

FR_GERICHTE 608 2018 311 vom 31. März 2020

FR Kantonsgericht, 2020-03-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_311

FR: FR_GERICHTE 608 2018 311 du 31 mars 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2018 311 del 31 marzo 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; et de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

E. 2.2

Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou la 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 (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 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.

E. 2.3

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux 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). 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). En outre, il y a 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

E. 2.4

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

E. 2.5

Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision (VSI 2001 155 consid. 2; 131 V 164). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3). Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer

que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3). A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3).

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'AI au-delà de février 2014 date à laquelle a pris fin la rente entière allouée depuis juin 2013.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14

E. 3.1

L'OAI a mis en œuvre plusieurs expertises médicales.

E. 3.1.1

Le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, se prononce une première fois dans son rapport d'expertise orthopédique du 22 mai 2015 (cf. dos. OAI p. 234). Il retient, avec effet sur la capacité de travail, les diagnostics de (p. 22 et infra 3.1.3): status post hernie discale L5/S1 gauche algique et déficitaire; status post cure de hernie discale L5/S1 gauche le 10 mai 2010; status post lombosciatalgie droite sur canal spinal étroit L4/L5 instable avec un kyste synovial aux dépens de l'articulaire droite et troubles dégénératifs multiétagés avec discopathie sévère et ostéochondrose lombaire en novembre 2012; et status post décompression avec spondylodèse instrumentée L4/L5 (cage intersomatique et vissage transarticulaire par Facet Wedge™2 le 04 février 2013. La maladie discale dégénérative C4/C5 avec hernie discale médiane entraînant une sténose canalaire sans signe de compression médullaire est sans répercussion sur la capacité de travail. L'obésité stade I associée à un important déconditionnement musculaire aux membres inférieurs ou à la musculature pararachidienne influencent clairement défavorablement la situation, même pour une simple marche, notamment au plan des douleurs, et imprègnent l'incapacité de travail totale attestée plusieurs fois dans le dossier. Ce sont toutefois des diagnostics non pertinents dans le cadre d'une expertise AI (examen de la capacité médico-théorique; cf. p. 22, 24 s. et 27 s). L'arrêt du tabagisme est recommandé aussi (p. 26). Les limitations fonctionnelles sont de classe 2. Elles imposent notamment de ne pas placer le rachis lombaire dans des conditions biomécaniques défavorables qui pourraient mettre en danger le montage chirurgical et la lésion discale sous-jacente, et d'éviter les charges répétitives ou fréquentes de 5 à 15 kg (cf. p. 26 et 31 s.). Moyennant le respect de ces limitations, sont exigibles, sans perte de rendement et depuis le 1er juillet 2013, quelque 5 mois après l'opération du 4 février 2013: l'activité habituelle de femme de ménage, à raison de 20 heures hebdomadaires; une activité adaptée, avec pleine capacité.

E. 3.1.2

Dans son rapport d'expertise du 28 janvier 2016 (dos. OAI 299), le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique actuel (p. 13); seul est rapporté un status post épisode dépressif (F32) en 2015. Les diagnostics retenus par le Dr D. _____ (cf. infra 3.2) sont discutés, appréciés. L'expert conclut que si une incapacité de travail a existé sur le plan psychiatrique (dépression; p. 18 et 21), cela fut de manière brève, non durable au sens de l'AI; cet épisode est résolu, et ses éléments résiduels, comme des troubles du sommeil et une perte de poids – qui, la Cour le relève, ne sera au reste que temporaire –, sont aspécifiques, réduits, non incapacitants. Un diagnostic de trouble de la personnalité ne doit pas être posé dans cette situation. Le stage au CEPAI a échoué en partie pour des raisons psychiatriques (dépression; p. 19). Des mesures de réadaptation sont actuellement raisonnablement exigibles sur le plan psychiatrique (p. 20).

