

200.2023.13/107.AI
N° AVS
ANP/EGC

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

Jugement du 13 août 2023

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

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

relatif à des décisions de ce dernier des 21 novembre 2022 et 13 juin 2023



En fait:

A.

A. _____, née en 1961, divorcée et mère de trois fils adultes, ne dispose d'aucune formation professionnelle certifiée. Elle a essentiellement travaillé dans la production, les nettoyages et la vente, moyennant des périodes intermittentes de chômage. L'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en août 2005, en invoquant des douleurs dorsales en recrudescence nonobstant une opération de hernie discale pratiquée en juillet 2004. Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a ordonné une expertise neurochirurgicale, établie le 11 août 2006, et, sur cette base, a nié le droit à une rente. Sa décision correspondante du 3 juillet 2007 a été entérinée par le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en date du 5 mai 2008 (VGE IV/68442). Une nouvelle demande de prestations a été déposée le 3 février 2011 à la suite d'une seconde opération du dos intervenue en novembre 2010. Après avoir diligencé une expertise – dont le rapport a été daté du 16 avril 2012 – auprès d'un médecin spécialisé notamment en chirurgie orthopédique, le même office a nié le droit à une rente par décision du 4 juillet 2013. Sur recours, le TA a annulé cet acte et a accordé une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2011 (JTA AI/2013/759 du 14 novembre 2014). Le montant de cette rente a été formellement fixé le 22 mai 2015.

B.

Lors d'une révision d'office de la rente en juin 2015, l'assurée a invoqué une dégradation médicale liée à une perte partielle de la vision à droite. L'Office AI Berne a alors recueilli des informations de l'employeur de l'intéressée et le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie, puis, après consultation du Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), s'est procuré des rapports du généraliste traitant et d'un spécialiste en rhumatologie. L'assurée ayant perdu son emploi au 31 juillet 2017 et s'étant annoncée à l'assurance-chômage, l'office précité a encore requis un écrit de cette assurance. En possession également de la

documentation des psychiatres/psychothérapeutes de l'intéressée, d'un nouveau rhumatologue, d'une clinique universitaire pour la maternité et d'un centre de réadaptation médicale et neurologique, l'Office AI Berne s'est en outre fait remettre une expertise rhumatologique du 7 mai 2018 ainsi qu'une expertise psychiatrique et neurologique du 28 mai 2018, mises en œuvre par l'assureur perte de gain en cas de maladie. Il s'est aussi enquis des avis d'une clinique universitaire pour l'ophtalmologie. Sur recommandation du SMR, le même office a alors diligenté une expertise pluridisciplinaire (en médecine interne, psychiatrie, ophtalmologie et rhumatologie), dont les conclusions ont été remises le 24 février 2020. Suite à l'interruption après trois jours d'un entraînement à l'endurance accordé du 21 septembre au 20 décembre 2020 et en raison de nouvelles pièces médicales, l'expertise a été complétée sur le plan rhumatologique, en particulier le 10 août 2021. Dans l'intervalle, l'office précité a formellement nié, le 28 avril 2021, le droit à des mesures professionnelles. Après un préavis dûment contesté, il a prononcé par décision du 21 novembre 2022 l'augmentation de la demi-rente à une rente entière dès le 1^{er} mai 2017, sa réduction à une demi-rente à compter du 1^{er} août 2018, puis la suppression de celle-ci à la fin du mois suivant sa décision.

C.

Par envoi du 6 janvier 2023, l'assurée, assistée du même mandataire que celui qui la représentait depuis 2013, forme recours contre la décision du 21 novembre 2022 auprès du TA, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cet acte et, principalement, au constat du maintien de son droit à une rente entière, de même que, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle demande en outre l'assistance judiciaire, limitée aux frais de la procédure. Dans sa réponse du 15 février 2023, l'intimé conclut au rejet du recours. L'assistance judiciaire (dispense de frais et d'avance de frais) a été accordée par décision incidente du 22 février 2023. Le mandataire de l'assurée a alors produit une note d'honoraires datée du 28 février 2023.

D.

Le TA a par ailleurs été saisi d'un second recours, interjeté le 13 février 2023 par l'assurée, toujours représentée, contre une décision de restitution (rente d'invalidité de janvier 2023) rendue le 13 janvier 2023 par l'Office AI Berne. A son appui, la recourante conclut à l'annulation de cette décision, sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 8 mars 2023, accompagnée d'une prise de position du 2 mars 2023 de la caisse de compensation tessinoise (canton dans lequel l'intéressée a apparemment élu domicile en début d'année 2022), l'intimé conclut au rejet du recours. Par décision incidente du 9 mars 2023, le Juge instructeur a joint les deux procédures de recours. Le mandataire de la recourante a déposé une note d'honoraires du 20 mars 2023 pour la seconde procédure.

En droit:

1.

