

FR_GERICHTE 608 2021 189 vom 3. Mai 2022

FR Kantonsgericht, 2022-05-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_189

FR: FR_GERICHTE 608 2021 189 du 3 mai 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2021 189 del 3 maggio 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 6

mois après sa dernière intervention chirurgicale, l'assurée était à nouveau en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à son état de santé à un taux de 90%, avec une diminution de rendement de 10%. Partant, il a retenu que son droit à la rente devait prendre fin trois mois après l'amélioration de l'état de santé, soit au 31 mars 2017. Il a par ailleurs refusé l'octroi de mesures de nouvelle réadaptation, en invoquant que l'assurée, bien qu'âgée de plus de 55 ans, avait déjà bénéficié de telles mesures pendant plus d'une année sans parvenir à atteindre un taux horaire de 60%, ni un rendement suffisant. Suite aux objections déposées par l'assurée, l'OAI a récolté de nouveaux rapports médicaux auprès des médecins traitants, puis invité le médecin SMR à se déterminer. Il a maintenu sa position dans sa décision du 21 octobre 2021. B. Contre cette décision, A. _____ interjette un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 27 octobre 2021, en concluant implicitement à la poursuite du droit à la rente au-delà du 31 mars 2017. A l'appui de ses conclusions, elle reproche à l'OAI de ne pas avoir procédé à une évaluation globale de son cas, et notamment de ses atteintes invalidantes aux

Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 niveaux physique et psychique. A l'appui de son recours, elle remet un rapport de son psychiatre traitant, ainsi que plusieurs rapports émanant de différents départements de F. _____. Le 11 novembre 2021, elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 14 décembre 2021, l'OAI résume l'évolution médicale depuis le dépôt de la demande AI. Il examine ensuite l'analyse effectuée par les experts D. _____ et E. _____, dont il confirme la valeur probante, constatant au passage que le rapport d'enquête ménagère confirme les constatations des experts. Examinant ensuite les rapports remis dans le cadre des objections au projet de décision et du recours, l'OAI relève que la position des médecins traitants ne remet pas en cause les conclusions des experts. Finalement, l'OAI considère que, bien que l'assurée ait vu sa rente supprimée alors qu'elle avait plus de 55 ans, il ne se justifie pas de lui accorder des mesures de (nouvelle) réadaptation, dès lors qu'elle a déjà bénéficié de telles mesures précédemment, pendant plus d'une année, sans qu'elle ne parvienne à atteindre un taux d'activité de 60%. Il attribue la cause de cet échec à des motifs extra-médicaux, d'ailleurs mis en avant par les experts. Le 26 janvier 2022, la recourante prend spontanément position à l'égard des observations ci-avant. Elle conteste l'évaluation de l'impact des affections dont elle souffre et s'étonne de ce que l'autorité intimée privilégie l'avis "éphémère" des experts au détriment des constatations des nombreux médecins qu'elle a consultés, et consulte encore. Elle joint une série de rapports, parmi lesquels, outre ceux déjà produits avec son recours,

un rapport de la Clinique de rhumatologie de F. _____ et deux rapports de consultation établis par le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie de la colonne vertébrale au sein de H. _____. En réponse du 8 février 2022, l'OAI indique avoir demandé au médecin SMR de se déterminer sur les pièces médicales produites par la recourante. Dans la mesure où ledit médecin retient que ces documents ne fournissent "pas d'élément médical objectif nouveau" et confirme la validité des conclusions de l'expertise, l'OAI campe sur sa position. Appelée en cause en sa qualité d'institution de prévoyance intéressée, I. _____ indique renoncer à prendre position dans son courrier du 17 février 2022. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 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). Les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables au vu de la date de la décision querellée. 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, dite 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; de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 2.2. 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). 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 qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). 2.3. La décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d). Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Tout changement important des circonstances propres à influencer le

degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5; 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. Selon l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 3. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante a entraîné d'abord une période d'incapacité totale de travail puis s'est amélioré au point de justifier qu'il soit mis fin à son droit aux prestations AI. Partant, il s'agit de comparer ici les faits qui prévalaient durant la période de l'octroi de la rente avec ceux existant dès le mois de janvier 2017, menant à la suppression de la rente à partir du 1er avril 2017. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si l'état de santé de la recourante, après avoir justifié une rente entière, s'est ou non amélioré à la date précitée, au point de devoir entraîner une diminution de sa perte de gain. Il convient de se référer au dossier médical. 3.1. Dans son rapport du 7 mars 2016 (dossier AI p. 135), le Dr J. _____, médecin SMR spécialiste en anesthésiologie, constate que l'assurée est à l'arrêt de travail depuis le mois de juin 2015 et qu'elle a été opérée le 13 août suivant. "Des douleurs résiduelles sont en cours de traitement. L'état de santé n'est pas stabilisé." Il recommande de réévaluer la situation dans 3 mois. Le 25 novembre 2016 (dossier AI p. 162), ce même médecin note que l'assurée a été réopérée le 14 juin 2016 (décompression et spondylodèse postérieure L3-L5). Se fondant sur les rapports du Dr K. _____ et du Dr G. _____, œuvrant tous deux au sein de H. _____ et ayant procédé à l'intervention, il constate que "bien qu'il persiste des douleurs et des paresthésies, la situation est améliorée et acceptable pour l'assurée". Une amélioration supplémentaire est attendue grâce à la physiothérapie, mais une reprise progressive d'activité est souhaitable immédiatement "afin d'éviter un déconditionnement trop important". Moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles, la mise sur pied de mesures de réadaptation professionnelle est souhaitable, à 50%, au terme desquelles l'exigibilité médicale dans une activité adaptée sera déterminable. Dans un rapport du 13 mars 2017, le Dr K. _____ et le Dr G. _____ indiquent ce qui suit: "Vom Radiologischen her liegen absolut stabile Verhältnisse vor ohne Hinweis für eine persistierende Schmerzursache. Vom Klinischen her haben wir hier klar eine Schmerzchronifizierung mit vornehmlich Nachtschmerzen. Des Weiteren ist hier die Belastungsintoleranz zu nennen, die mit Sicherheit auch auf einer gewissen muskulären Komponente gründet. Es ist schwierig, hier mit A. _____ den Dialog zu finden. Die Patientin ist auch ungeduldig und unzufrieden, dass es ihr nicht bessergeht. Auch die soziale Situation belastet sie zunehmend." Ils recommandent de débiter une thérapie de la douleur auprès du Prof. L. _____. "Aus rücken-orthopädischer Sicht sind leichtere Tätigkeiten durchaus wieder möglich, wenn auch initial zu reduziertem Pensum. Dies haben wir A. _____ auch so kommuniziert, auch wenn sie anderer Meinung ist. Wichtig wäre jetzt aber, dass man die Schmerzproblematik versucht zu unterbrechen und die Patientin auch sozial wieder zu reintegrieren. Aus wirbelsäulen-orthopädischer Sicht bieten sich

momentan keine weiteren Therapieoptionen an". C'est dans ce contexte que différentes mesures ont été organisées par l'OAI, dont la première a débuté le 3 avril 2017 (dossier AI p. 177). 3.2. Dans un rapport du 4 juillet 2018 (dossier AI p. 330), le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie traitant, indique que l'assurée est suivie à sa consultation pour un trouble anxieux généralisé et un épisode dépressif moyen, justifiant selon lui une incapacité de travail de 50%.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 Le 24 juillet suivant (dossier AI p. 335), le médecin SMR estime que le rapport précité est insuffisant et que, sur le plan somatique, l'exigibilité médicale n'est toujours pas définie. Il propose dès lors de réaliser une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Le Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie, remet son rapport d'expertise le 8 octobre 2019 (dossier AI p. 440). Après avoir rappelé le contexte ayant mené à l'expertise et brièvement résumé le dossier médical, il restitue le contenu de son entretien avec l'expertisée, en commençant par ses plaintes ("la personne assurée décrit de manière permanente des douleurs cervicobrachiales, lombovertébrales, fessalgies, genou D, des mains et pieds"). Après une description plus détaillée en fonction des différentes affections, il établit l'anamnèse de l'assurée, comprenant la description d'une journée-type et les traitements suivis. Au terme de son examen clinique, dans le cadre duquel des examens radiologiques ont été effectués (RX colonne lombaire F/P, radiographies des mains, de l'avant-pied et de la cheville), il retient, comme unique diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, celui de lombo-pygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sur status post-décompression L3-L4 le 4 août 2015 et status post-décompression et stabilisation L3-L5 le 14 juin 2016. A l'évaluation, l'expert note que "l'examen frappe par la présence de douleurs polyarticulaires multiples faisant évoquer la présence d'une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur. L'ensemble de la symptomatologie s'inscrit également en avant-plan d'une surcharge pondérale avec BMI à 35kg/m²". Il poursuit en constatant que, "du point de vue paraclinique, le bilan radiographique est rassurant, concernant la région lombaire il n'y a pas de signe de décèlement, le matériel étant en place, au niveau cervical on note une minime discopathie avec protrusion discale C5-C6 cependant non significative et compatible avec l'évolution due à son âge. La radiographie des mains et des pieds est également rassurante, il n'y a pas de troubles dégénératifs ou de calcification". Il note également "qu'il n'y a pas de difficultés rencontrées dans l'environnement social, celui-ci étant bien étayé, elle arrive à se déplacer en véhicule de manière autonome, à promener son chien et à se faire aider selon besoin". En résumé, il retient qu'"en ce qui concerne l'aspect rhumatologique et médical, la maladie semble stabilisée, dans le sens où on assiste à une chronicisation de la symptomatologie douloureuse" et renvoie pour le surplus au volet psychiatrique. S'agissant de la capacité de travail, l'expert retient en substance une incapacité totale jusqu'en décembre 2016, soit 6 mois après la deuxième opération rachidienne. Dès janvier 2017, il l'estime à 80% dans la dernière activité et à 90% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, avec toutefois une diminution de performance de l'ordre de 10% due à la longue période d'inactivité professionnelle et au vécu douloureux devenu chronique. Le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dépose pour sa part son rapport d'expertise le 14 octobre 2019 (dossier AI p. 464). Après avoir brièvement rappelé le motif et les circonstances de l'expertise, il effectue une synthèse du dossier, en relevant d'emblée que la majorité des rapports médicaux concernent le volet somatique. Il présente ensuite les informations recueillies de la part de l'assurée dans le cadre de l'entretien; celle-ci évoque principalement des douleurs

