation préexistante, mais lacunaire" (recours ch. 14 et 15 p. 6 et 7). Vu le travail d'envergure qu'implique une expertise médicale et le canevas de surcroît serré que doit veiller à respecter celle-ci en vue de répondre au questionnaire soumis par l'AI, il ne saurait toutefois être reproché aux experts de se préparer en transposant par exemple dans leurs rapports, avant même les examens médicaux à effectuer, certaines données factuelles accessibles à la seule lecture du dossier. Au reste, l'examen clinique ne représente qu'une partie très limitée dans le temps de leur mandat. Le rapport d'expertise psychiatrique daté du 3 juillet 2017 (reçu par l'intimé le 6 juillet 2017) ne faisait de surcroît pas seulement suite à un examen organisé le même jour par l'expert, mais à deux précédentes consultations en date des 16 et 29 mai 2017. Quant au premier rapport d'expertise orthopédique daté du 3 juillet 2017 (reçu par l'intimé le 11 juillet 2017), il n'a été finalisé qu'en février 2018 en raison précisément du fait que les données disponibles au moment de l'examen du 3 juillet 2017 ne permettaient pas une appréciation médicale aboutie et complète.

5.1.4 L'assurée déplore par ailleurs le fait que l'expert orthopédiste n'ait pas dressé un récapitulatif chronologique de la documentation portée à sa connaissance par l'intimé et qu'une partie de son condensé soit en outre rédigée en italique (recours ch. 20 p. 8). S'agissant du second point, l'on précisera que ce mode de citation tend uniquement à différencier les pièces qui manquaient originellement au dossier AI et qui ont été transmises à fin janvier 2018 à l'expert. Loin de refléter une valeur probante inférieure qui serait reconnue à ces dernières, cette façon de procéder tend bien plus à une meilleure vue d'ensemble des sources médicales à

disposition ainsi qu'à souligner leur accessibilité en deux temps à l'expert. Il est du reste usuel qu'à des fins comparatives, les modifications ou ajouts apportés à un document plus ancien ressortent sous une forme topographique différente - comme ici en italique - du nouveau document qui les intègre. Pour le surplus, il est certes vrai que le récapitulatif des documents mis à disposition de l'expert orthopédiste (dos. AI 317.1/3 à 18) ne suit pas toujours un ordre temporel rigoureux, soit parce que certains - en réalité au nombre de deux - rapports médicaux ne sont pas listés selon une suite chronologique (dos. AI 317.1/11 et 12), soit parce que la documentation communiquée en 2018 à l'expert est répertoriée (en italique) de manière antéchronologique (dos. AI 317.1/15 à 18). Quoi qu'il en soit de ces disparités dans le mode de citation des sources, il n'est en tout cas pas allégué que celles-ci auraient débouché sur des incohérences dans la description du contexte médical.

5.1.5 La recourante fait en outre grief aux experts de ne pas avoir établi "une" expertise bidisciplinaire, mais d'avoir rédigé chacun "son rapport d'expertise sans tenir compte des résultats cliniques et de l'appréciation de l'autre" (recours ch. 21 et 22 p. 8 et 9). Contrairement à ce qui vaut en cas d'expertise confiée à un COMAI, un mandat d'expertise bidisciplinaire n'implique cependant pas que soient réunies dans un seul et unique document les conclusions des spécialistes désignés. L'établissement par ces derniers de rapports indépendants ainsi qu'une discussion de consensus constituent bien plus les étapes temporelles usuelles de ce mode d'évaluation médicale. En ce sens, il ne s'avère nullement problématique que les experts aient rendu leur appréciation unidisciplinaire sans tenir l'un et l'autre compte, à ce moment-là, de leurs conclusions respectives. C'est bien davantage au stade suivant du consilium de synthèse qu'il leur incombait de confronter celles-ci et de s'entendre sur une évaluation finale commune. N'en contredise l'assurée, cette discussion a du reste bien eu lieu au présent cas et il n'importe guère qu'elle se soit déroulée à distance (d'où l'absence d'un seul rapport de consensus réunissant les deux signatures des experts) et à une date imprécisée. En tout état de cause, les rapports détaillés de ce consilium figurant au dossier (portant chacun la signature d'un expert) rendent compte des étapes de cette concertation et du résultat auquel celle-ci a

abouti. A l'encontre de ce que défend la recourante, cette façon de procéder aboutit de surcroît à des conclusions de consensus en adéquation avec le résultat des investigations uni-disciplinaires menées et s'avère partant conforme à la jurisprudence du TF, en particulier à l'ATF 143 V 124 c. 2.2.4 (recours ch. 22 p. 8 et 9; c. 2.3 supra).