1.1 Les décisions des 21 novembre 2022 et 13 janvier 2023 représentent l'objet de la contestation. Elles ressortissent au droit des assurances sociales et prononcent, pour l'une, l'élévation de la demi-rente à une rente entière dès le 1^{er} mai 2017, sa réduction à une demi-rente à partir du 1^{er} août 2018 et la suppression de toute rente au 1^{er} janvier 2023 (le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de rente contestée et non à la fin du mois suivant celle-ci, comme indiqué par l'intimé, qui s'est en effet référé à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) et, quant à la seconde, la restitution de la rente versée pour le mois de janvier 2023. L'objet du litige porte sur l'annulation de ces décisions et, eu égard à la première, sur le maintien de la rente entière au-delà du 1^{er} août 2018 ainsi que, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. C'est le lieu de préciser que l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un

rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413; SVR 2019 IV n° 32 c. 3.2; VSI 2001 p. 274 c. 1a).

1.2 Au vu des motifs du premier recours, la conclusion principale en constatation doit être comprise comme une conclusion formatrice tendant à l'octroi de prestations d'invalidité. Elle ne pose ainsi pas de problème de recevabilité, que ce soit quant à l'intérêt digne d'être protégé qui devrait justifier une véritable conclusion en constat (art. 49 al. 2 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]) ou sous l'angle du principe de la subsidiarité des décisions de cette nature (ATF 122 V 28 c. 2b).

1.3 Interjetés en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et dûment représentée, les recours sont recevables (art. 56 ss LPGA; art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20]; art. 15 et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

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

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

2.

Est tout d'abord litigieux le droit à la rente tel que fixé dans la première décision contestée du 21 novembre 2022.

2.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (Développement continu de l'AI, RO 2021 705) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sur le plan temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 146 V 364 c. 7.1, 144 V 210 c. 4.3.1). En l'espèce, le droit à la rente de la requérante était déjà né et cette dernière avait au moins 55 ans avant l'entrée en vigueur de la modification en cause. Partant, l'ancien droit reste applicable à la présente contestation (let. c des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_4/2023 du 2 mars 2023 c. 3; Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire [Circ DT DC AI] du 1^{er} janvier 2022, version 1, p. 8, ch. 2002 s. et la référence).

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 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 qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA).

2.3 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215

c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit toutefois pas pour admettre que celle-ci a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, compte tenu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel (ATF 142 V 106 c. 4.4). Les experts médicaux doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du TF, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.4 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'ancien art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, RO 2007 5129), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.5 Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap

(ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; SVR 2021 IV n° 36 c 3.1). Selon une jurisprudence constante, l'appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision (ATF 147 V 161 c. 4.2, 144 I 103 c. 2.1). Il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la décision de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1).

2.6 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2021 IV n° 54 c. 2.3).

2.7 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Pour justifier l'augmentation de la demi-rente de l'assurée à une rente entière dès le 1^{er} mai 2017, puis sa réduction à une demi-rente à compter du 1^{er} août 2018 et la suppression de toute rente au 1^{er} janvier 2023, l'intimé se rallie dans la décision contestée et son mémoire de réponse à l'expertise pluridisciplinaire du 24 février 2020, ainsi qu'au complément rhumatologique du 10 août 2021 à celle-ci. A son sens, cette expertise revêt une entière force probante et n'est pas remise en cause par

les nouvelles pièces médicales produites par la recourante, tel que le SMR l'a également retenu en date du 7 février 2023. Au surplus, l'intimé est d'avis que l'âge de l'assurée, lequel était de 58 ans au moment où une activité adaptée a été jugée exigible à 70%, ne l'empêche pas de mettre à profit cette capacité de travail. Il relève enfin que le cas de l'intéressée fait exception à l'inexigibilité d'une réadaptation personnelle, étant donné qu'une volonté subjective fait défaut à cet effet et que des mesures professionnelles ont déjà été initiées, puis interrompues.

3.2 Dans son recours, l'assurée conteste l'expertise pluridisciplinaire du 24 février 2020 qui, à son avis, ne tient pas suffisamment compte de ses multiples maux, ni de leurs interactions rendant selon elle impossible toute capacité de travail. Hormis cette instruction médicale lacunaire qu'elle dénonce sur les plans à la fois ophtalmologique, rhumatologique et psychiatrique (en produisant, à l'appui de ses griefs, des rapports médicaux relevant de ces deux dernières spécialités), elle juge irréaliste de considérer que son état de santé ait connu la moindre amélioration, celui-ci n'ayant au contraire cessé d'empirer d'après elle. Elle considère que cet état de fait, cumulé à son âge proche de la retraite, rend illusoire une réintégration dans le monde du travail. Elle reproche enfin à l'intimé de ne pas avoir tenu compte du fait qu'elle est âgée de plus de 55 ans et qu'elle perçoit une rente d'invalidité depuis des années, ce qui ferait obstacle à sa réadaptation personnelle et nécessiterait l'octroi de mesures professionnelles.

4.

4.1 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Il s'ensuit que les rapports médicaux des 14 juin et 11 novembre 2022 produits à l'appui du recours, tous deux antérieurs à la décision du 21 novembre 2022, doivent être pris en compte et seront résumés ci-après.

Il en va de même du troisième rapport du 29 novembre 2022 joint au recours, lequel rapport est certes postérieur à la décision contestée, mais se réfère à une consultation ayant eu lieu le jour même de ce prononcé (voir c. 4.5.8). Il en découle aussi que les avis du SMR du 7 février 2023, auxquels l'intimé se réfère dans sa réponse, devront être appréciés par le Tribunal (voir c. 4.5.9).

