

# FR\_GERICHTE 608 2021 134 vom 5. Dezember 2022

FR Kantonsgericht, 2022-12-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2021\\_134](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_134)

FR: FR\_GERICHTE 608 2021 134 du 5 décembre 2022

IT: FR\_GERICHTE 608 2021 134 del 5 dicembre 2022

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 11

août 2016, 7 mars 2017 et 13 novembre 2017). Le 16 janvier 2017, l'assurée a repris son activité habituelle à 40 % (50 % de son 80 %), avec l'aide des services de réadaptation de l'assurance- invalidité. Le 1er mars 2018, elle a débuté auprès de son employeur une activité de gestionnaire de boutique à 20 % (20 % d'un 100 %). L'assurance perte de gain en cas de maladie a mis en œuvre une expertise psychiatrique et rhumatologique auprès de G.\_\_\_\_\_ (rapport du 6 février 2018), qui n'a pas été jugée concluante par l'office AI. L'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale le 19 juillet 2018 (arthroscopie diagnostique du genou droit, ménissectomie partielle de la corne postérieure interne, excision de corps libre intra- articulaire et lissage cartilagineux du condyle fémoral interne), puis a séjourné à la clinique de réhabilitation H.\_\_\_\_\_ du 20 juillet au 5 août 2018 (rapport du 9 août 2018). L'office AI a mis en œuvre une quête économique sur le ménage le 23 août 2018 (rapport du 29 août 2018), puis a recueilli l'avis des docteurs I.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (des 20 juillet 2018 et 8 novembre 2018), J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (des 8 mars 2019 et 27 juillet 2019) et D.\_\_\_\_\_ (notamment des 22 juin 2018 et 24 octobre 2018). L'assurée a subi une troisième intervention chirurgicale au niveau du rachis le 4 juin 2019 (révision de la spondylodèse L3-S1, avec changement de tige et vissage de l'arthrodèse de la sacro-iliaque droite), puis a séjourné derechef à la clinique H.\_\_\_\_\_ du 7 janvier au 26 janvier 2020 (rapport du 29 janvier 2020; avis du Dr D.\_\_\_\_\_ du 26 février 2020). Parallèlement, l'office AI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de K.\_\_\_\_\_ SA. Dans un rapport du 5 mars 2020, les docteurs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en

Tribunal cantonal TC Page 3 de 13 rhumatologie, ont diagnostiqué – avec répercussion sur la capacité de travail – des lombalgies chroniques, traitées chirurgicalement avec une spondylodèse L3-S1 et une spondylodèse de la sacro-iliaque droite, une gonarthrose bilatérale, prédominant à gauche, séquellaire d'entorses graves ayant nécessité une plastie du ligament croisé antérieur en 2005 et 2006, un syndrome lombo-vertébral persistant avec dysbalance musculaire et un status post chirurgies lombaires multiples. Dans leur avis consensuel, les médecins ont retenu que l'assurée présentait une capacité de travail dans son activité habituelle d'assistante de direction ou toute autre activité également adaptée de 0% du 9 janvier 2015 au 6 avril 2015, de 50 % du 7 avril 2015 au 31 mai 2016 (recte: 2015), de