5.1.6 Il est au surplus critiqué que l'intimé, par son SMR, se soit éloigné de la recommandation initiale de ce service tendant à soumettre l'assurée à une évaluation auprès d'un médecin psychiatre spécialisé en TDA-H (recours ch. 26 p. 10; réplique ch. 1 p. 1). En raison du déni de justice qui lui a été reproché après son retard pris dans la mise en œuvre dès 2014 d'une expertise pluridisciplinaire qui devait à l'origine porter sur la médecine interne, la neurologie, la psychiatrie avec spécialisation en TDA-H et, idéalement aussi, la neuropsychologie, la doctoresse psychiatre du SMR a il est vrai adapté les critères de ce mandat en retranchant la spécialisation précitée supplémentaire exigée pour la psychiatrie (mais en ajoutant à cette liste un examen en chirurgie orthopédique suite à l'opération scapulaire subie). La recourante ne s'est pas opposée aux nouvelles limites ainsi définies du mandat d'expertise qu'imposaient les contingences du système d'attribution des expertises pluridisciplinaires, ni n'a formellement demandé à être examinée par un médecin psychiatre spécialisé en TDA-H lors de la présente expertise bidisciplinaire. En tout état de cause et comme l'a expliqué la doctoresse du SMR (dos. AI 204), chaque psychiatre doit être en mesure de se prononcer sur l'existence d'un TDA-H en tant que diagnostic d'exclusion à ne retenir qu'en l'absence d'une autre cause psychique, psychogène ou somatique propre à expliquer les symptômes. Au surplus, même à supposer que l'expert psychiatre ait eu besoin d'un autre avis spécialisé en vue de l'évaluation diagnostique de ce trouble, il lui aurait été loisible de faire de son propre chef appel à un confrère (SVR 2018 IV n° 78 c. 4.2.2). Tel n'a toutefois pas été nécessaire au présent cas puisque les constatations faites par l'expert psychiatre lui ont permis de sortir des présupposés de l'assurée relatifs à l'existence d'un tel trouble.

5.1.7 En dernier lieu, la recourante invoque le fait que l'Office AI a fait traduire en français, qui plus est le 3 avril 2017 seulement, quelques pièces médicales et en induit que les experts mandatés "ne comprennent pas

l'allemand, donc n'étaient pas capables de lire les pièces médicales en original telles qu'elles étaient dans le dossier AI" (réplique ch. 3 p. 2). Comme déjà relevé (c. 5.1.2), l'expert psychiatre s'est-il est vrai vu remettre copie de plusieurs pièces médicales traduites de l'allemand vers le français (il ne ressort pas du dossier que l'expert orthopédiste aurait également reçu copie de ces traductions qui, il est vrai, concernaient essentiellement l'aspect psychique; cpr dos. AI 245/1 et 246/1). Rien n'indique de prime abord toutefois que cette traduction intervenait en raison de connaissances insuffisantes de l'allemand chez les experts. Cet effort de traduction de l'intimé pouvait en effet tout autant avoir été dicté par le souci d'accélérer le travail de lecture du volumineux dossier AI, à l'évidence plus immédiate et aisée dans la langue maternelle des experts. A l'exception de rapports médicaux de liaison entre médecins (et Office AI), internes (SMR à l'attention de l'Office AI) ou reproductifs (et répétitifs) de l'évolution de l'incapacité de travail (psychiatre traitant), le reste du dossier AI ne recensait au demeurant que des pièces médicales rédigées en français.