somatiques (maux de tête, problèmes aux mains et au dos), ajoutant que les douleurs la dépriment et la démoralisent. Elle signale également le décès de sa maman, le 14 février 2019, qui l'a beaucoup affectée. Après avoir établi l'anamnèse, il expose les constatations cliniques issues de son examen (incluant la passation de certains tests psychologiques). Au moment de devoir poser un diagnostic, l'expert se fonde notamment sur les indications fournies par les responsables des stages auxquels l'assurée a participé entre 2017 et 2018. Ces derniers relevaient notamment "quelques particularités de sa personne et de son fonctionnement" (franc-parler), mais aussi un bon engagement, une capacité d'adaptation à différentes tâches et un rendement qui pouvait atteindre

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 70 à 80%. Cela étant, les performances étaient dépendantes des douleurs et des limitations fonctionnelles, mais aussi des facteurs extérieurs, "notamment l'augmentation des soins que [l'expertisée] a mobilisés pour sa mère. Cette dernière a dû être placée en institution, elle est ensuite décédée en février 2019". Compte tenu d'un parcours de vie sans réelle particularité et du fait que la plupart des documents médicaux concernent les atteintes cervicales et lombaires, alors qu'il existe très peu d'informations concernant le psychisme, l'expert ne retient en définitive qu'un diagnostic de décès d'un membre de la famille (Z63.4). Tout en admettant la présence de "quelques fluctuations anxiodépressives en arrière-fond", liées au processus de deuil, il retient néanmoins qu'elles "n'atteignent pas le niveau clinique significatif et nécessitant pas la mise en place d'un diagnostic psychiatrique". Tout en relevant que l'assurée annonce être "encore très affectée par la mort de sa mère avec laquelle elle avait une relation très intense voire fusionnelle", il relativise ces déclarations en constatant qu'elle a bien une vie autonome et aussi des relations extérieures suivies. Il estime donc qu'elle se trouve, au moment de l'expertise, dans un processus de deuil qui n'est pas encore achevé, mais qu'il s'agit d'une évolution normale, et concède une baisse temporaire de la capacité de travail de 20%, l'assurée devant "très probablement" retrouver une pleine capacité dans un délai d'une année environ. "En ce qui concerne le passé, rien ne permet de retenir une incapacité de travail significative liée à la psychiatrie. L'atteinte principale était toujours du côté somatique et les réactions anxieuses associées n'ont jamais atteint un niveau significatif voire une souffrance indépendante". Raison pour laquelle l'expert propose de suivre strictement les déterminations retenues dans l'expertise rhumatologique. Dans le cadre de leur entretien consensuel du 8 octobre 2019 (cf. chapitre 9 du volet rhumatologique), les deux experts évaluent la situation de la manière suivante: Dans l'activité antérieure, "[la] capacité de travail dans son activité habituelle et antérieure est estimée à 80% avec diminution de rendement de 10% et ce depuis janvier 2015 [recte: 2017], soit 6 mois après la deuxième opération rachidienne". Dans une activité adaptée, elle est estimée à 90%, avec diminution de rendement de 10% et ce également depuis janvier 2017. 3.3. Suite au projet de décision de l'OAI, un rapport a été déposé par le psychiatre traitant, en juillet 2020 (dossier AI p. 537). Reprenant principalement le contenu de son précédent avis de juillet 2018, il s'étonne de ce que l'expert psychiatre ne retienne pas de diagnostic psychiatrique, et en particulier pas de trouble anxieux ni de trouble dépressif. Par courrier manuscrit déposé dans le courant du mois d'août 2020, l'assurée annonce avoir chuté dans les escaliers le 26 juillet 2020 et s'être présentée aux urgences de M. _____ deux jours plus tard. Elle indique que des examens ont été réalisés, notamment un scanner, et qu'elle a ensuite été adressée à F. _____, où elle a subi une IRM. Dans un rapport du 16 décembre 2020 (dossier AI p. 546), le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique au sein de F. _____, émet quelques brèves constatations cliniques, sans particularités, mais déclare

ne pas être en mesure de se déterminer sur la situation professionnelle ni, surtout, sur la question de la capacité de travail ainsi que sur le potentiel de réadaptation. Le 4 mai 2021 (dossier AI p. 555), le Dr O. _____, spécialiste en neurochirurgie travaillant avec le Dr N. _____, précise qu'une suspicion de décompensation iliaque a pu être exclue, de même qu'une complication liée à l'ancienne spondylodèze, "sans inflammation, mobilisation ni descellement du matériel". Il considère que le suivi est terminé et qu'une prise en charge spécialisée en antalgie serait souhaitable.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 4. Amenée à statuer, la Cour de céans retient ce qui suit.
4.1. La décision litigieuse se fonde principalement sur les conclusions des experts, datées du

E. 6.1

La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis. Il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (cf. arrêts TF 9C_211/2021 du 5 novembre 2021 consid. 3.1; 9C_276/2020 du 18 décembre 2020 consid. 6 et les arrêts cités).