E. 3.1.3

Après, notamment, les objections à son premier projet, l'OAI a entendu mettre en œuvre, un complément d'expertise orthopédique, confié à l'expert B. _____, ainsi qu'une expertise neurologique, avec avis consensuel. L'assurée a demandé, le 29 juillet 2016, la récusation de l'expert en orthopédie (dos. OAI 418) et la nomination d'un autre, ce qu'a refusé l'OAI par décision du 24 août 2016, contre laquelle il ne fut pas recouru. Le 11 octobre 2016, l'expert B. _____ a cependant indiqué que l'assurée s'était (initialement) opposée à tout prélèvement sanguin le jour de l'expertise; en outre, elle ne lui avait pas fourni toutes les radiographies et documents médicaux, comme demandé dans sa convocation (ainsi que par l'OAI; cf. dos. OAI 410, 436 et 439).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 Dans son rapport d'expertise orthopédique du 11 octobre 2016 (dos. OAI 441), le Dr B. _____ reprend ses diagnostics et mentionne un status post chute de sa hauteur, le 12 août 2016, selon l'assurée; un status post fracture-enfoncement cupuliforme du plateau supérieur de TH12 sans protrusion canalaire ni lésion de l'arc postérieur avec cyphose locale de 10°, diagnostic posé par l'imagerie le 1er septembre 2016; un syndrome douloureux des articulations sacro-iliaques. L'obésité est désormais de stade 2, avec la présence d'un volumineux tablier de sapeur, ainsi qu'un déconditionnement musculaire diffus et net, non réduit sur une période de 16 mois, avec une dyspnée apparaissant rapidement à l'effort, en parallèle avec des plaintes, réitérées, de fatigue; ces deux facteurs jouent indubitablement un rôle défavorable sur les douleurs (p. 8 et 22). Ils diminuent, avec le tabagisme, les capacités fonctionnelles, diminution cependant non prise en compte par l'AI (p. 24). Il existe (p. 15) une hypoesthésie tactile superficielle diffuse et non systématisée de l'ensemble du membre inférieur droit en l'absence de tout syndrome radiculaire, et, dans le cadre de cervicalgies, une hypoesthésie tactile isolée non systématisée de l'avant-bras, de la main et des doigts gauches; apparaissait un net syndrome sacro-iliaque douloureux bilatéral. La problématique rachidienne est détaillée (p. 21 ss); une péjoration quant à la capacité de travail par rapport à la situation prévalant lors de la première expertise, au vu des documents à disposition, n'est pas établie, malgré la survenance alléguée d'une chute le 12 août 2016. Sont mises en exergue une discordance et une amplification des plaintes, une prise médicamenteuse qui ne semble pas être celle annoncée (cf. p. 32 et 36s.), la positivité des signes de Waddell et de Kummel, ainsi que des critères de Matheson (p. 23. 25 s., et 38 s.). Quant aux gonalgies droites invoquées le 1er mars 2016 comme raison de l'aggravation de l'état de santé (cf. dos. OAI 333), l'expert s'étonne de l'absence tant de plaintes y relatives formulées lors de l'expertise que de la prise

d'antiinflammatoires, ainsi que du fait que la physiothérapie aurait été arrêtée après deux séances car n'apportant rien selon l'expertisée, etc.; l'examen clinique effectué est sans particularité aucune. Au vu du défaut de coopération de l'assurée (cf. not. p. 22s. et 41; absence de production de l'imagerie du rachis qui aurait été effectuée, de façon critiquable, selon elle, le 12 août 2016, après sa chute dans une douche, etc.), un diagnostic en relation avec son genou droit ne peut être posé, et l'expertise ne peut être conclusive (cf. not. p. 27 et 36). Après sommation de l'OAI auprès de l'assurée et de son généraliste traitant, le Dr B._____ dépose un complément d'expertise, le 23 novembre 2016 (dos. OAI 490), dans lequel il constate que le dossier d'imagerie complet n'a toujours pas été déposé et qu'il ne peut donc rendre une expertise avec conclusions.

E. 3.1.4

Dans son rapport d'expertise neurologique du 8 juin 2017 (dos. OAI 517), le Dr E._____, spécialiste en neurologie, retient (p. 11), avec effet sur la capacité de travail, les diagnostics de status après décompression L4-L5 bilatérale par la droite, discectomie L4-L5 par la droite et mise en place d'une cage, ainsi que spondylodèse L4-L5 le 04 février 2013 pour sténose L4-L5 et discopathie, ainsi que de status après cure de hernie discale L5-S1 postéro-latérale gauche le 10 mai 2010. La patiente présente un tableau de lombosciatalgies droites chroniques. Ses conclusions (p. 14) n'infirmen en rien la position de l'expert orthopédique B._____: "Il existe objectivement des signes radiculaires SI bilatéraux séquellaires, exclusivement caractérisés par une aréflexie achilléenne, mais il n'y a pas d'argument clinique, myographique, ni radiologique en faveur d'une compression radiculaire résiduelle. Dès lors, les limitations fonctionnelles sont essentiellement conditionnées par le syndrome douloureux, certes plausible, mais dont l'intensité et les répercussions telles qu'elles sont formulées par l'assurée ne peuvent être entièrement mises sur le compte des éléments exclusivement objectifs. Cela étant, nous rejoignons les conclusions du Docteur B._____ en retenant les limitations suivantes: limite en termes de poids de 5 kg