5.2 Plusieurs critiques d'ordre matériel ont également été soulevées à l'encontre de l'expertise bidisciplinaire de 2017/2018.

5.2.1 La recourante fait tout d'abord grief aux experts d'avoir constaté de manière inexacte certains faits et d'avoir exagéré l'ampleur d'éléments de l'anamnèse sociale (recours ch. 10, 16 et 24 p. 5, 7 et 9). Ainsi, elle reproche à l'expert orthopédiste d'appuyer sa thèse selon laquelle elle peut encore travailler sur le fait, notamment, qu'elle serait en mesure de faire régulièrement de longs trajets en voiture. Elle oppose à cette version celle exposée par l'expert psychiatre selon laquelle elle est à même d'effectuer sans difficultés de courts trajets, mais fait néanmoins tout autant grief à cet expert qu'à son confrère somaticien de ne pas lui avoir demandé si elle conduit elle-même son automobile ou si elle fait appel à un proche pour la véhiculer. En tout état de cause, que ce soit dans le cadre des précédentes investigations médicales ordonnées par l'AI ou de son stage d'entraînement à l'endurance, l'assurée a régulièrement attesté du fait qu'elle était en mesure de se déplacer sur de courtes ou longues distances avec sa voiture (dos. AI 64.3/3; 110/1; 219.2/11), et n'a jamais allégué que son état de santé ne le permettrait plus depuis lors. Il ne saurait partant

être reproché à l'expert orthopédiste d'avoir inféré de cette aptitude à la conduite déduite de pièces au dossier une contradiction manifeste par rapport aux plaintes invoquées à l'épaule gauche, vu l'absence en particulier de limitations fonctionnelles objectivées après l'opération scapulaire du 6 mai 2016 (dos. AI 317.1/45 et 60). Quant à la pratique du sudoku également mentionnée à d'autres endroits du dossier (voir notamment: dos. AI 25/8; 64.1/4), on ne peut non plus faire grief à l'expert psychiatre d'en inférer qu'elle témoigne, avec les autres activités déployées (lecture, accomplissement de tâches ménagères légères, conservation de liens sociaux, gestion du quotidien), de bonnes capacités et ressources personnelles (dos. AI 286.1/55). Si cette activité exercée dans un cadre familial et amical n'est certes pas de nature à attester des capacités exceptionnelles chez l'assurée, elle démontre à tout le moins un intérêt demeuré intact pour certaines occupations, en soi guère compatible avec l'apathie et le manque d'entrain caractéristiques d'un trouble de la lignée dépressive. Toujours sous l'angle factuel, l'on précisera encore que les experts ne sauraient être critiqués pour avoir mentionné que la patiente ne prend pas ses médicaments (recours ch. 19 p. 8). En effet, une vérification dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire des dosages plasmatiques a révélé qu'un seul des trois médicaments antalgiques annoncés répond au taux d'efficacité minimal requis et a au surplus permis de constater que l'intéressée ne prend aucun traitement antidépresseur ni anxiolytique (dos. AI 286.1/31, 40 et 43; 317.1/ 42 et 43).

5.2.2 Il est ensuite reproché aux experts de ne pas avoir tenu compte du résultat de la mesure d'entraînement au travail qui s'est déroulée du 2 avril au 24 juin 2012. Selon la recourante, l'expertise orthopédique s'avère contradictoire en tant qu'elle recommande des mesures de réadaptation, alors même que la mesure précitée n'a pas permis d'augmenter chez elle le temps de présence et l'endurance, ni encore d'améliorer la capacité de concentration. En comparaison avec les observations rendues lors de cette mesure, elle s'étonne du fait que les experts médicaux mandatés par l'AI n'aient mis en évidence que des limitations fonctionnelles somme toute minimales (recours ch. 18 et 23 p. 7 et 9; réplique ch. 5 p. 2). Il ressort certes du rapport établi à la suite de ce stage d'entraînement que l'assurée n'a pas été en mesure de respecter les directives impliquant de réagir dans un