4.2 En l'espèce, s'agissant d'une procédure de révision (matérielle) de rente (art. 17 LPGA), il convient d'examiner si un changement sensible de la situation réelle, propre à influencer le degré d'invalidité, s'est produit entre la décision initiale du 22 mai 2015 et celle litigieuse du 21 novembre 2022 (voir c. 2.5).

4.3 Avant la décision initiale du 22 mai 2015, la neurochirurgienne de l'assurée avait retenu, dans son expertise du 10 août 2006, le diagnostic avec influence sur la capacité de travail de syndrome lombo-vertébral douloureux irradiant dans la jambe gauche (occasionnellement dans le bras) et générant une mobilité réduite de la colonne vertébrale après une microdiscectomie L4/L5 en juillet 2004, en l'absence de tout déficit sensorimoteur. Sans répercussion du point de vue des exigences professionnelles, cette spécialiste avait relevé des douleurs dans l'épaule et le bras. D'après elle, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans perte de rendement, évaluation sur laquelle l'intimé s'était fondé pour nier le droit à une rente (décision du 3 juillet 2007 entérinée par jugement du TA du 5 mai 2008; VGE IV/68442).

4.4 La décision initiale du 22 mai 2015, rendue après la demande de prestations déposée début février 2011, faisait suite au jugement du 14 novembre 2014 (JTA AI/2013/759) qui avait annulé un refus de rente du 4 juillet 2013 et octroyé une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2011.

4.4.1 Au moment de son prononcé originel, l'intimé disposait d'une expertise du 16 avril 2012 d'un spécialiste en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, ainsi qu'en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci y retenait comme atteinte influençant la capacité de travail, un lumbago avec sciatique suite à une décompression L4/L5 en 2004 et à une nouvelle décompression L4/L5

avec neurolyse en 2010. D'après cet expert, une activité ne nécessitant ni de porter ou de soulever des charges de plus de 5 kg (3 kg en cas de déplacement), ni de rester assis ou immobile plus de deux heures, était exigible dès mai 2021 à 60%, avec une perte de rendement de 10%. Tant l'intimé que le TA se sont ralliés à ces exigences, le second n'ayant réformé la décision du premier que pour des motifs liés au calcul du degré d'invalidité.

4.4.2 On relèvera que l'intimé avait aussi obtenu plusieurs rapports dans le contexte de la nouvelle demande déposée en février 2011, ainsi auprès de l'ancienne généraliste de l'assurée (dossier intimée [dos. int.] 55/1-40 et 67/1), de son gynécologue (dos. AI 87/1), des ophtalmologues traitants (dos. int. 122/1; 139/3), ainsi que du nouveau médecin généraliste (dos. int. 146/1). Ni le gynécologue, ni les ophtalmologues traitants n'avaient fait mention de restrictions susceptibles d'influencer durablement la capacité de travail. Quant aux généralistes traitants, celle en charge du suivi de début février 1985 à mi-avril 2013 avait attesté une incapacité de travail à 100% dès septembre 2010, à 80% depuis le 11 mars 2011 et à 50% à compter de mai 2011, alors que le second avait certifié une incapacité de travail entière de novembre 2013 à fin septembre 2014, puis une capacité de travail de 60% à partir de novembre 2014. Ces appréciations n'avaient pas été considérées comme propres à remettre en cause les conclusions de l'expertise de 2012. Postérieurement à celle-ci, la psychiatre traitante au long cours (probablement depuis 2013) avait également rédigé un avis succinct le 6 mars 2013 (dos. int. 98/2), dans lequel elle avait attesté une incapacité de travail totale en lien avec un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique (F33.11 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Le TA avait toutefois jugé que la fragilité psychique passagère décrite par cette médecin ne pouvait avoir un caractère invalidant (JTA AI/2013/759 c. 6.4). Seules les restrictions fonctionnelles attestées dans l'expertise avaient en conséquence été retenues par l'intimé, puis par le TA.

4.5 A la date de la décision contestée du 21 novembre 2022 et suite à la procédure de révision initiée d'office par l'intimé en juin 2015, les principales sources médicales suivantes étaient disponibles au dossier.

4.5.1 Dans un rapport du 2 juillet 2015, un généraliste traitant a d'abord mentionné un état stationnaire depuis son précédent rapport du 22 janvier 2015. Ce faisant, il a continué d'attester une capacité de travail à 40% à compter de novembre 2014 (dos. int. 164/1). Le 2 juin 2017, il a toutefois constaté une péjoration médicale s'étant manifestée par l'apparition, à fin 2016, de nouvelles plaintes diffuses dans l'appareil locomoteur avec des troubles y consécutifs du sommeil. Il a décrit la décompensation psychique complète qui en avait résulté et qui avait évolué vers une dépression sévère dès mars 2017. De son avis, la capacité de travail était nulle (dos. int. 194/11). Le 11 avril 2018, le même médecin a principalement rapporté des enflures non spécifiées au niveau des tissus, une vessie hyperactive avec incontinence urinaire et une fibromyalgie. Il a confirmé l'absence d'une quelconque capacité de travail pour tout emploi (dos. int. 223/2). Dans un rapport du 10 août 2020, il a évoqué une évolution très fluctuante et marquée par des problématiques médicales surajoutées à la maladie lombaire originelle. Sur ces bases, il a attesté une capacité de travail de 30% dans un travail adapté et estimé que l'exploitabilité de celle-ci dépendrait de la problématique dépressive (dos. int. 339.2/15).