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 régulièrement, 10 kg occasionnellement, mouvements répétitifs fréquents de la colonne lombaire, monter fréquemment plusieurs escaliers, marcher en terrain accidenté ou glissant. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière. Comme femme de ménage on retiendra une capacité de travail de 50%. Ces conclusions sont valables depuis décembre 2012 et peuvent être considérées comme définitives." Une autolimitation est notamment relevée; quant au traitement, les médicaments qu'elle a allégué prendre régulièrement devant le Dr B._____ ne sont plus mentionnés à présent; enfin, l'assurée ne fait état d'aucune cervico-brachialgie significative (p. 13).

E. 3.1.5

Au vu de la situation en lien notamment avec le défaut de collaboration énoncé par l'expert B._____, l'expertise du Dr F._____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, est requise en sus. Dans son rapport du 16 octobre 2017 (dos. OAI 554), il indique notamment que les radiographies des genoux qu'il a effectuées ne montrent pas d'atteinte déterminante; un traitement conservateur du genou D suffit (cf. p. 9, 19 et 22). Il rejoint les appréciations de ses confrères précités tant quant aux limitations fonctionnelles, valant aussi pour la problématique du genou, que quant à la difficulté, faute de substrat objectif les justifiant, de s'expliquer l'intensité des plaintes rachidiennes

exprimées (p. 18 et 20). Le déconditionnement musculaire constituera probablement un frein à toute réadaptation (p. 23). L'activité de femme de ménage n'est plus exigible en raison des limitations fonctionnelles, en particulier pour ce qui concerne les travaux accroupis, à genoux ou en porte-à-faux (p. 24 s.); en revanche, une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles l'est dès un an après l'opération du 4 février 2013, à 50%, taux tenant compte des douleurs chroniques et du déconditionnement musculaire important, sans perte de rendement supplémentaire à prendre en compte à ce taux. Dans son complément du 31 juillet 2018 (dos. OAI 646), après avoir étudié les pièces nouvellement produites par l'assurée, il maintient l'ensemble de son appréciation médicale. Il est à craindre que le déconditionnement musculaire majeur associé à l'obésité représente un frein important à toute réintégration dans le monde du travail.

E. 3.1.6

La Cour fait siens les contenus de ces expertises, parfaitement détaillées et probantes au sens jurisprudentiel, et dont nulle autre pièce médicale ne justifie de s'écarter.

L'impossibilité pour l'expert B. _____ de fournir une seconde fois une expertise complète est sans incidence au vu de l'ensemble du dossier et notamment du fait que les atteintes importantes aux genoux et au dos suite à une chute alléguée en août 2016 ne furent pas médicalement établies par la suite. Ce d'autant que l'expert F. _____ s'est prononcé ultérieurement, à deux reprises. Pour leur appréciation, les experts se sont fondés sur l'étude de l'ensemble du dossier asséurologique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux a été mentionnée, et un résumé des antécédents médicaux, donné. Chaque spécialiste a fait état notamment de l'anamnèse, ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'intéressée, et des observations cliniques réalisées. Les experts ne sont pas contents de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont ainsi fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. Chaque expert a en particulier pu livrer ses constatations objectives obtenues lors de l'examen clinique mené, à l'occasion duquel il a pu examiner personnellement l'assurée et observer son comportement. C'est de façon claire que chacun a apporté une conclusion à son expertise et répondu aux questions qui lui étaient posées. La problématique somatique a notamment été dûment appréciée, les différents experts examinant les dernières pièces produites au dossier, effectuant cas échéant des examens supplémentaires, etc. L'on retrouve dans les différentes appréciations l'influence importante et négative du déconditionnement musculaire et de l'obésité, facteurs s'étant aggravés de surcroît avec le temps