25 % du 1er juin 2015 au 30 juin 2015, de 100 % du 1er juillet 2015 au 19 juillet 2016, de 50 % du 20 juillet 2016 au 28 septembre 2016, de 0 % du 29 septembre 2016 au 15 janvier 2017, de 50 % du 16 janvier 2017 au 31 mars 2017, de 100 % du 1er avril 2017 au 18 juillet 2018, de 0 % du 19 juillet 2018 au 5 août 2018, de 100 % du 6 août 2018 au 19 mars 2019, de 50 % du 20 mars 2019 au 3 juin 2019, de 0 % du 4 juin 2019 au 3 septembre 2019, de 50 % du 4 septembre 2019 au 31 janvier 2020 et de 100 % dès le 1er février 2020. Par projet de décision du 23 avril 2020, l'office AI a indiqué à l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations. Le docteur D.\_\_\_\_\_ a pris position le 7 mai 2020, indiquant que l'assurée pouvait travailler au maximum quatre demi-journées par semaine (40 % d'un 100 %). L'assurée a produit l'avis du docteur P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (du 7 mai 2020) ainsi que différents arrêts de travail délivrés par le docteur D.\_\_\_\_\_. Interpellés par l'office AI, les docteurs N.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ ont indiqué le 3 juin 2020 que la prise de position du docteur D.\_\_\_\_\_ ne remettait pas en cause les conclusions de l'expertise. Le 24 juin 2021, l'assurée a produit de nouveaux avis du docteur D.\_\_\_\_\_, mentionnant une discopathie C6-C7 et C5-C6, avec cervicobrachialgie à droite (avis des 11 mai 2021 et 15 juin 2021). Par décision du 12 juillet 2021, l'office AI a, en application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, rejeté la demande de prestations. Il a retenu que l'assurée avait subi trois interventions chirurgicales ainsi que des interventions mineures (arthroscopies) au niveau des genoux. Les incapacités de travail qui découlaient de ces interventions ne revêtaient cependant pas un caractère durable. Après un délai de convalescence/réhabilitation de trois à six mois au maximum, l'assurée avait selon les experts recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'assistante de direction. En ce qui concerne la tenue du ménage, l'office AI a retenu un degré d'invalidité de 8,88 % (en tenant compte de l'obligation de l'assurée de réduire son dommage). L'assurée présentait dès lors un taux d'invalidité global de 1,78 % (0 % pour la part lucrative, et 1,78 % [8,88 % x 0,20] pour la part ménagère). B. Le 22 juillet 2021, A.\_\_\_\_\_, représentée par Me Hervé Bovet, avocat, forme un recours contre la décision du 12 juillet 2021 auprès du Tribunal cantonal, dont elle demande l'annulation. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1er novembre 2016. Subsidiairement, elle demande le renvoi de la cause à l'office AI pour déterminer son taux d'invalidité. L'office AI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée dans ses observations du 13 septembre 2021. Me Hervé Bovet a déposé sa liste de frais le 9 novembre 2021. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 Il sera fait état de leurs arguments, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. 2.1. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020; RO 2021 705; FF 2017 2363). De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et

les références citées). S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1er janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. b, al. 1) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Circ. DT DC AI, chiffre 1007s.), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) précise que les rentes d'invalidité de l'ancien droit sont les rentes dont le début du droit est né avant le 31 décembre 2021 et les rentes d'invalidité du nouveau droit sont celles dont le début du droit est intervenu dès le 1er janvier 2022. Il en résulte que si une décision concernant la fixation initiale ou la modification du droit à la rente est rendue après le 1er janvier 2022, les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 restent applicables si la survenance de l'invalidité ainsi que le début du droit à la rente sont antérieurs au 31 décembre 2021 (voir également Circ. DT DC AI, chiffre 1009 dont il ressort implicitement que l'ancien droit reste aussi applicable en cas de modification du droit à la rente survenue avant le 1er janvier 2022). 2.2. Compte tenu de ce qui précède, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont pas applicables, dans la mesure où la décision attaquée (du 12 juillet 2021) a été rendue avant le 1er janvier 2022.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 3. 3.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière. 3.2. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte –, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. 3.2.1. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références).

3.2.2. Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). Par travaux habituels, visés à l'art. 7 al. 2 LAI, des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et les références citées; arrêt TF 9C\_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 3.2.3. Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI). Cette méthode a été souvent remise en cause, y compris devant la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH). Dans l'arrêt n° 7186/09 Di Trizio c. Suisse du 2 février 2016, la CourEDH a retenu que, dans le cas d'une mère de jumeaux, l'usage de la méthode mixte représentait une violation de son droit au respect de la vie privée et familiale (art. 8 CEDH) combiné avec l'interdiction de la discrimination (art. 14 CEDH). À la suite de cet arrêt, le Conseil fédéral a décidé de modifier le règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) concernant l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel (lettre circulaire AI de l'OFAS n° 372 du 9 janvier 2018). Selon le nouvel art. 27bis al. 2 à 4 RAI, entré en vigueur le 1er janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants: le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative (al. 2 let. a) et le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2 let. b). Le calcul du taux d'invalidité en

lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (al. 3 let. a); la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3 let. b). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide; ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4). Dans l'ATF 147 V 124, le Tribunal fédéral a jugé que les modifications de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI étaient conformes à la CEDH et que les différences de traitement qui subsistaient entre une personne exerçant une activité lucrative à plein temps et celle exerçant une activité lucrative à temps partiel (et consacrant le reste de son temps à l'accomplissement de ses travaux habituels) étaient raisonnables et proportionnées. En effet, pour déterminer la perte de gain selon le nouvel art. 27bis al. 3 RAI, ce n'est plus seulement le revenu sans invalidité, mais également le revenu d'invalide qu'il convient de rapporter à une activité exercée hypothétiquement à plein temps. La nouvelle méthode de calcul permet par conséquent, selon le Tribunal fédéral, de supprimer le fait que l'on tenait auparavant compte deux fois du fait que l'activité était exercée à temps partiel: dans la détermination

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 du revenu sans invalidité, d'une part, et dans le cadre de la pondération proportionnelle des deux domaines, d'autre part. 3.2.4. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 141 V 15 consid. 3.1 et les références). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (ATF 130 V 393 consid. 3.3; arrêt TF 9C\_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 et la référence). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références). 3.3. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent 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 (RFJ 2009 p. 320). 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 alors 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 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.).

4. 4.1. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à compter du 1er novembre 2016, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations du 23 mai 2016. Compte tenu des motifs du recours, le litige porte plus particulièrement sur le point de savoir si l'assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Selon l'art. 29ter RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 L'interruption de l'incapacité de travail a pour conséquence que, lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir (Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], chiffre 2212).

4.2. La recourante ne conteste pas les conclusions de l'enquête ménagère. Invoquant une violation du droit, ainsi qu'une constatation inexacte des faits, la recourante fait tout d'abord valoir que trois des quatre experts de K. \_\_\_\_\_ SA n'ont pas suivi une formation médicale en Suisse et n'ont pas d'expérience. Pour des raisons de rentabilité, ce centre d'expertises engagerait selon elle des médecins étrangers qui doivent travailler pour son compte. La recourante soutient que les docteurs L. \_\_\_\_\_, M. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, financièrement dépendants du centre d'expertises, ne disposeraient dès lors pas de l'indépendance nécessaire pour se prononcer sur sa capacité de travail en tant qu'experts. Elle relève que le rapport complémentaire du 13 mai 2020 a par ailleurs été signé par deux experts, les deux autres signatures étant celles de personnes dirigeantes de K. \_\_\_\_\_ SA. Les conclusions de l'expertise seraient en outre incompréhensibles. L'office AI avait d'ailleurs requis des experts une clarification. Or l'écriture du 13 mai 2020 n'apporterait pas les éclaircissements nécessaires. En particulier, la recourante fait valoir que les deux experts – qui ne sont pas neurochirurgiens – y dénaturent les conclusions du docteur D. \_\_\_\_\_.

4.3. Dans sa réponse, l'office AI renvoie aux explications qu'il a déjà données au cours de l'instruction sur l'indépendance des médecins de K. \_\_\_\_\_ SA. Il rappelle que les objections de l'assurée portaient essentiellement sur le volet somatique, de sorte qu'il n'avait pas estimé nécessaire de demander l'avis des experts L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ pour compléter l'instruction. Les éléments invoqués par les médecins traitants ne remettaient enfin pas en cause les conclusions de l'expertise.

5. 5.1. Selon l'art. 44 LPGA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties; celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. La communication du nom de l'expert doit notamment permettre à l'assuré de reconnaître s'il s'agit d'une personne à l'encontre de laquelle il pourrait disposer d'un motif de récusation.