temps donné (moyennant toutefois un travail de qualité livré hors contraintes temporelles), qu'elle a travaillé à un rythme très ralenti sans grande autonomie ni aptitudes élevées à l'autocritique ou à l'introspection, que sa concentration était réduite moyennant la nécessité de lui répéter les consignes et qu'elle s'est montrée très en retrait dans ses contacts sociaux (dos. AI 110/1-10). En tout état de cause, il demeure du seul ressort du médecin de porter un jugement sur la situation médicale et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1). En présence de données relatives à une observation professionnelle, le médecin sera dès lors tout au plus tenu de confronter celles-ci avec ses estimations médicales - comme cela a du reste été fait au présent cas (par le biais, s'agissant de l'expert psychiatre, de l'avis du SMR restituant le contenu de la mesure d'observation précitée; dos. AI 286.1/16, 57 et 58; 317.1/5, 61 et 62). Au surplus, l'on relèvera que le rapport de stage a fait état d'un intérêt de l'assurée somme toute limité à la mesure et d'une collaboration assez difficile avec elle, non seulement en raison de problèmes de compréhension de la langue allemande dans laquelle se déroulait la mesure, mais également d'une attitude de méfiance de sa part. Ont en outre été évoqués par les responsables du stage des problèmes d'obésité et de déconditionnement étrangers à la notion d'invalidité. En tous les cas, leur rapport ne permet pas d'inférer une autre conclusion que celle que le comportement observé chez la recourante n'est pas conciliable avec le marché libre du travail. Ce constat de nature non médicale ne dit toutefois encore rien du caractère invalidant ou non des limitations décrites. Il n'est pas davantage remis en cause par le fait que l'intimé a mis fin à la suite de ce stage aux mesures professionnelles. L'examen d'un droit à de telles prestations rend en effet uniquement compte de la situation donnée à une date précise et ne préjuge pas des aptitudes à la réadaptation offertes pour l'avenir. La mise en œuvre de la mesure d'observation ordonnée à un taux initial de deux heures par jour pendant cinq jours à augmenter à un taux de quatre heures par jour pendant cinq jours ne présupait pas non plus de l'évaluation future de l'invalidité (dos. AI 97/2). En effet, l'Office AI peut intervenir en cas de menace d'invalidité, par exemple pour susciter une motivation à se

reconditionner ou, comme en l'espèce, pour renforcer la capacité d'intégration et réactiver les ressources disponibles (dos. AI 134/2).

5.2.3 Dans cette continuité, la critique ne saurait non plus être faite aux experts d'"être restés muets à travers les opinions médicales divergentes" telles celles émanant du psychiatre traitant et de la clinique universitaire spécialisée en TDA-H (recours ch. 26 et 28 p. 10 et 11). Ces avis spécialisés ont en effet été intégrés dans l'expertise psychiatrique (dos. AI 286.1/6, 7, 9 à 12, 14 à 17, 19, 26, 28, 41 à 61). A l'appui de celle-ci, l'expert expose de plus avec précision les motifs qui l'amènent à se distancier des diagnostics d'un trouble de la personnalité et d'un TDA-H posés par l'ancien psychiatre traitant (et la même clinique s'agissant du second diagnostic), à savoir le fait pour l'essentiel que l'assurée a accompli une formation de type CFC et a travaillé plus de 10 ans sans limitations significatives. L'expert retient également avec cohérence que le trouble de l'adaptation décrit par le médecin précité a laissé place à une dysthymie et ne traduit pas un épisode dépressif caractérisé ni un trouble anxieux spécifique. Son avis n'est pas non plus remis en cause par la péjoration attestée dès 2018 par cet ancien psychiatre et qu'aucun élément médical concret ne matérialise ni n'était (voir son rapport du 4 février 2019; dos. rec. 1 p. 4). Contrairement à ce qu'allègue l'assurée (recours ch. 25 p. 9 et 10; réplique ch. 2 p. 1), l'expert psychiatre mandaté par l'AI ne méconnaît pas davantage l'avis du SMR à teneur duquel un arrêt du tabac peut entraîner une accentuation des symptômes du TDA-H contenus sous nicotine, une prise de poids et une augmentation du stress propre à favoriser l'apparition de symptômes dépressifs eux-mêmes susceptibles, en interaction avec le TDA-H, d'entraîner un trouble de la personnalité (dos. AI 111/4 à 7). Ne la contredise encore, l'expert mandaté a bien diagnostiqué un TDA-H mais a estimé, au vu des ressources disponibles (formation et parcours professionnels) dont le TF impose la prise en compte comme potentiel de compensation dans l'analyse structurée en deux niveaux des atteintes à la santé psychique (c. 2.2 supra), qu'un tel trouble n'influence ici pas la capacité de travail. Pour les mêmes raisons, le SMR a ultérieurement du reste nié qu'un TDA-H ait jamais pu entraîner des conséquences fonctionnelles lourdes chez la recourante (dos. AI 134/2 et 3). L'on note de plus que la clinique universitaire spécialisée en TDA-H a