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 et dont il ne doit pas être tenu compte, dans le cadre de l'assurance-invalidité, relativement à la capacité de travail et donc de gain, étant rappelé l'obligation de l'assurée de tout entreprendre pour diminuer son dommage. Il y a cohérence entre experts s'agissant des limitations fonctionnelles. Ressortent aussi une certaine amplification des plaintes algiques et une divergence entre celles-ci et les résultats objectifs médicaux ainsi que les constatations faites durant l'examen clinique, voire avec les propres dires de l'assurée alors. Le déroulement régulier des journées, avec des activités (conduite de voiture, achat de pain, sortir le chat en laisse plusieurs fois par jour et 30-40 min, voir une amie, surfer sur Internet, regarder la TV après-midi et soir, etc.; absence de sieste malgré une grande fatigabilité et un sommeil perturbé par les douleurs alléguées) qui impliquent des positions maintenues, des déplacements, une absence de troubles dans les membres durant la conduite, etc., rendent peu compréhensibles les plaintes de l'assurée et

son impossibilité affirmée de réaliser une activité lucrative, une mesure de réadaptation, les tâches ménagères. On relèvera également les interrogations quant à la prise réelle de médicaments, et à la survenance de la chute du 12 août 2016, pour laquelle elle n'a jamais produit ni déclaration d'accident, ni rapport médical, ni document mentionnant un recours nécessaire à une ambulance, élément qu'elle invoquera devant l'expert F. _____ seulement (p. 13), ni imagerie réalisée, selon elle, ce jour-là. Ces aspects constituent en outre une atteinte à son devoir de collaboration dont il convient de tenir compte ici aussi. La Cour relève que l'OAI a adopté la position de l'expert F. _____ s'agissant de la durée de l'incapacité de travail après l'opération de février 2013 (un an, au lieu de quelque 5 mois mentionné par l'expert B. _____), de l'impossibilité totale (et non 50% de capacité, selon les experts B. _____ et E. _____) de réaliser l'activité habituelle de femme de ménage vu les limitations fonctionnelles, ainsi que du taux de capacité de travail exigible dans une activité adaptée (50% au lieu d'un 100% pour les experts précités). Cette appréciation est plus favorable à l'assurée; elle sera reprise ici. Avec, toutefois, la mise en exergue de ce qui suit: l'expert F. _____ s'est rallié, du point de vue des atteintes (objectives) et des limitations fonctionnelles, à ce qui a été retenu dans d'autres expertises; son avis, exprimé en dernier, tient clairement compte, aussi, du temps passé sans activité professionnelle et des fortes plaintes ainsi que des impossibilités exprimées par l'assurée, même si un substrat organique ne peut pas entièrement les justifier; il prend en considération ces douleurs chroniques ainsi qu'une influence importante de l'obésité et du déconditionnement musculaire (cf. p. 24), éléments qui sont cependant sans ou avec une portée ténue relativement à l'assurance-invalidité. Dans cette mesure, cette appréciation, reprise par l'OAI constitue, pour l'Autorité de céans, le maximum des effets invalidants de toutes les atteintes à la santé pouvant être retenus du point de vue de l'AI. Pour sa part, la recourante n'indique pas quel point de quelle expertise elle remettrait en cause; et pour l'Autorité de céans, aucune d'entre elles ne le justifie. La conclusion tendant à la mise en place d'une nouvelle expertise avec un nouvel expert neutre n'est à cet égard pas davantage contributive et, autant que recevable, doit être rejetée: la recourante ne dit pas quel expert s'étant déjà prononcé n'aurait pas été neutre et devrait être récusé, ni pourquoi, ni quel domaine spécifique devrait être à nouveau investigué. De toute manière, ses griefs à cet égard sont manifestement tardifs. La conclusion tendant à l'octroi de mesures de réinsertion professionnelle doit être également rejetée. D'une part, un stage d'entraînement à l'endurance a été octroyé et effectué quatre mois en 2015 (cf. rapport du CEPAI du 27 avril 2015, dos. OAI 209), et pour la Cour, l'impossibilité d'augmenter progressivement la présence de deux à quatre heures par jour, du fait d'une grande fatigue alléguée, avec recours quotidien de la chambre de repos en fin de stage, ne trouvait pas une explication du fait d'une atteinte importante, durable, objective et