Lorsque l'intéressé soulève des objections quant à la personne de l'expert, l'assureur doit se prononcer à leur sujet avant le commencement de l'expertise. Si un motif de récusation n'est découvert qu'au moment de la réalisation de l'expertise ou après celle-ci, le motif de récusation doit être invoqué dès que possible, soit en principe dès que le plaideur a connaissance du motif, faute de quoi il est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir. Il est en effet contraire au principe de la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour ensuite, à l'occasion d'un recours, tirer argument d'un motif de récusation qui était connu auparavant (ATF 148 V 225 consid. 3.1 et 3.2 et les références). Les objections que peut soulever l'assuré à l'encontre de la personne de l'expert peuvent être de nature formelle ou matérielle. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi. Il s'agit notamment d'un intérêt personnel de l'expert dans l'affaire, du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin), du fait d'être parent ou allié en ligne directe ou, jusqu'au troisième degré, en ligne collatérale avec une partie, son mandataire ou

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 une personne qui a agi dans la même cause comme membre de l'autorité précédente, du fait d'être lié avec une partie ou son mandataire par mariage, fiançailles, partenariat enregistré ou adoption, ou encore un lien de l'expert avec l'affaire pour d'autres motifs, notamment en raison d'une amitié étroite ou d'une inimitié personnelle avec une partie ou son mandataire. Ces motifs de nature formelle sont réputés propres à éveiller la méfiance quant à l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle ne mettent en revanche pas directement en cause l'impartialité de l'expert, mais portent plutôt sur la qualité du rapport que celui-ci pourrait être amené à rendre, sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et de ses compétences, ainsi que sur le risque pour l'expertise d'être réalisée de manière lacunaire (cf. ATF 148 V 225 consid. 3.3 et 3.4; 132 V 93 consid. 6.5; arrêts TF 8C\_678/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.3.1; 9C\_893/2009 du 22 décembre 2009 consid. 2.3.1). 5.2. En l'occurrence, les différents griefs élevés par la recourante contre les docteurs L.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ sont tardifs. L'autorité intimée a communiqué le 9 octobre 2019 le nom des quatre experts à la recourante, qui était déjà représentée par un avocat, et l'a invitée à faire valoir ses motifs de récusation dans un délai de dix jours. Si la recourante entendait se plaindre de l'attribution – via la plateforme Internet SuisseMED@P (art. 72bis al. 2 RAI) – du mandat d'expertise aux médecins précités, il lui incombait d'agir sans délai, ce qu'elle n'a pas fait. Il est ainsi contraire aux règles de la bonne foi en procédure de garder un moyen en réserve, en ne le formulant qu'après avoir pris connaissance d'une décision négative ou s'être rendu compte que l'instruction ne suivait pas le cours désiré (ATF 143 V 66 consid. 4.3). Dans ces conditions, les différents griefs, soulevés tardivement en procédure, ne peuvent pas être pris en considération. Au demeurant, le centre d'expertises K.\_\_\_\_\_ SA est lié à l'OFAS par une convention au sens de l'art. 72bis RAI. Le centre d'expertises est dès lors tenu de garantir que les experts à son service ont suivi une formation de médecins spécialisés reconnue en Suisse, une telle formation pouvant – quoi qu'en dise la recourante – également avoir été accomplie à l'étranger. À cet égard, dans le rapport d'expertise, tous les experts ont pris soin de préciser par l'adjonction «spécialiste FMH» ou «médecin praticien FMH» que leur formation de médecins spécialistes était reconnue en Suisse (rapport d'expertise p. 4 ch. I.1.b). On ajoutera encore que, selon les informations publiques du registre des professions médicales («<https://www.healthreg-public.admin.ch>»), les docteurs M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont obtenu leur titre de spécialiste en Suisse, tandis que les