4.5.2 Plusieurs spécialistes ont été consultés à l'instigation du généraliste traitant, en lien avec des douleurs au niveau musculo-squelettique. Ainsi, l'assurée s'est d'abord rendue entre le 23 janvier et le 15 février 2017 chez un médecin interniste et rhumatologue pour des maux diffus au niveau locomoteur, lesquels persistaient alors depuis trois mois. Ce spécialiste a soupçonné, le 19 février 2017, un trouble somatoforme douloureux (dos. int. 196.3/11). Le 20 octobre 2017, l'intéressée a été examinée par un second médecin interniste et rhumatologue qui, après avoir exclu toute pathologie inflammatoire, a confirmé en date du 10 novembre 2017 la présence d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique (dos. int. 210/2). Dans un rapport du 20 février 2018, ce médecin a de plus précisé que l'assurée disposait d'une capacité médico-théorique de travail

d'au maximum 20 à 30% dans une activité adaptée (dos. int. 216/5). Les 17 mai 2018 et 28 février 2019, la recourante a consulté des spécialistes d'une clinique universitaire en rhumatologie et immunologie, lesquels ont diagnostiqué une maladie chronique de la douleur au sens d'une fibromyalgie ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux, respectivement une polymyalgie rhumatismale à titre différentiel. Des mesures médicamenteuses et physiothérapeutiques ont été prescrites (dos. int. 263/3 et 263/7). Dans un rapport du 1^{er} septembre 2020, le neurochirurgien qui avait opéré l'assurée en urgence en juillet 2004 en raison d'une hernie discale a, quant à lui, diagnostiqué un lombago tenace avec irradiation des deux côtés, un status après décompression L4/L5 en juillet 2004 et un syndrome douloureux fibromyalgique (dernier diagnostic déjà retenu par lui le 28 février 2006; dos. int. 19/4). Il ne s'est pas prononcé en faveur d'une nouvelle intervention chirurgicale ou d'une infiltration (dos. int. 339.2/11).

4.5.3 En dehors de son suivi régulier auprès de sa médecin psychiatre et psychothérapeute, l'assurée a consulté un service psychiatrique en février/mars 2017, puis un psychiatre/psychothérapeute d'avril à début juillet 2017 (dos. int. 196.3/4-6; 208/2). A l'instigation de ce dernier, elle a été hospitalisée du 12 juillet au 15 août 2017 dans une clinique de réadaptation. Dans le rapport de sortie du 15 août 2017 ont été posés les diagnostics (principaux) de trouble dépressif récidivant, épisode de degré alors moyen (F33.1 CIM-10) et sous suivi étroit depuis 2017, de soupçon de trouble somatoforme douloureux (TSD) et de syndrome douloureux lombaire chronique (dos. int. 208/3-9). De son côté, la psychiatre traitante au long cours a fait état, le 27 octobre 2017, d'une dégradation médicale et a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, sans syndrome somatique et de trouble de la personnalité sans précision (traits borderline; F33.10 et F60.9 CIM-10). D'après cette doctoresse, aucune activité n'était exigible (dos. int. 205/1). Le 2 mars 2018, elle a attesté une capacité de travail résiduelle de 20-30% dans tout type d'activité (dos. int. 216/3), avant de prendre position, le 13 juillet 2020, sur le volet psychiatrique de l'expertise du 24 février 2020 (dos. int. 326/2). Elle a en outre rédigé un rapport le 9 octobre 2020 et y a constaté une péjoration médicale depuis février 2020, en posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, sans

symptômes psychotiques, avec des idées suicidaires (F33.11 CIM-10). Une capacité de travail de 20-30% au plus a alors été attestée dans l'activité usuelle (dos. int. 329/1). Le 17 septembre 2020, la recourante a encore consulté un service d'urgences hospitalières en raison d'une péjoration de son trouble dépressif avec menaces suicidaires (dos. int. 339.2/5).

4.5.4 Divers traitements ont également été prodigués en milieu hospitalier en vue de soigner une incontinence urinaire (problématique déjà soignée en 2012; dos. int. 87/1 et 222/6-7). Du 31 janvier au 1^{er} février 2018, puis le 20 février 2019, l'assurée a en outre été hospitalisée pour subir une cystoscopie (dos. int. 222/2 et 263/7). Elle a enfin bénéficié d'une hémicolectomie le 30 juillet 2019, du fait d'un conglomérat tumoral dans le contexte d'une péritonite (dos. int. 301.12/7).