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 médicalement attestée (cf. également le quotidien décrit par l'assurée dans l'expertise de mai 2015 du Dr B. _____) D'autre part, les facteurs tels que le tabagisme, le surpoids, les postures physiques et le déconditionnement devaient et doivent être modifiés par l'assurée compte tenu de son obligation de réduire son dommage (en permettant notamment une réussite des traitements conservateurs seuls proposés); ils n'ont pas une incidence sur le droit aux prestations AI. L'octroi de nouvelles mesures de réadaptation – de même qu'une évaluation de la capacité de travail résiduelle dans une CRR (cf. infra et expert F. _____, complément, p. 3, dos. OAI 648) – se justifie d'autant moins, outre du fait du tableau médical déjà expertisé de façon complète et probante, qu'une amélioration à cet égard n'est pas intervenue depuis 2015, au contraire, et

que cette mesure serait manifestement vouée à l'échec, un médecin traitant ayant rapporté (cf. infra) que sa patiente se disait inapte à même essayer de suivre une telle mesure du fait de son état, alors que l'intensité de ses plaintes ne pouvait être entièrement et objectivement expliquée par ce praticien.

E. 3.2

S'agissant des diverses pièces médicales produites par l'assurée, ceci: - Dans son rapport du 22 mai 2015 (dos. OAI 227), le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et en psychiatrie et psychothérapie, pose, avec effet sur la capacité de travail, les diagnostics de: F33.11 trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique; F61 personnalité avec traits obsessionnels, dépendante et émotionnellement instable; N51.1 Failed back surgery suite à spondylodèse L4-L5, avec - décompression de L4 L5 bilatérale, - faiblesse des membres inférieurs, - incontinence urinaire transitoire post-opératoire; E66.9 obésité, ainsi que, sans effet sur elle, de tabagisme actif. Si le pronostic de l'épisode dépressif était en principe bon, au vu des facteurs qui l'entretenaient, beaucoup plus difficiles à stabiliser, il serait en revanche très difficile d'atteindre une rémission totale et stable de l'état dépressif (point 1.4). Du point de vue mental et psychique, les restrictions étaient notamment un manque de concentration, une agitation interne, une diminution de l'élan vital, ainsi qu'une certaine impulsivité, qui sont au premier plan (1.7); facteur aggravant, il y avait aussi une tendance de la patiente à se soumettre aux besoins des autres. Étaient rapportées (point 1.4) des difficultés de couple au vu de la situation. L'assurée expliquait en outre s'occuper de la maison, régler tout le côté administratif, les courses et une bonne partie du ménage, même si cela lui pesait beaucoup, mais qu'elle était ralentie, etc., et bénéficiait pour les travaux lourds d'une aide de ménage. Pour la Cour, l'expert C. _____ a écarté de manière convaincante, respectivement, ces diagnostics et/ou toute atteinte psychique déterminante et durable avec effet sur la capacité de travail selon l'AI, en se basant, entre autres, sur les propres indications données par l'assurée, et en relevant que celle-ci avait interrompu en novembre 2015 le suivi psychiatrique débuté en février de la même année, considérant pourvoir s'en sortir seule. - Le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, retient dans son rapport du 6 mars 2018 (dos. OAI 629), notamment un examen neurologique strictement normal, un Lasègue négatif ddc, une absence de claudication et de trouble de la marche, et une sensibilité au niveau des MI conservée. La patiente a toujours gardé des lombalgies chroniques, jusqu'à présent bien tolérées, ainsi que quelques fourmillements sur la face antérieure de la cuisse D; elle est également connue pour un syndrome sacro-iliaque bilatéral, prédominant à G ainsi que des douleurs au niveau de la hanche G depuis plusieurs années. Si le praticien annonce de nouveaux examens, à ce stade, il ne propose autre chose qu'un suivi diététique, relevant l'important surpoids (comorbidité d'obésité gynoïde), augmenté les derniers mois et qui vient aggraver les douleurs lombaires dont se plaint depuis quelques mois l'assurée.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 Le 17 avril 2018 (dos. OAI 631), il mentionne les diagnostics principaux suivants: status post- fracture D12 type AO A3 le 12.08.2016; syndrome sacro-iliaque prédominant à G; persistance de syndrome lombo-radiculaire D, territoire L4 sur status post décompression L4-L5 ddc par la D, discectomie L4-L5 par la D et mise en place d'une cage OLIF ainsi que spondylodèse par Facet Wedge small L4-L5 le 04.02.2013 pour une lombo-sciatalgies D sur canal spinal étroit L4-L5 avec troubles dégénératifs multi-étagés, surtout en L4-L5, avec discopathie sévère et ostéochondrose;