dès le départ posé comme limite à son diagnostic le fait qu'une évaluation rétrospective de ce trouble ne pouvait ici se faire sur la base d'une anamnèse tierce et qu'une cassure survenue semble-t-il en 2003 dans le parcours de vie de la patiente demeurait inexpliquée par ce diagnostic. L'on constate d'ailleurs que le traitement médicamenteux antidépresseur préconisé par cette clinique n'a pas fonctionné en raison des effets secondaires ressentis par la patiente. Enfin, on ne saurait perdre de vue qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille (généraliste ou spécialiste) aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3; arrêt TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4).

5.2.4 La recourante déplore au surplus le fait que l'expertise orthopédique ne contienne prétendument pas un catalogue détaillé des limitations fonctionnelles découlant des diagnostics posés. Elle voit également une contradiction dans le fait que des limitations très importantes auraient été mises en évidence dans le ménage alors même qu'aucune incapacité de travail n'est retenue pour ces tâches (réplique ch. 4 p. 2). Ne la contredise, l'expert orthopédiste détaille bien à la fin de son expertise les cinq classes de limitations fonctionnelles répertoriées pour les pathologies rachidiennes lombaires et attribue dans la discussion de consensus (dont les rapports reproduisent également cette liste normée) les restrictions d'espèce encourues à la classe 2 (classe 0: aucune restriction; classe 1: restrictions légères; classe 2: restrictions modérées; classe 3: restrictions sévères; classe 4: restrictions très sévères; dos. AI 317.1/69 et 70). Son confrère énumère quant à lui aussi les limitations d'ordre psychique encourues, lesquelles se traduisent pas une vulnérabilité accrue au stress et aux hiérarchies complexes inhérents à certains types d'activité. S'agissant du second grief, l'on relèvera que les limitations dans le ménage énumérées en p. 56 de l'expertise orthopédique restituent le seul ressenti de l'assurée et qu'hormis les travaux d'à-fonds, toutes les tâches afférentes à ce domaine ont été jugées médicalement exigibles de celle-ci (dos. AI 317.1/63 et 64; duplique ch. 8 p. 3).

5.2.5 Enfin, la recourante ne saurait voir une contradiction dans le fait que l'expertise orthopédique exclut un trouble invalidant alors même qu'elle se

trouve encore sous traitement (infiltrations) et bénéficie d'un suivi orthopédique (réplique ch. 6 p. 2). Le seul fait qu'une personne assurée profite d'un traitement médical ne permet en effet pas déjà d'en inférer que celle-ci est limitée dans sa capacité de travail, encore moins qu'elle présente une atteinte invalidante à sa santé.