4.5.5 L'assureur perte de gain en cas de maladie a, de son côté, ordonné des investigations interdisciplinaires moyennant, d'une part, une évaluation médicale fonctionnelle, laquelle a eu lieu les 5/6 avril 2018. Les experts en rhumatologie, respectivement en médecine physique et réadaptation/rhumatologie, ont diagnostiqué, le 7 mai 2018, avec influence sur la capacité de travail: un syndrome douloureux chronique indifférencié, une symptomatologie sicca associée possiblement à un syndrome de Sjögren, une vessie hyperactive avec incontinence urinaire, une diminution bilatérale de la vue accentuée à droite avec des status d'opération de la cataracte des deux côtés en 2010 et d'une opération suite à un décollement de la rétine droite en 2014, une problématique dépressive (établie à l'anamnèse) avec une hospitalisation stationnaire en juillet/août 2017 étant en outre évoquée. Ils ont attesté une capacité de travail de 60% dans une activité alternant les postures, permettant des pauses accrues et n'impliquant que des charges réduites (dos. int. 225.2/4 et 225.2/8). D'autre part, l'assureur perte de gain en cas de maladie a diligenté une expertise en psychiatrie, psycho-pathologie, neurologie comportementale et psychologie des performances, qui s'est déroulée le 20 avril 2018. Dans leur rapport du 28 mai 2018, les experts ainsi mandatés ont exclu toute atteinte relevant de leurs spécialités et ont reconnu une capacité de travail entière, tant dans l'emploi usuel que dans une activité adaptée.

4.5.6 A l'appui d'un rapport du 21 novembre 2018, les ophtalmologues traitants ont attesté un état médical stationnaire depuis décembre 2014 et nié toute incapacité de travail (dos. int. 241/1).

4.5.7 Sur recommandation du SMR, l'intimé a ordonné une expertise pluridisciplinaire dont les conclusions ont été livrées le 24 février 2020. Les experts y ont posé comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail un status post chirurgie lombaire avec syndrome de dysbalance musculaire (dos. int. 301.2/4). Ils ont exclu des limitations fonctionnelles du point de vue ophtalmologique et psychiatrique, en admettant toutefois une incapacité de travail entière, s'agissant de l'ophtalmologie, pendant trois mois après l'opération du 16 janvier 2014 et, quant à la psychiatrie, de février 2017 à avril 2018. En médecine interne, ces experts ont attesté une incapacité de travail entière de deux semaines en lien avec les cures pour incontinence urinaire en juin 2012, décembre 2017 et janvier 2018, ainsi que jusqu'à deux mois après l'intervention du 30 juillet 2019. Concernant l'aspect rhumatologique, ils ont considéré que l'assurée disposait depuis la date de leur examen clinique du 5 décembre 2019 d'une capacité de travail entière dans une activité profilée à ses handicaps (voir c. 5.3.3; dos. int. 301.2/9). En conclusion, ils ont attesté une amélioration de l'état de santé somatique (dos. int. 301.6/10). Les mêmes experts se sont en outre prononcés le 5 février 2021 sur le rapport neurochirurgical du 1^{er} septembre 2020, ainsi que sur les rapports établis les 13 juillet et 9 octobre 2020 par la psychiatre traitante, en indiquant ne pouvoir exclure une péjoration sous l'angle rhumatologique (dos. int. 339.1/3). Sur les conseils du SMR, un complément à l'expertise du 24 février 2020 a donc été établi le 10 août 2021, s'agissant de cette discipline (dos. int. 364.1/1).

4.5.8 A l'appui de son recours, l'assurée a produit un écrit établi le 14 juin 2022 par le neurochirurgien qui l'avait opérée en juillet 2004. En raison de douleurs lombaires rapportées à sa consultation du 13 juin 2022 et d'éléments nouveaux observés lors d'un examen radiographique du même jour à la colonne lombaire (migration de vis en L4), ce médecin a recommandé une IRM (pièce justificative [PJ] 3 du recours). Les autres rapports déposés avec le recours émanaient de neurochirurgiens d'une clinique neurochirurgicale. Dans un document du 11 novembre 2022, le

premier de ces spécialistes a fait état d'une discopathie en L2/L3 et L3/4 au-dessus de la zone d'arthrodèse, mise en évidence lors d'un bilan radiologique. Il a diagnostiqué des lombalgies chroniques dans un contexte de fibromyalgie, sans conseiller d'approche chirurgicale. Suspectant une neuropathie au niveau du membre inférieur gauche, il a évoqué la mise en place d'un neurostimulateur et a adressé la patiente à un confrère neurochirurgien, expert en thérapie de la douleur au sein de la même clinique. Quant aux douleurs à un genou, il a recommandé de consulter un orthopédiste pour discuter d'éventuels traitements par infiltrations et/ou chirurgicaux (PJ 4 du recours). Le 29 novembre 2022, le second neurochirurgien a décrit un tableau clinique complexe, pour lequel l'assurée n'avait jamais été sérieusement suivie dans un centre de traitement de la douleur. Il l'a donc adressée à un tel centre en vue d'une évaluation multidisciplinaire et d'une orientation, cas échéant, vers une thérapie multimodale (PJ 5 du recours).

4.5.9 Le 7 février 2023, le SMR, par un spécialiste en psychothérapie et en psychologie légale, a estimé que les rapports produits avec le recours ne recelaient aucun nouvel élément psychiatrique/psychologique. Partant, il s'est rallié aux conclusions émises dans le volet psychiatrique de l'expertise du 24 février 2020 (dos. int. 383/1). A l'appui d'un avis également daté du 7 février 2023, un chirurgien orthopédique et traumatologue de l'appareil locomoteur du SMR a, lui aussi, nié que ces rapports médicaux et les résultats radiologiques joints au recours fassent état d'éléments nouveaux en regard de ceux mis en évidence par les experts en 2020 et 2021. Au contraire, il a constaté que les nouvelles imageries réalisées dans l'intervalle attestaient d'un état de santé stable et en a conclu que le profil d'exigibilité défini par les experts était toujours valable (dos. int. 384/1).