status post cure de hernie discale L5-S1 postéro-latéral G algique et déficitaire le 10.05.2010. Le traitement est terminé. Le médecin traitant indique qu'ont été exécutés: - une myélographie fonctionnelle plus CT (cf. rapport du Dr H. _____, du 16 mars 2018, dos. OAI 634): au niveau L5-S1, absence d'hernie discale visible, une arthrose facettaire bilatérale modérée et une arthrose ilio-sacrée bilatérale avec en particulier un pincement de l'espace sclérosé; l'examen montre notamment une compression dynamique du fourreau dural, vraisemblablement par une hernie discale médiane mobile L2-L3; - un ENMG (cf. rapport du Dr I. _____, neurologue, du 22 mars 2018, dos. OAI 533): il y a en particulier une force des MI conservée, une sensibilité normale, des réflexes faibles à tous les niveaux; l'examen du sciatique poplité interne a montré une réponse H, à droite, prolongée, mais à gauche, pas de réponse fiable; le reste de l'examen est normal, seuls étant décrits, sur le plan de la myographie, quelques potentiels élargis aux jambiers antérieurs; le spécialiste conclut que l'examen est "compatible avec une lésion chronique de la racine S1 ddc", précisant que "cette lésion n'était pas détectable lors de l'ENMG précédent du 12 février 2015"; Sur la base de ces examens, le Dr G. _____ retient un statut superposable au dernier contrôle. Il n'y a pas de péjoration à la myélographie; la compression dynamique mise en évidence n'explique pas la symptomatologie décrite par la patiente, à laquelle il indique que la meilleure façon de changer positivement celle-là est d'améliorer la statique et de suivre des conseils diététiques pour perdre du poids; un traitement conservateur dans ce sens est (seul) proposé. Pas de contrôle d'office nouveau prévu. Le 4 juillet 2018 (dos. OAI 637), le spécialiste traitant résume la situation ainsi: l'état a toujours été stationnaire durant des années, sans amélioration ni péjoration. La patiente a toujours été stimulée pour essayer de faire une reconversion professionnelle dans un autre domaine; mais la situation psychologique et la santé objectivée par un Failed Back Surgery accompagné de douleurs chroniques de type neuropathique S1 des 2 côtés, a annulé cette démarche. D'un point de vue chirurgical, il n'y a pas de nouvelle proposition. Le dernier bilan EMG montre la lésion chronique S1 des 2 côtés; la myélographie fonctionnelle sous CT, une instabilité non-significative au niveau L2-L3 sur une hernie discale centrale montrant aux endroits des interventions chirurgicales une situation sans sténose significative ni instabilité. Il n'a donc pas été trouvé d'explication aux plaintes décrites par la patiente. Une démarche multidisciplinaire devrait être effectuée, avec, d'une part, le renforcement du suivi psychologique ("au vu de son problème psychique, elle a été envoyée pour un traitement de ses douleurs chroniques"), et d'autre part, l'instauration d'un suivi de diététique et d'un de physiothérapie, avec un but de re-balancement postural, qui pourrait améliorer une partie de la symptomatologie dont se plaint l'assurée. Si celle-ci restera toujours avec des limitations fonctionnelles, l'on ne peut cependant se prononcer sur son taux exact de capacité jusqu'à une tentative de reclassement professionnel qui devait être essayé, mais que, toutefois, selon la patiente, son état ne permettait pas. De ce fait, une expertise indépendante, par exemple dans une clinique CNA, permettrait de se prononcer sur la possibilité ou non de suivre un processus d'intégration.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 Pour la Cour, ces rapports, comme ceux de ce praticien plus anciens ou ceux d'autres médecins traitants, en particulier ceux du Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale, qui s'est appuyé sur les diagnostics du Dr G. _____ (cf. certificat not. le certificat médical du 6 juillet 2018, dos. OAI 643), s'inscrivent de fait dans l'état de santé retenus par les experts, et ont été dûment pris en compte lors de leur délivrance par ces derniers, ultimement par le Dr F. _____. Ils n'en remettent pas en cause les conclusions, singulièrement leur prononcé quant à la capacité de