docteurs L.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ ont obtenu leur titre de spécialiste en France (avec reconnaissance en Suisse respectivement les 14 janvier 2010 et 31 octobre 2011). En présence de médecins formés en Suisse et en France, il n'y a pas lieu de douter que les quatre experts ont suivi une formation de médecins spécialisés reconnue. C'est enfin en vain que la recourante reproche au centre d'expertises un lien de dépendance à l'égard des organes des assurances sociales le conduisant à rendre des expertises défavorables aux assurés. Selon une jurisprudence constante et bien établie, le fait qu'un expert soit régulièrement mandaté par un assureur et l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas, à eux seuls, des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert, quand bien même il en retirerait une part conséquente de ses revenus (ATF 148 V 225 consid. 3.5 et les références). La recourante n'apporte par ailleurs aucun autre élément permettant de faire naître un doute quant à l'impartialité ou l'indépendance du centre d'expertises ou des experts. Faute d'éléments concrets propres à mettre en doute la probité du centre d'expertise ou sa capacité à garantir que les experts à son service ont suivi une formation de médecins spécialisés reconnue en Suisse, le grief doit être rejeté.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 6. La recourante conteste ensuite avoir recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle en se fondant sur les avis du docteur D.\_\_\_\_\_. Le 6 août 2019, le chirurgien a indiqué que la recourante pouvait reprendre une activité professionnelle à 20 % dès septembre 2019, ensuite de l'intervention chirurgicale de juin 2019. Après le séjour de la recourante à la clinique H.\_\_\_\_\_ en janvier 2020, le docteur D.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle pourrait tenter de reprendre son activité à un taux d'occupation de 20 à 35-40 %, mais pas plus (avis du 7 mai 2020). 6.1. Aux fins d'établir la capacité de travail de la recourante, l'office AI s'est fondé sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 5 mars 2020. Les experts y ont résumé tous les éléments médicaux à leur disposition. Ils ont listé les plaintes de la recourante, les ont confrontées à leurs constatations objectives et ont posé des conclusions méticuleuses et claires. Les experts ont également étudié les traitements mis en place. Ainsi, ils ont été en mesure de discuter en détail des diagnostics retenus et de leurs effets sur la capacité de travail. Ils ont retenu en substance les éléments suivants: 6.1.1. Sur le plan psychique, la recourante était orientée aux quatre modes, sans trouble dépressif, anxieux ou psychotique. Elle ne présentait pas non plus de trouble de la personnalité. Bien que la recourante rapportait une dépression saisonnière, l'intensité des symptômes ne permettait pas de poser un diagnostic selon les critères d'une classification internationalement reconnue (CIM-10). Le suivi psychiatrique mis en place depuis 2018 avait par ailleurs été instauré comme appoint thérapeutique (hypnose) dans le cadre des douleurs rapportées par la recourante en lien avec les atteintes somatiques et lombaires. Du point de vue psychique, il n'y avait donc pas d'atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail. 6.1.2. Sur le plan de la médecine interne générale, la recourante présentait une obésité de stade I (IMC de 30 kg/m<sup>2</sup>), associée à un déconditionnement physique, et un souffle carotidien gauche de découverte fortuite (qui n'engendrait pas de douleur thoracique ou de dyspnée; donc sans effet sur sa capacité de travail). Elle ne présentait pas de trouble cognitif au niveau du raisonnement, de la mémoire, du langage ou un manque de mot. Elle ne souffrait pas de somnolence. La prise d'antalgiques morphiniques pourrait cependant donner une somnolence au début de la prise du traitement. Un syndrome des apnées n'était par ailleurs pas exclu (au vu d'une obésité de stade I), bien que l'assurée eût déclaré ne pas souffrir d'endormissement diurne. La fonction pulmonaire était conservée. La palpation abdominale

était souple, en faveur d'une étiologie non chirurgicale. Le bilan biologique effectué par le Dr E. \_\_\_\_\_ ne montrait pas de substrat organique qui expliquerait l'asthénie aggravée à l'effort. Elle présentait en revanche une insuffisance veineuse de stade I, non incapacitante. Sur le plan de la médecine interne générale, la recourante présentait dès lors une capacité de travail de 100 %, sauf lors des périodes d'hospitalisation et de réhabilitation (soit des périodes d'incapacités de travail transitoires). 6.1.3. Sur le plan orthopédique, la recourante présentait des douleurs lombaires, irradiant dans les deux fesses. Malgré trois interventions chirurgicales (au niveau du rachis) et de nombreuses infiltrations, il persistait une gêne lombaire, plus faible qu'auparavant. Les irradiations dans les cuisses nécessitaient une mobilisation fréquente en position debout et des changements de position