E. 6.2

En l'espèce, la recourante, née en mai 1962, avait 55 ans révolus au moment où l'office intimé lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps (i.e. en octobre 2021). Elle avait donc droit à ce que le besoin de mesures de réadaptation soit examiné avant la suppression de son droit à la rente. La Cour de céans constate que l'OAI ne s'est déterminé à cet égard que dans le cadre de ses observations, en relevant que l'assurée avait déjà bénéficié de mesures de réadaptation durant plus d'une année avant le prononcé de la décision litigieuse, sans que celle-ci ne parvienne à atteindre le taux d'activité et le rendement requis (60%). Même si l'on peut regretter qu'il n'en ait pas fait mention dans la décision querellée, on note que la recourante n'a pas émis de grief particulier à cet égard dans ses contre-observations. Quoi qu'il en soit, l'argumentation emporte la conviction de la Cour: il est en effet indéniable que l'assurée a été en mesure de participer à différentes mesures mises en place par l'autorité intimée du 30 avril 2017 au 4 novembre 2018, soit durant pas moins de 18 mois, afin de lui permettre de réintégrer le marché du travail. On peut admettre, dans ce contexte, qu'elle a été (suffisamment) réadaptée. En outre, compte tenu de l'évaluation médicale ci-avant (cf. supra consid. 4) et en l'absence d'évolution significative entre la fin de ces mesures (en novembre 2018) et la décision litigieuse, il est vraisemblable que de nouvelles mesures seraient vouées à l'échec, échec qui découlerait principalement de facteurs extra-médicaux dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre, ainsi que l'OAI l'a d'ailleurs relevé.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 7. Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 11 novembre 2021. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais 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 3 mai 2022/mba Le Président : Le Greffier-rapporteur :

E. 8

octobre 2019 (dossier AI p. 440) pour le Dr D._____ et du 14 octobre 2019 pour le Dr E._____ (dossier AI p. 464). Ces rapports répondent aux exigences jurisprudentielles en la matière: Ils ont été effectués en pleine connaissance du dossier et sur la base d'examens complets. Les experts ont pris en considération les plaintes exprimées par l'assurée et les points litigieux ont été discutés. Le contexte médical est clairement décrit et les conclusions sont dûment motivées. En substance, les experts admettent la présence d'une problématique somatique (douleurs ostéo- articulaires, fatigue) justifiant une légère diminution de la capacité de travail de la recourante ainsi qu'une très légère baisse de rendement. Sous l'angle psychiatrique en revanche, aucune pathologie susceptible d'induire des limitations fonctionnelles substantielles n'a été retenue. Ces explications parfaitement cohérentes, fondées notamment sur un examen attentif du dossier et en particulier des déclarations de l'assurée et de son anamnèse, ont obtenu l'aval du médecin SMR et emportent largement la conviction de la Cour. 4.2. La recourante reproche aux experts d'avoir écarté l'avis de ses médecins traitants sans les discuter. La lecture de l'expertise permet néanmoins de constater que tant le Dr D._____ que le Dr E._____ ont pris connaissance du dossier constitué par l'OAI, et donc de la position des médecins traitants (cf. notamment le chapitre "Synthèse du dossier", résumant les précédents rapports médicaux). S'agissant en particulier du Dr D._____, celui-ci a résumé le contexte médical entourant l'expertise (p. 2 et 3 de l'expertise) et dûment présenté la synthèse du dossier médical existant (p. 4 et 5). Dans le cadre de son entretien, il a dûment examiné l'assurée, dont il a recueilli les plaintes et exposé les traitements suivis et la prise en charge. Il s'est également référé au dossier radiologique (p. 13). A l'aune de ce qui précède, l'expert a manifestement tenu compte de l'avis de ses confrères, même s'il ne s'est pas explicitement positionné à cet égard dans le cadre de sa discussion du cas. Quoi qu'il en soit, les avis médicaux qui précédaient cette expertise (cf. supra consid. 3.1) n'en contredisent pas le contenu: La lecture des rapports du Dr K._____ et du Dr G._____ démontrent que ceux-ci peinaient à expliquer l'ampleur des douleurs alléguées par leur patiente et à définir une exigibilité médicale; c'est notamment en raison de cette incertitude que le médecin SMR a recommandé la mise sur pied d'une expertise. La situation est encore plus claire sur le plan psychiatrique, puisque l'expert E._____ a pris spécifiquement position à l'égard de l'avis de son confrère le Dr C._____ (cf. p. 18 et 19 de son expertise): "En dehors des documents médicaux qui

concernent ses atteintes cervicales et lombaires, il existe très peu d'informations concernant le psychisme. Lors des différentes évaluations à l'AI, A. _____ a parlé de ses soucis en lien avec ses problèmes corporels, son inquiétude, elle a exprimé une certaine anxiété et tout ceci en adéquation avec ses problèmes pour lesquels elle a été opérée à plusieurs reprises. Il existe un rapport très sommaire de la part de son psychiatre qui, en juillet 2018, a évoqué un trouble anxieux généralisé et un épisode dépressif moyen. On ne trouve dans ce document aucun statut psychiatrique, aucune explication et les constats sommaires contrastent assez fortement avec les descriptions des intervenants P. _____ qui, quasi dans la même période, font état d'une femme qui pouvait bien être souriante, épanouie, même si elle avait des soucis. Le psychiatre a préconisé une invalidité définitive de 50% mais sans l'argumenter". Il