travail médicalement exigible et les limitations fonctionnelles à observer dans une activité adaptée. Doit être souligné que les experts, et la Cour avec eux, n'ont pas nié l'existence de toute atteinte et/ou séquelle d'atteinte, mais ont apprécié de façon complète et probante l'incidence de celles-ci sur l'état de santé et la capacité de travail médicale-théorique exigible. Le Dr G. _____ ne se prononce en outre pas plus avant sur la capacité de travail dans les rapports susmentionnés, ni ne fait état d'une aggravation (déterminante) de la situation, même après les examens précités: il relève au contraire l'absence de substrat objectif pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse dont se plaint la patiente; et l'incidence importante quant à celle- là de l'obésité (et ses conséquences posturales, etc.); il propose en outre uniquement un traitement conservateur (diététique, physiothérapie, suivi psychologique), et écrit que c'est l'assurée qui considère son état incompatible avec toute mesure d'intégration professionnelle, etc. Or, ce traitement multidisciplinaire et conservateur ne témoigne pas de l'existence d'une atteinte déterminante à la santé au sens de l'assurance-invalidité, et, conformément à l'obligation de diminuer son dommage, il devait en tout état de cause avoir été instauré depuis longtemps. A noter aussi qu'une aggravation sérieuse et non temporaire de l'état de santé, au sens de l'AI, n'a pas été retenue par le Dr J. _____, s'agissant des genoux, ni par le Dr G. _____, relativement aux conséquences de la chute alléguée d'août 2016. L'OAI a déjà fait examiner de façon détaillée, complète, multidisciplinaire et indépendante l'état de santé de l'assurée, et tenté une mesure professionnelle, dont l'échec partiel n'est pas à rechercher dans une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. C'est à bon droit qu'il a pu statuer, au terme d'une longue procédure. Quant aux nouveaux rapports du Dr G. _____ produits en procédure de recours, outre qu'ils ont été établis après la date de la décision attaquée, qui marque en principe la fin de la période soumise à l'examen de la Cour, ils n'amènent pas d'éléments justifiant de s'écarter de ce qui précède. Comme l'indique le praticien le 9 juillet 2019, les cervicobrachialgies C5 D sur ostéophytose foraminale C4-C5 D dans le contexte d'une discopathie dégénérative connue avec sténose canalaire cervicale ne sont pas nouvelles (cf. le rapport, après IRM, du 29 avril 2015, dos. OAI 219); elles sont en outre diagnostiquées en amélioration, et les douleurs rapportées par l'assurées sont dites non déficitaires; le médecin traitant, se bornera à proposer une infiltration foraminale C4-C5 D sous CT. Dans son rapport du 17 octobre 2019, il précisera simplement qu'il n'y a pas de possibilité d'infiltration en raison d'allergie au produit, et les décrira comme stables; aucune aggravation du fait de cette atteinte n'a jamais été même mentionnée; à noter, la force et la sensibilité conservées pour les 2 MS rapportées le 9 juillet 2019. S'agissant de la persistance de lombo-radiculalgies avec irradiation dans le MID sans clair dermatome dont se plaint l'assurée (pas d'autre trouble sensitivo-moteur mentionné par elle; rapport du 17 octobre 2019; maladie des segments adjacents L5-S1), la scintigraphie osseuse du 10 octobre 2019 a montré qu'il n'y avait ni descellement des vis ni atteinte inflammatoire active au niveau de la spondylodèse L4-L5; au vu de la mise en évidence d'une hypercaptation au niveau L5-S1 corrélant avec les douleurs, une infiltration facettaire bilatérale L5-S1 a été réalisée le 19 novembre 2019 (rapport du 10 décembre 2019), qui n'amènera pas d'amélioration; s'agissant des lombalgies chroniques et l'irradiation

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 pseudoradiculaire du MID, ces douleurs pourraient éventuellement provenir du disque L5-S1 dégénéré (l'hypercaptation unilatérale donne certains arguments en faveur de cela), mais l'échec de l'infiltration parle en défaveur à ce niveau-là; éventuellement, toujours, une chirurgie de stabilisation ALIF L5-S1 pourrait être proposée; l'alternative serait un traitement conservateur poursuivi optimisé. Pour la Cour,

si l'assurée considérait néanmoins qu'une aggravation notable et déterminante au sens de l'AI était intervenue après la décision attaquée, il lui revenait et lui revient toujours de déposer une nouvelle demande (motivée) de prestations auprès de l'OAI. Au vu de ce qui précède, et étant au surplus rappelée la certaine réserve avec laquelle doit, cas échéant, être pris l'avis d'un médecin traitant, la Cour retient qu'aucune pièce déposée par l'assurée ne justifie de s'écarter des analyses et conclusions médicales détaillées des experts rappelées plus haut, ni de contester la décision attaquée sur ce plan.