5.

Se pose la question de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 24 février 2020 et de son complément rhumatologique du 10 août 2021, sur lesquels repose la décision attaquée.

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

5.2 En l'espèce et quant à sa forme, l'expertise du 24 février 2020 répond aux exigences posées par la jurisprudence, relative à la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications des experts en médecine interne, psychiatrique, ophtalmologique et rhumatologique ne sauraient être critiquées. Ceux-ci ont par ailleurs effectué une synthèse de toutes les pièces médicales pertinentes au dossier, qu'ils ont annexée à leur rapport (dos. AI 301.7/1). Dans les appréciations émergeant à leur spécialité, ils ont dressé un état minutieux des plaintes, affiné par un questionnement de la patiente (dos. AI 301.3/2, 301.4/2 301.5/2 et 301.6/2). Les examens cliniques ont de plus été complétés sur le plan ophtalmologique par une tomographie et par l'obtention de documents supplémentaires (dos. AI 301.11/1 et 301.12/1). Les résultats de ces observations ont été ainsi arrêtés en pleine connaissance du dossier. Les conclusions des experts apparaissent par ailleurs étayées et ne laissent pas soupçonner de lacunes lors de leur genèse. En particulier, s'agissant du volet psychiatrique, le rapport contient les éléments nécessaires à l'évaluation structurée selon l'ATF 141 V 281 (voir c. 2.3). Qui plus est, le centre d'expertise a encore réalisé, le 22 juin 2021, une seconde expertise rhumatologique, laquelle a été confiée à un autre expert que celui désigné dans le cadre du premier mandat. Dans son rapport du 10 août 2021, ce spécialiste a formellement repris le cadenas d'examen suivi par son prédécesseur et livré une appréciation de la capacité de travail dépourvue, elle aussi, de toute contradiction ou incohérence (dos. AI 364.1/3). Il a joint à ses conclusions une synthèse des pièces médicales postérieures à l'expertise de 2020, ainsi que des rapports d'IRM cervicales des

2 septembre 2019 et 30 juin 2021 (dos. AI 364.2/2, 364.6/2, 364.7/2). Il s'ensuit que son évaluation rhumatologique répond, elle aussi, aux exigences formelles définies par le TF en matière de preuves médicales.

5.3 Sous l'angle de leur contenu, rien ne justifie non plus de s'écarter de l'expertise du 24 février 2020 et de son complément du 10 août 2021.

5.3.1 Du point de vue somatique tout d'abord, s'agissant de la médecine interne, l'expert mandaté pour cette spécialité n'a pas diagnostiqué d'atteinte à la santé influençant la capacité de travail mais a évoqué, sans répercussion sur celle-ci, une hystérectomie pour utérus myomateux en 2001, une rectocèle, une néphrolithiase droite avec cystoscopie en septembre 2011, une cure d'incontinence traitée en juin 2022 et deux cystoscopies en décembre 2017 et janvier 2018, un syndrome vertigineux périphérique, un hémangiome du lobe gauche du foie en 2018, plusieurs nodules dans les poumons en 2018, un asthme allergique traité, un emphysème obstructif pulmonaire en 2019 lié au tabagisme, ainsi qu'une tumeur conglomérale inflammatoire dans la région du caecum dans le cadre d'une appendicite perforée. En raison de cette atteinte, opérée le 30 juillet 2019, il a recommandé la proximité de sanitaires du lieu de travail. Se référant à deux rapports établis les 4 septembre et 3 octobre 2019 par le chirurgien viscéral ayant pratiqué cette intervention, il a cependant exclu toute limitation fonctionnelle en lien avec cette affection. Il n'a par ailleurs pas mis en évidence d'élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation. Partant, après avoir encore relevé la nécessité impérieuse d'arrêter le tabac, il a reconnu à l'assurée une entière capacité de travail dans tout type d'emploi, excepté durant les cures d'incontinence urinaire et l'hospitalisation liée à l'intervention du 30 juillet 2019 (voir c. 4.5.7; dos. AI 301.3/8 et 301.12/7). L'expertise, dans son volet dédié à la médecine interne, apparaît ainsi convaincante, ce qui n'a du reste pas été contesté.