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 justifie ensuite de façon détaillée les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'avis du Dr C. _____, en se fondant sur ses constatations cliniques (dossier AI p. 482). 4.3. Dans ce contexte, on ajoutera que les documents remis dans le cadre des objections au projet de décision (cf. supra consid. 3.3), auxquels les experts n'ont pas eu accès, ne sont pas, eux non plus, propres à remettre en cause les conclusions de l'expertise rhumatologique. Le seul médecin à remettre en question le rapport d'expertise est le psychiatre traitant de la recourante. Dans un document de juillet 2020 destinée à l'autorité intimée (dossier AI p. 537), il s'étonne que l'expert psychiatre ne retienne pas de diagnostic psychiatrique et estime que la capacité de travail de sa patiente est limitée à 50% "pour une période indéterminée voire définitive". Le Dr C. _____ se réfère au fait que l'assurée "souffre depuis son adolescence et s'est fai[t] traiter par des antidépresseurs et anxiolytiques tout au long de sa vie" pour justifier sa position. Ces allégations ne sont toutefois pas étayées plus avant et le dossier ne fait aucune mention d'un suivi psychiatrique et/ou d'un traitement médicamenteux de longue durée. D'ailleurs, jusqu'à son arrêt de travail en juin 2015, l'assurée a visiblement été en mesure d'exercer de manière ininterrompue différentes activités lucratives - comme cela ressort notamment de son compte individuel AVS (cf. dossier AI p. 61) -, ce qui relativise d'emblée l'argumentation du psychiatre traitant. Son bref rapport est manifestement insuffisant pour remettre en question l'avis, étayé, de l'expert psychiatre. Ce d'autant moins qu'en sa qualité de médecin traitant de la recourante, il est généralement enclin, comme tel et en cas de doute, à prendre parti pour sa mandante. Il n'en va pas autrement sur le plan somatique: les rapports remis ultérieurement à l'expertise rhumatologique ne permettent en aucun cas de s'écarter des conclusions figurant dans cette dernière. Le rapport du Dr N. _____ est relativement peu étayé, ce spécialiste se bornant à émettre quelques constatations cliniques, mais déclarant surtout ne pas être en mesure de se déterminer sur la question de la capacité de travail. Quant au rapport établi par le Dr O. _____, il indique en substance que les investigations menées ont permis d'exclure certaines atteintes (suspicion de décompensation iliaque et complication liée à l'ancienne spondylodèse) et considère par ailleurs que le suivi est terminé, se limitant à recommander une prise en charge spécialisée en antalgie. On ne saurait, là non plus, déduire de ce qui précède de motif de s'écarter des conclusions de l'expert en rhumatologie. Au vu de ce qui précède, l'autorité intimée était fondée, sur la base des éléments dont elle disposait au moment de rendre sa décision, à conclure que l'assurée était en mesure de retrouver un emploi adapté sur un marché équilibré du travail à un taux de 90%, avec une diminution de rendement de 10%. 5.1. Dans le cadre du recours et des contre-observations, l'assurée a encore déposé une série de documents médicaux, principalement en lien avec le suivi dont elle a bénéficié au sein de F. _____ . Figurent

ainsi différents rapports émanant de Q. _____: - Tout d'abord, deux rapports de consultation en neurochirurgie, datés du 27 août et du 22 octobre 2020. Le premier consiste en un "contrôle de suivi suite à un traumatisme crânien". Le Dr N. _____ et le Dr R. _____ relèvent une situation très complexe avec "une patiente qui est gênée par des douleurs au niveau de plusieurs régions anatomiques, d'allure plurifactorielle [...]".