E. 4

La recourante ne remet pas en cause l'adoption de la méthode mixte pour déterminer son taux d'invalidité, ni la clef de répartition retenue (60% pour l'activité lucrative; 40% pour les tâches habituelles), ni les empêchements pour elle et leur pondération dans l'exercice de ces dernières. La Cour en prend acte et précise encore que l'évaluation des empêchements dans l'accomplissement de ses tâches ménagères a fait l'objet d'une enquête économique sur le ménage, dont le contenu a été confirmé ultérieurement par son auteur (cf. rapport du 27 novembre 2014, dos. OAI 158; détermination du 9 janvier 2018, dos. OAI 597; également l'évaluation dans l'expertise B. _____, p. 33 ss, dos. OAI 473). La Cour s'y rallie. Elle relève d'ailleurs que dans les déterminations du 11 mai 2016 et du 6 juillet 2018 (cf. dos. OAI 371 et 618), l'assurée n'avait pas contesté les constats de l'enquêteur, à tout le moins pas de façon suffisante, mais uniquement invoqué une péjoration déterminante de son état de santé, non avérée pour l'Instance de céans, ainsi qu'une incohérence à retenir une incapacité de travail comme dame de nettoyage, mais ne pas la reprendre comme telle ou de façon plus importante dans l'activité ménagère, présentant pourtant nombre de tâches similaires; elle soutenait aussi ne plus pouvoir bénéficier de l'aide importante de sa fille depuis le départ de celle-ci du domicile familial, courant avril 2018. Si l'activité d'employée de nettoyage présente plusieurs aspects se retrouvant dans la tenue d'un ménage privé, il n'en demeure pas moins qu'elles ne se recoupent que partiellement. Ainsi que l'a récemment confirmé la Haute Cour (cf. arrêt TF 9C_568/2017 du 11 janvier 2018 consid. 5.3), la tenue d'un ménage privé recouvre nombre d'activités sans exigence physique particulière (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) ou dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes etc.). Elle permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel. En outre, en l'occurrence, l'OAI n'a retenu pour obtenir le degré d'invalidité total de 35.80% dans les activités habituelles que les empêchements de l'assurée liés à son état de santé objectif – corroborés d'ailleurs par le déroulement des journées rapporté par l'assurée elle-même –, et non, en sus, le soutien que les membres de sa famille pouvaient et devaient lui apporter dans la tenue du ménage. Or, si une déduction linéaire, forfaitaire de 30% du degré précité qu'a évoquée, mais non réalisée l'administration, n'est pas admissible selon une jurisprudence désormais constante (cf. arrêts TC FR 608 2017 157 du 22 mars 2018; 608 2018 45 du 16 juillet 2018 consid. 6.1; 608 2018 69 du 14 mai 2019 consid. 5 et 608 2018 156 du 2 septembre 2019 consid. 3.2.3), il est en revanche constant que les taux retenus dans chaque domaine d'activité ménagère devaient

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 bien être réduits encore de l'aide exigible des membres de sa famille dans chaque poste. Il en résulte que le taux total d'invalidité ménagère est en tout état de cause inférieur au 35.80% retenus par l'OAI dans ses calculs.

E. 5

La recourante ne formule aucune critique des calculs et des taux d'invalidité retenus par l'OAI. Et la Cour ne descelle aucun motif de revenir sur ceux-ci. Certes, le taux total de 39.28% depuis janvier 2018 n'est que peu éloigné des 40% permettant de l'octroi d'un quart de rente. Mais il lui est bien inférieur, et le serait encore davantage en prenant en compte l'aide exigible des proches de l'assurée dans ses activités habituelles. Partant, c'est donc à bon droit que l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière limitée dans le temps du 1er juin 2013 (six mois après le dépôt de la demande de prestations) à la fin février 2014 (un an après l'opération de février 2013), ce délai tenant compte de la stabilisation de son état dès lors que c'est a posteriori que cette date, largement la plus favorable à l'assurée parmi celles retenues par les experts, a été fixée puis confirmée par l'expert.

E. 6

Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, et le recours, rejeté. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe et compensés par l'avance de frais du même montant. Il ne sera pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant et seront prélevés sur son avance de frais, d'un 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 31 mars 2020/djo Le Président :
Le Greffier-rapporteur :

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