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 très fréquents. La position assise, même sur une chaise haute, n'était pas tenable (sans se dandiner et bouger). En raison de ses douleurs, la recourante avait obtenu un poste de travail adapté (avec l'aide de l'assurance-invalidité) puis elle avait recherché au sein de l'entreprise un nouvel emploi (gestionnaire de boutique, avec mise en place d'un tabouret pour lui permettre d'alterner les positions). Au niveau des genoux, la recourante avait subi une plastie du ligament croisé antérieur du genou (LCA) en 2005 et en 2006 (elle était monitrice de ski à l'époque), puis une récurrence de gonalgies sur arthrose post-traumatique avec arthroscopie en décembre 2017 à gauche et en juillet 2018 à droite. Au moment de l'expertise, les gonalgies étaient stables (sur gonarthrose débutante, confirmée lors du séjour à la clinique H. \_\_\_\_\_ en janvier 2020), mais sans disparition de celles-ci. Depuis l'intervention du 4 juin 2019, l'évolution avait été lentement favorable. A la suite du séjour en clinique de réadaptation (survenu après l'expertise), l'évolution favorable avait cependant été confirmée et les bénéfices du reconditionnement avaient été constatés, tant par les médecins de la clinique de H. \_\_\_\_\_ que par le docteur D. \_\_\_\_\_. 6.1.4. Sur le plan rhumatologique, le docteur O. \_\_\_\_\_ a constaté un syndrome de dysbalance musculaire sur un status post chirurgies lombaires multiples avec un syndrome lombo-vertébral persistant. Au jour de l'expertise, la recourante n'était pas encore totalement stabilisée, un travail de reconditionnement musculaire devant encore être effectué. A la suite de l'expertise, elle avait séjourné à la clinique H. \_\_\_\_\_ en janvier 2020 et l'évolution avait été favorable, avec une distance main-sol qui était passée de 15 cm à 5 cm entre l'entrée et la sortie de l'établissement, un périmètre de marche à l'entrée valant déjà 30 minutes et une marche réalisée avec plus de stabilité au niveau du rachis lombaire et plus sécurisée à la sortie. Selon l'expert, la réadaptation de la recourante avait donc permis une évolution favorable sur le plan rhumatologique, avec une capacité de travail de 100 % dès le 1er février 2020. 6.2. Ainsi, la Cour constate que les experts ont procédé à une analyse détaillée des atteintes à la santé de la recourante. En ce qui concerne l'avis du 6 août 2019 du docteur D. \_\_\_\_\_, le docteur O. \_\_\_\_\_ a exposé les raisons pour lesquels il s'en écartait. Le docteur D. \_\_\_\_\_ avait en effet mis en avant des progrès significatifs depuis l'intervention de juin 2016 et une bonne évolution post opératoire, soit des éléments compatibles selon l'expert avec une reprise d'activité à un taux d'occupation de 50 % (et non pas de 20 %). Il a ajouté que le rapport de sortie de la clinique H. \_\_\_\_\_ démontrait – sur un plan médico-théorique – l'efficacité de la réadaptation musculosquelettique sur la symptomatologie lombaire (mobilité améliorée et douleurs rapportées atténuées, voire résorbées). Dans son avis du 7 mai 2020, le docteur D. \_\_\_\_\_ avait d'ailleurs également souligné l'amélioration significative de la situation de la recourante grâce à son séjour à la clinique H. \_\_\_\_\_ («Der Patientin geht es deutlich besser»). Interpellés par l'office AI, les docteurs O. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ ont ajouté que le docteur D. \_\_\_\_\_ avait

considéré des éléments ne relevant pas de sa spécialité pour prolonger l'incapacité de travail de la recourante en 2017. D'un point de vue médico-théorique, ils ont confirmé que la capacité de travail de la recourante était de 100 % six mois après l'intervention du 29 septembre 2016. En ce qui concerne l'avis du docteur D. \_\_\_\_\_ du 7 mai 2020, si le chirurgien se référait certes aux pathologies décrites, les deux experts ont souligné qu'il n'apportait en revanche aucune donnée objective au soutien d'une limitation de la capacité de travail de la recourante. Dans son écriture, celle-ci n'en disconvient pas, se limitant à regretter que seuls les docteurs O. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ aient pris position. Elle n'expose cependant pas ce que les