5.3.2 Concernant l'ophtalmologie, l'expert désigné n'a pas diagnostiqué d'atteinte impactant la capacité de travail. Sans répercussion du point de vue de celle-ci, il a mentionné une pseudo-phakie bilatérale (opérations de la cataracte) en 2011 et 2012, ainsi qu'un décollement de rétine en 2014 et d'une membrane épi-rétinienne sans trou maculaire à droite. Il a rendu ses conclusions sur la base d'un examen complet pratiqué le 2 décembre 2019,

avec recours à une OCT réalisée le même jour. D'emblée, il a décelé des incohérences dans les propos de l'expertisée, les doléances exprimées par celle-ci étant jugées sans corrélation avec l'examen clinique et l'historique médical (dos. AI 301.5/6). Il a encore fait état dans ce contexte d'une exagération de la faiblesse de la vision stéréoscopique (dos. AI 301.5/11). Ainsi qu'il l'a souligné, son appréciation est en parfaite adéquation avec les autres rapports ophtalmologiques au dossier, qui ont exclu toute limitation fonctionnelle sous cet angle médical (voir c. 4.5.6; dos. AI 301.5/12). En l'absence d'éléments à l'appui de son recours portant sur cet aspect médical, on ne saurait dès lors suivre les réserves émises par l'assurée face au volet ophtalmologique de l'expertise (p. 3 du recours). Celui-ci revêt au contraire une force probante entière.

5.3.3 Sur le plan rhumatologique, l'expert a diagnostiqué un status post chirurgie lombaire avec syndrome de dysbalance musculaire influençant la capacité de travail et, sans répercussion du point de vue de celle-ci, une fibromyalgie, un status post chirurgie de la rotule des deux côtés, ainsi qu'un status de pieds creux. D'après lui, l'examen s'était révélé "strictement normal" en l'absence "d'une quelconque pathologie incapacitante rhumatologique, mécanique, dégénérative ou inflammatoire" et recoupait les constatations émises en 2012 par le chirurgien orthopédique jadis mandaté par l'intimé – hormis pour la fibromyalgie, qui n'avait pas été diagnostiquée par ce confrère, mais qui n'influçait de toute façon pas la capacité de travail d'après lui. Il a ensuite indiqué qu'il partageait les observations rendues dans le cadre de l'évaluation du 7 mai 2018 sous l'angle des autolimitations constatées, mais se distancier de l'estimation de la capacité de travail résiduelle retenue à son appui (60% dans un emploi adapté) et jugée incompréhensible au vu de son propre examen clinique. En raison de la symptomatologie lombaire douloureuse de longue date, il a retenu qu'une activité était exigible à 100% depuis la date de son examen (le 5 décembre 2019), si celle-ci excluait les travaux de surcharge du rachis et le port de charges de plus de 5 kg, offrait d'alterner les postures assis/debout, de même qu'évitait tout travail requérant une sécurité augmentée (pour monter sur des échafaudages par exemple) et exposant à des variations de températures extrêmes. Dans son évaluation de la cohérence et de la plausibilité, il a évoqué des divergences entre les

symptômes décrits et le comportement observé en situation d'examen, au cours duquel l'assurée était restée assise plus d'une heure sans changer de position, ni se lever de sa chaise, ni encore présenter de masque de douleur ou de troubles de la concentration. S'il a parlé d'autolimitations manifestes, il a en revanche exclu toute exagération ou simulation. Son appréciation médico-théorique de la capacité de travail, intégrative de ces importantes autolimitations à l'inverse de l'évaluation médicale rendue en mai 2018, se révèle cohérente en regard du status rhumatologique normal constaté lors de l'examen. A ce moment-là, les experts ignoraient la portée invalidante d'une problématique cervicale investiguée dès 2012 par IRM et ayant fait l'objet d'une nouvelle imagerie en décembre 2019 – cette seconde IRM n'ayant pas figuré au dossier AI au moment de leur expertise (voir à ce sujet c. 5.3.4; dos. AI 364.1/16). Cette lacune a cependant pu être comblée par les investigations rhumatologiques du 22 juin 2021, comme discuté ci-après.

5.3.4 A la demande de l'intimé, un premier complément à l'expertise a d'abord été établi le 5 février 2021. Vu l'impossibilité évoquée à son appui d'exclure une péjoration sous l'angle rhumatologique depuis l'expertise de 2020, l'intimé a ordonné au sein du même centre d'expertise une seconde évaluation rhumatologique. Dans celle-ci, rédigée le 10 août 2021, le nouvel expert désigné a examiné ab ovo l'état rhumatologique et complété le tableau diagnostique en y adjoignant, au titre des affections influençant la capacité de travail, des troubles dégénératifs cervicaux avec ostéochondrose aux niveaux C4/C5 à C6/C7 et foramen intervertébral rétréci aux niveaux C4/C5 à C7/TH1. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a mis en évidence un début de chondropathie et d'arthrose des mains. Le nouveau diagnostic invalidant retenu s'appuie sur un rapport d'IRM cervicale du 30 juin 2021 et sur les observations cliniques de l'expert. D'après lui, la problématique cervicale n'a pas significativement évolué depuis l'expertise de 2020, puisqu'une IRM cervicale du 2 septembre 2019, dont il a demandé la production au dossier, faisait déjà état des mêmes substrats. Ainsi qu'il l'a précisé, les experts de 2020 n'avaient toutefois pas connaissance de cette imagerie, raison pour laquelle ils avaient probablement attribué à la fibromyalgie les plaintes cervicales invoquées lors de leur expertise (dos. AI 301.6/3). Excluant toute