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 Concernant les céphalées persistantes, avec des troubles de la concentration en aggravation suite au traumatisme précité, les spécialistes notent qu'une IRM cérébrale n'avait pas mis en évidence de troubles morphologiques. Ils requièrent la tenue d'un bilan neuropsychologique "afin de documenter d'éventuelles séquelles". S'agissant des douleurs cervicales, elles "peuvent être expliquées dans le contexte post-traumatique, sans corrélation traumatique avec le cadre dégénératif arthrosique en C5-C6 et C6-C7". Une éventuelle pathologie périphérique séquellaire à l'intervention au poignet est envisagée, sous toute réserve toutefois en l'absence de la documentation spécifique. Enfin, sur le plan lombaire, "la patiente a toujours eu des douleurs suite à son intervention de spondylodèse [...]. Ces douleurs ont toujours été gérables mais depuis quelques mois elles gênent la patiente, limitent la marche et la mobilisation"; un syndrome sacro-iliaque bilatéral est également mentionné. Les médecins préconisent la réalisation d'une nouvelle IRM lombaire "afin d'exclure une éventuelle décompensation du segment adjacent en L2-L3 ou en L5-S1 [...]". Finalement, la nécessité d'un soutien psychologique et psychiatrique est confirmée les médecins constatant que "la patiente est très fragile en ce moment en raison de vécus personnels". Le rapport d'octobre 2020 signale d'emblée que l'assurée "a bénéficié de séances de physiothérapie et d'un séjour à l'étranger qui a amélioré le côté psychologique"; elle est toutefois toujours gênée par les douleurs. "Au niveau lombaire, le bilan a clairement montré un cadre de décompensation adjacent L2-L3, sur les images d'IRM ainsi que sur les clichés face et profil de la colonne totale. Ces évidences peuvent être la source de douleurs lombaires". L'éventualité d'une sténose et/ou d'un possible conflit tiges- articulations sacro-iliaques n'est en outre pas exclue. Les médecins confirment dès lors la nécessité de procéder à des examens complémentaires, notamment un bilan par scintigraphie osseuse "pour pouvoir confirmer la source prédominante de la douleur", ainsi qu'un examen neuropsychologique "pour bilancer d'éventuelles séquelles" d'un traumatisme crânien survenu en février 2018. - Ensuite, trois rapports de consultation auprès du "Team Rachis", avec le Dr N. _____ et le Dr O. _____, datés du 25 février, du 9 mars et du 11 novembre 2021. Dans le premier d'entre eux, ceux-ci relèvent que la "suspicion de syndrome sacro-iliaque bilatéral n'a pas été confirmée par l'infiltration qui n'a pas permis de soulager de manière suffisante la symptomatologie". Ils proposent de procéder à d'autres examens: scintigraphie osseuse, bilan rhumatologique complet, consultation en allergologie et prise en charge en antalgie. Dans le second rapport, les médecins précités constatent que, sur le plan orthopédique, la spondylodèse est bien en place et ne présente pas de signe de descellement. L'éventualité d'une sténose canalaire légère est plutôt écartée, faute de corrélation clinique (absence de claudication neurogène), et la tentative de traitement du syndrome sacro-iliaque par infiltration a empiré la situation au lieu de l'améliorer. "Dans ce contexte, nous recommandons un examen neurologique avec ENMG de MI afin d'exclure d'éventuels troubles nerveux fonctionnel[s] dans le contexte d'une sténose ou d'une autre origine". Dans le dernier rapport de novembre 2021, l'assurée annonce "une recrudescence des douleurs lombaires avec irradiation pseudo-radiculaire aux MI" et décrit un état douloureux chronique important. "Elle décrit d'elle-même une composante psychologique importante

avec un stress généré par sa situation globale (décès de ses parents il y a deux ans, difficultés financières, demande AI en cours, multiples chirurgies et antécédents médicaux, le tout générant un stress et une anxiété marqué[s]). Les médecins concluent que "si les derniers examens sont tout à fait rassurants, une ancienne IRM d'il y a un an retrouvait de discrets signes de sténose L2-L3 au-dessus du montage. Bien que la composante psychologique de la douleur semble être importante, nous n'avons pas d'autre proposition que de refaire une IRM pour exclure une progression du canal lombaire étroit". Il renvoie donc la patiente vers ses chirurgiens à Berne dans ce but.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 La neuropsychologue S. _____ et la psychologue T. _____, œuvrant toutes deux au sein du Service de neuropsychologie de F. _____, remettent leur rapport d'examen neuropsychologique le 1er mars 2021. Elles rappellent qu'il a été réalisé à la demande des médecins de Q. _____, en lien avec "des troubles de la concentration dans le contexte de céphalées persistantes dans le contexte d'un possible traumatisme crânien survenu le 28.07.2020". Au terme de leur examen, comprenant l'anamnèse, un examen clinique comprenant la passation de tests spécifiques, elles retiennent ce qui suit: "Au vu de l'anamnèse et des circonstances de la chute, ce tableau semble s'inscrire dans un contexte multifactoriel, avec notamment les douleurs chroniques, la souffrance psychiatrique de longue date et la composante médicamenteuse, la participation de difficultés préexistantes de type neuro-développemental n'étant pas exclue au vu du parcours scolaire (les questionnaires de dépistage du TDA/H ne sont toutefois pas significatifs). Nous ne retenons pas d'élément en faveur d'un syndrome post-traumatique suite à la chute du 28.07.2020, ni pour un traumatisme crânio-cérébral. L'ensemble de ces résultats suggère un trouble neuropsychologique moyen [...], c'est-à-dire que la capacité fonctionnelle est significativement limitée au quotidien et pour la plupart des sollicitations professionnelles. La capacité fonctionnelle est même fortement limitée dans le travail ou lors des tâches requérant un niveau d'exigence élevé". On retrouve également deux rapports du Dr U. _____, spécialiste en anesthésiologie et traitement en interventionnel de la douleur. Dans le premier, du 26 mai 2021, celui-ci établit l'anamnèse, procède à un examen clinique, au terme duquel il se détermine comme suit: "Comme la patiente a subi une infiltration récemment qui s'est extrêmement mal passée, je n'ai pas insisté dans ce sens-là. J'ai proposé à la patiente de faire une perfusion de Lidocaïne et éventuellement introduire des médicaments à vertus anti-neuropathiques si elle le souhaitait. Je n'ai malheureusement pas d'autre proposition à faire car elle présente un lower cross syndrome qui actuellement semble pris en charge de manière efficace par son physiothérapeute et comme vous l'avez souligné je pense qu'un EMG du membre inférieur G fait sens pour objectiver une irritation, faiblesse du sciatique à G". Dans le second rapport du 7 octobre 2021, le Dr U. _____ constate que l'assurée a refusé ses propositions de traitement (infiltrations, changement de médication et thérapies alternatives), préférant "continuer la physiothérapie ainsi que les massages qui sont les seuls traitements qui semblent la soulager". Le suivi s'arrête donc là. Un rapport du 18 octobre 2021 dans lequel le psychiatre traitant se réfère aux douleurs chroniques, présentes depuis 2015 et résistantes aux traitements, qui ont provoqué "un état anxieux et dépressif qui s'est chronicisé". Il dit observer "des symptômes évoquant l'aggravation de ses souffrances dépressive et douloureuse, avec un état de régression mentale et physique, qui persiste toujours malgré son traitement médicamenteux antalgique, antidépresseur, anxiolytique et somnifère". Le pronostic est selon lui "assez réservé. Actuellement la patiente présente une incapacité - invalidité totale de travail. Elle rencontre des difficultés même à entretenir son ménage". Donnant suite à cette requête, le Dr