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 doctresses M. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ auraient pu apporter de plus. En définitive, force est de constater qu'il n'existe au dossier aucun élément médical objectif mettant en doute l'appréciation motivée des experts. 6.3. Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître à l'expertise pluridisciplinaire une pleine valeur probante. L'activité habituelle – soit celle que la recourante exerçait avant la survenance de ses incapacités de travail (secrétaire de direction) – est par ailleurs adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les experts. Cette activité permet en effet l'alternance des positions assis/debout, avec repos du rachis et des cuisses sur une chaise haute. Elle ne nécessite pas des travaux en porte-à-faux, en flexion antérieure du rachis ou de monter/descendre des escaliers de manière répétée. Elle n'impose également pas la marche en terrain accidenté, l'agenouillement ou le travail en position à genoux/accroupie et ne nécessite pas une sécurité augmentée ou une activité sur des échelles/échafaudages. Le port de charges est enfin limité à 10 kg de manière non itérative et à 2 kg de manière itérative. Il s'ensuit que la recourante a, selon les experts, présenté une capacité de travail dans son activité habituelle de secrétaire de direction ou toute autre activité également adaptée de 0% du 9 janvier 2015 au 6 avril 2015, de 50 % du 7 avril 2015 au 31 mai 2015, de 25 % du 1er juin 2015 au 30 juin 2015, de 100 % du 1er juillet 2015 au 19 juillet 2016, de 50 % du 20 juillet 2016 au 28 septembre 2016, de 0 % du 29 septembre 2016 au 15 janvier 2017, de 50 % du 16 janvier 2017 au 31 mars 2017, de 100 % du 1er avril 2017 au 18 juillet 2018, de 0 % du 19 juillet 2018 au 5 août 2018, de 100 % du 6 août 2018 au 19 mars 2019, de 50 % du 20 mars 2019 au 3 juin 2019, de 0 % du 4 juin 2019 au 3 septembre 2019, de 50 % du 4 septembre 2019 au 31 janvier 2020 et de 100 % dès le 1er février 2020. En d'autres termes, la recourante a présenté une capacité de travail de 100 % au moment du dépôt de sa demande de prestations du 23 mai 2016 puis, par intermittence, une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne pendant moins d'une année (du 20 juillet 2016 au 31 mars 2017, du 19 juillet 2018 au 5 août 2018, du 20 mars 2019 au 31 janvier 2020), avec à chaque fois une interruption notable de l'incapacité de travail de plus de trente jours consécutifs (du 1er avril 2017 au 18 juillet 2018, du 6 août 2018 au 19 mars 2019 et au-delà du 1er février 2020). Dès lors, l'autorité intimée a retenu à juste titre que la succession des incapacités de travail de la recourante n'a jamais dépassé le délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. La recourante n'a dès lors pas droit à une rente de l'assurance-invalidité, pour la part professionnelle de son activité (80 %). 7. Ensuite des éléments qui précèdent, le taux d'invalidité de la recourante – inférieur à 20 % (0 % pour la part lucrative [80 %]) – ne donne pas droit à une rente ou à d'autres prestations de l'assurance- invalidité. En ce qui concerne la part ménagère (20 %), la recourante ne conteste par ailleurs pas les conclusions de l'enquête ménagère à domicile (degré d'invalidité de 8,88 % pour la part afférant au ménage [20 %]). La recourante présente dès lors un taux d'invalidité total de 1,78 % (0 % pour la part lucrative, et 1,78 % [8,88 % x

0,20] pour la part ménagère). Le dossier constitué dans la présente procédure est par conséquent suffisamment complet pour juger de l'issue du recours. Partant, les réquisitions de la recourante, en tant qu'elles portent sur son

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 audition comme moyen de preuve et la mise en œuvre d'une expertise médicale, apparaissent superflues et doivent être rejetées. 8. Mal fondé, le recours est rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge de la recourante, vu l'issue du litige. Ils seront prélevés sur l'avance de frais du même montant versée le 5 août 2021. Eu égard à l'issue du recours, il n'est pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision du 22 juillet 2021 est confirmée. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils seront prélevés sur l'avance de frais, du même montant, déjà versée. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 5 décembre 2022 /obl Le Président : La Greffière-stagiaire :

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