5.3

5.3.1 Une entière valeur probante doit sur le vu de ce qui précède être reconnue à l'expertise bidisciplinaire de 2017/2018 qui répond à tous égards aux réquisits posés par la jurisprudence du TF (c. 2.3 supra). Aucune autre mesure d'instruction ne doit partant être ordonnée en l'espèce. Le caractère probant de cette expertise vaut non seulement dans ses aspects spécifiquement médicaux, mais aussi quant à sa proposition d'évaluation de la capacité de travail et de son évolution. Cette proposition respecte le cadre normatif déterminant, en tenant exclusivement compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé et en appréciant l'exigibilité sur une base objectivée (art. 7 al. 2 LPGA; ATF 145 V 361 c. 3.2, 141 V 281 c. 5.2.2). En particulier, comme il se doit selon la pratique juridique, la proposition de l'expert orthopédiste exclut les handicaps inhérents à l'adiposité (TF 8C_74/2008 du 22 août 2008 c. 2.2), tandis que celle émanant de l'expert psychiatre procède des deux niveaux de l'analyse structurée (c. 2.2 supra) et décrit les conséquences fonctionnelles des atteintes à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante. Il en découle qu'hormis les périodes temporaires d'inaptitude au travail liées à des status post-opératoires (du 5 juin au 5 septembre 2014 et du 6 mai au 6 novembre 2016), l'assurée dispose d'une capacité de travail entière dans un travail exempt de toute source de stress génératrice pour elle d'une fragilité émotionnelle accrue et par ailleurs adapté aux restrictions fonctionnelles de la classe 2 évoquées par l'expert orthopédiste. Ce profil vaut pour l'entier de la période couverte par l'objet de la présente contestation, à savoir dès la date à laquelle la demande AI peut au plus tôt rétroagir selon l'ancien droit applicable (anc. art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), en l'occurrence le 1^{er} juin 2004 (une année avant le dépôt de la demande en juin 2005), et non le 1^{er} juillet

2006 comme retenu dans le recours, jusqu'au prononcé de la décision contestée du 7 août 2018.

5.3.2 Il s'avère en l'occurrence toutefois superflu d'examiner, au moyen d'une comparaison des revenus avec et sans handicap, si les exigences précitées dégagent à l'issue du délai d'attente une invalidité d'au minimum 40% propre à fonder le droit à une rente AI. En effet, une autre des (trois) conditions cumulatives posées à l'octroi de cette prestation (c. 2.1 supra) fait ici défaut, à savoir celle liée à l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année ininterrompue (art. 28 al. 1 let. b LAI). Certes, une incapacité de rendement de 30% est reconnue dans la dernière activité exercée dans les télécommunications à raison des limitations encourues sur le plan psychique. L'assurée a toutefois perdu cet emploi pour des raisons non médicales (restructuration d'entreprise) à fin avril 2001 et s'est ensuite formée jusqu'en avril 2003 comme créatrice de bijoux, antérieurement donc à la période potentiellement couverte par l'octroi d'une rente AI. Bien que n'ayant jamais été pratiquée, cette nouvelle profession, préservée de par sa nature des tensions potentiellement inhérentes à une structure de travail hiérarchisée si elle se déploie dans un cadre indépendant, représente à n'en pas douter un travail idéalement profilé pour la recourante (ce qu'elle ne conteste pas), sans perte de rendement dès lors corrélée à son exercice. Que les experts dans leur discussion commune aient brièvement mentionné, sans autres explications, que l'activité de créatrice de bijoux peut également être considérée au nombre de celles susceptibles d'être exercées avec une diminution de rendement de 30% ne permet pas d'exclure que, pratiqué avec un statut indépendant, ce métier correspond au profil exigible pleinement et sans baisse de rendement. Cela étant, les seules périodes d'incapacité de travail (à 100%) à retenir dans la dernière profession apprise de créatrice de bijoux sont celles, à 100%, attestées du 5 juin au 5 septembre 2014 et du 6 mai au 6 novembre 2016 ensuite des opérations pratiquées à la hanche et à l'épaule gauches. Aucune de ces périodes ne débouche sur une incapacité de travail moyenne de 40% pendant le délai d'attente qui lui est afférent (pour le calcul de ce délai: voir arrêt TF I 632/05 du 25 octobre 2006 c. 4 avec références citées). Un droit à la rente doit par conséquent être nié à la recourante.

6.

6.1 En conséquence, le recours doit être rejeté.

6.2 La recourante n'obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont compensés par l'avance de frais fournie.

6.3 Vu l'issue de la procédure, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).