G._____ reprend le suivi de l'assurée et, dans son rapport du 7 décembre 2021, il annonce qu'il va faire procéder à une IRM, afin d'évaluer notamment l'opportunité d'une nouvelle opération. Il n'en souligne pas moins la présence d'éléments externes, qui compliquent la situation: "Sie ist in Konflikt mit der IV. Sie ist in psychiatrischer Betreuung bei Dr C._____ in Bulle, sie klagt, dass sie Ende Jahr noch die Wohnung wechseln müsse und fühlt sich völlig erschöpft". Le 14 décembre suivant, ce médecin procède à l'évaluation de l'IRM à laquelle l'assurée s'est soumise entretemps et conclut en substance à l'absence de changement significatif: "Die MR-Untersuchung zeigt als hauptbefundliche Veränderung eine mittelschwere Anschlussstenose im Bereich L3/L4 bei einer leichten Protrusion der Bandscheibe und einer

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 gewissen Facettengelenkarthrose. Im Bereich L5/S1 ist die Situation stabil ohne kritische Veränderungen". Il écarte dès lors l'utilité d'une intervention chirurgicale et préconise d'autres mesures moins invasives (thérapie de la douleur, infiltration), tout en relevant l'incertitude de l'assurée à cet égard. Enfin, un rapport du 27 décembre 2021 de la Dr V._____ et de la Dre W._____, œuvrant toutes deux au sein de X._____. Elles rappellent, à l'anamnèse, l'évolution difficile suite à deux opérations (décompression L3 à L5 en 2017 et spondylodèse L3 à L5 en 2018). En raison de la persistance des douleurs, un SPECT-CT réalisé en mars 2021 ne donne "pas d'argument pour une inflammation active ni de signe en faveur d'un descellement du matériel de spondylodèse". Un ENMG des membres inférieurs "retrouve une atteinte L5 et S1 chronique à nette prédominance gauche". Les tentatives d'infiltrations ayant fait empirer la symptomatologie, l'assurée a refusé de poursuivre dans cette voie et a été adressée au Dr G._____, qui avait procédé aux interventions précédentes. Après rappel des plaintes de l'assurée, les deux médecins procèdent à l'examen clinique, au terme duquel elles retiennent le diagnostic de lombosciatalgies bilatérales chroniques non déficitaires, dans le contexte d'une sténose canalaire lombaire L2-L3 et L5-S1 avec un status post décompression et spondylodèse de L3 à L5. "Ces rachialgies d'allure mécanique sont explicables par les troubles dégénératifs sévères, le status post opératoire et le surpoids. Une chronicisation secondaire de la douleur est également possible. Nous n'avons actuellement aucun argument pour une maladie inflammatoire active". 5.2. La Cour rappelle d'emblée que le moment où a été rendue la décision litigieuse (in casu le 21 octobre 2021) délimite, en règle générale, l'état de fait déterminant permettant d'examiner la légalité de l'acte attaqué, de sorte que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de l'état de fait postérieures à cette date (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2). Il est regrettable que l'assurée ait déposé tardivement (i.e. au stade du recours) une partie des rapports qui avaient déjà été établis avant la date déterminante, empêchant l'autorité intimée d'en tenir compte dans sa décision. Quant aux autres rapports, il conviendrait en principe de les écarter de la présente procédure dès lors qu'ils sont postérieurs à la décision attaquée. Toutefois, dans la mesure où ils en sont très proches dans le temps, qu'ils s'inscrivent manifestement dans le contexte des examens organisés par F._____ et que l'autorité et le SMR ont eu l'occasion de prendre position à leur égard, il se justifie de s'y attarder. 5.3. Sur le plan somatique, les rapports mettent en exergue les investigations approfondies menées par différents services de F._____ (chirurgie orthopédique, anesthésiologie, rhumatologie et neuropsychologie), à l'initiative du Dr N._____. La démarche initiée par ce dernier avait pour but de déterminer l'origine des douleurs invoquées par l'assurée. Or, une lecture attentive desdits documents conduit à retenir que les nombreux spécialistes consultés n'y sont pas parvenus, tout du moins pas de manière à se distancier de l'expertise de référence.

Sur le plan orthopédique, on constate en effet que les examens menés (IRM, SPECT-CT, ENMG) n'ont pas permis d'expliquer/d'objectiver les problèmes initialement envisagés (descellement du matériel de spondylodèse, syndrome sacro-iliaque, sténose canalaire). Les investigations supplémentaires effectuées au sein de H. _____ en décembre 2021 vont dans le même sens: se fondant sur une nouvelle IRM, le Dr G. _____ admet certes la présence de certaines atteintes ("eine mittelschwere Anschlussstenose im Bereich L3/L4 bei einer leichten Protrusion der Bandscheibe und einer gewissen Facettengelenkarthrose"). Il n'en retient pas moins que la situation n'a pas fondamentalement évolué par rapport à ses précédentes constatations, émises en 2018. A l'aune

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 de ce qui précède, les considérations des rhumatologues de F. _____, émises moins de deux semaines plus tard et attribuant l'origine des rachialgies à des causes connues (troubles dégénératifs sévères, status post opératoire et surpoids), ne justifient pas d'autre conclusion, d'autant moins qu'elles excluent toute maladie inflammatoire chronique. De même, les indications obtenues dans le cadre de la prise en charge en antalgie sont peu contributives, le spécialiste concerné n'étant pas parvenu à proposer à l'assurée un traitement auquel elle adhère. S'agissant enfin de la composante neuropsychologique, les spécialistes concernées retiennent certes la présence d'un trouble neuropsychologique moyen, induisant une limitation significative de la capacité fonctionnelle au quotidien et pour la plupart des sollicitations professionnelles. Bien que cette évaluation puisse sembler pessimiste, elle est compatible avec l'activité retenue par l'autorité intimée, à savoir l'exercice d'une activité simple et répétitive. Elle est également compatible avec le constat ressortant des bilans de stages, faisant état de capacités de réflexion et de concentration fluctuantes selon le type d'activité requis, soit suffisantes lors du stage en cafétéria (dossier AI p. 317) et bonnes lors du stage dans un garden-centre (dossier AI p. 332), mais mentionnant également l'influence de facteurs externes (soucis de nature familiale, privée). Il importe également de relever que l'expert psychiatre a procédé à différents tests psychologiques complémentaires (dossier AI p. 477), dont une échelle d'évaluation qui a permis de constater l'absence de ralentissement moteur significatif, ce que l'examen clinique a permis de corroborer: "Il n'y avait ni ralentissement psychomoteur significatif à constater (cf. EDR), ni troubles cognitifs". Dans la mesure où les neuropsychologues ne se déterminent pas précisément sur la capacité de travail de l'assurée, qu'elles ne retiennent "pas d'élément en faveur d'un syndrome post-traumatique[...], ni pour un traumatisme crânio-cérébral", que leur avis n'a pas été avalisé par un spécialiste en psychiatrie et qu'elles n'excluent pas que les troubles étaient présents de longue date ("difficultés préexistantes de type neuro-développemental"), et compte tenu plus généralement de la présence avérée de facteurs psycho-sociaux (cf. supra consid. 5.1; rapport du Dr N. _____ et du Dr O. _____ du

E. 11

novembre 2021 et du Dr G. _____ du 14 décembre 2021), leur rapport ne permet pas de remettre en cause l'exigibilité fixée par les experts. Enfin, du point de vue psychiatrique, dans un rapport établi la veille de la décision, le psychiatre traitant fait état d'une chronicisation des atteintes (physiques et psychiques) et il dit observer "des symptômes évoquant l'aggravation de ses souffrances dépressive et douloureuse", en dépit d'un éventail médicamenteux. On note d'emblée qu'il atteste désormais d'une incapacité totale de travail, alors qu'elle n'était que de 50% dans ses précédents rapports, en juillet 2018 et juillet 2020. Or, on peine à discerner une réelle évolution dans l'intervalle: le diagnostic demeure

inchangé et le psychiatre ne fournit que peu d'éléments concrets pour appuyer une incapacité totale de travail, indiquant tout au plus "un état de régression mentale et psychique". Globalement, cette prise de position n'apporte pas d'élément décisif susceptible de convaincre la Cour de s'écarter des conclusions de l'expert E. _____ et semble plus s'apparenter en une ultime tentative du médecin traitant d'apporter son soutien à sa patiente (cf. supra consid. 2.2 in fine). 5.4. En résumé, les rapports précités ne remettent pas en cause le bien-fondé de l'expertise bidisciplinaire sur laquelle l'OAI s'est fondé pour rendre sa décision. Ce dernier a donc, à juste titre, retenu que la recourante était encore en mesure d'exercer une activité adaptée à 90%, avec une diminution de rendement de 10%, "dès janvier 2017, soit 6 mois après la deuxième opération rachidienne", en respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de ports de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10kg. La Cour ne voit en outre pas de motif de remettre en question le calcul du degré d'invalidité, tant pour la part lucrative que ménagère,

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 largement inférieur à 40% et au demeurant non contesté. L'OAI était donc en droit de limiter l'octroi d'une rente entière d'invalidité entre le 1er juin 2016 et le 31 mars 2017, puis de remplacer celle-ci par des indemnités journalières durant les mesures de réadaptation, entre le 3 avril 2017 et le 4 novembre 2018. 6. S'agissant encore du refus, par l'OAI, d'octroyer à la recourante des mesures de nouvelle réadaptation, la Cour note qu'il n'a pas été expressément abordé dans la décision litigieuse, mais uniquement au stade des observations. Elle prend position comme suit.

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