capacité de travail dans l'emploi usuel (ses confrères la fixaient à 60%), il a considéré qu'une activité adaptée était exigible à 70% depuis le 2 septembre 2019, à savoir un travail alternant les postures assis/debout, limitant le port/soulèvement de charges à 5 kg, évitant les positions agenouillé/accroupi prolongées, à l'instar des travaux exigeant une sécurité augmentée sur des échafaudages/échelles et des postures non ergonomiques en surcharge du rachis cervico-dorso-lombaire, de même que tolérant des pauses supplémentaires. Si cet expert a relevé des éléments d'autolimitation et d'amplification, il a par contre réfuté toute divergence entre les symptômes décrits et le comportement observé. En conclusion, il a précisé que son évaluation ne divergeait de celle de 2020 qu'en raison de la prise en compte du résultat de l'IRM du 30 juin 2021 (et de celui de l'IRM du 2 septembre 2019; dos. AI 364.1/15, 364.6/2 et 364.7/2). Il s'ensuit que les exigences nouvellement définies par l'expert sont en parfaite adéquation depuis lors avec l'ensemble des substrats cliniques et radiologiques objectivés, et qu'elles s'avèrent donc abouties et convaincantes. En l'absence de tout élément nouveau propre à influencer la capacité de travail ressortant des rapports joints au recours (ceux-ci se limitant à annoncer de futurs traitements ou investigations radiologiques), ce profil d'efforts conservait par ailleurs toute sa validité à la date de la décision contestée. Le SMR est parvenu à la même conclusion dans son second rapport du 7 février 2023 (voir c. 4.5.9).

5.3.5 Pour ce qui relève de l'aspect psychique, l'experte mandatée n'a pas diagnostiqué d'atteinte invalidante, mais a rapporté un trouble mixte de la personnalité à traits immatures, dépendants et histrioniques. En raison d'une problématique dépressive considérée comme guérie depuis lors, elle a admis une incapacité de travail entière de février 2017 à avril 2018, soit jusqu'à l'évaluation du 20 avril 2018. Cette spécialiste a précisé le contexte dans lequel s'étaient développés les épisodes dépressifs, à savoir celui d'une assurée en prise depuis longtemps à d'importantes difficultés de séparation qui s'étaient exacerbées lors de l'émancipation de ses enfants et avaient mené à des états régressifs importants (en 2017) avec menaces suicidaires ayant valeur d'appels à l'aide. A la date de son examen, l'experte n'a toutefois pas objectivé de trouble thymique constitué en l'absence d'un ralentissement psychomoteur, d'une anhédonie, de

sentiments de culpabilité, de ruminations ou d'une baisse de l'élan vital. Tout au contraire, elle a souligné la nécessité, par moment, de recadrer l'entretien afin d'éviter que l'expertisée ne s'exprime de proche en proche de manière peu précise et sans répondre aux questions, "comme s'il s'agissait d'une conversation de plus en plus animée". Pour le surplus, l'experte n'a pas perçu de signes de tristesse ou d'algie, ni de problèmes d'attention, de concentration, de fatigabilité ou de mémoire, ni encore de symptômes florides de la lignée psychotique ou traumatique. Elle a exclu un TSD, puisque l'expertisée n'exprimait pas de détresse lors de l'examen et qu'un substrat psychopathologique justifiait une partie des douleurs physiques présentes. A cet égard, on ne saurait voir une contradiction dans le fait que le diagnostic de fibromyalgie retenu sur le plan rhumatologique n'est pas corrélé à la présence d'un TSD sur le plan psychique. Les experts rhumatologues mandatés par l'intimé ont en effet évoqué des éléments d'autolimitation ou d'amplification des symptômes, voire des divergences entre les symptômes décrits et le comportement observé en situation d'examen (voir c. 5.3.3 s.). De son côté, l'experte psychiatre n'a pas relevé d'autolimitation, d'exagération ou de simulation, mais des incohérences dans le discours de l'assurée. Ces éléments relativisant la portée du syndrome douloureux reconnu chez l'expertisée apparaissent cohérents au regard des status somatique et psychiatrique, ainsi que de la discussion circonstanciée du cas (voir à ce sujet: TF 9C_176/2018 du 16 août 2018 c. 3.2.2 et JTA AI/2022/387 du 27 janvier 2023 c. 5.4). L'évaluation retenue par l'experte psychiatre ne prête ainsi aucun flanc à la critique. Il en va de même de son appréciation de la capacité de travail excluant toute limitation fonctionnelle, mais réservant la survenue de brefs épisodes d'effondrement dépressif. Cette appréciation, éprouvée et convaincante, concorde de plus avec le ressenti de l'assurée qui, au moment de l'expertise, s'est estimée guérie de son état dépressif (dos. AI 301.4/9). Elle est au surplus confirmée par le SMR dans son avis du 7 février 2023 (voir c. 4.5.9).

5.3.6 Il est vrai que l'appréciation psychiatrique diverge fortement des conclusions des psychiatre et généraliste traitants. La première doctoresse n'a pas varié depuis sa prise en charge dans son diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, hormis sous l'angle de l'intensité reconnue des épisodes dépressifs (moyen, moyen à sévère) ou de l'association ou non à

ceux-ci d'un syndrome somatique (F33.10 ou F33.11 CIM-10; dos. AI 98/2, 205/3, 216/3, 220.3/6 et 329/1). A l'appui de son évaluation du 24 février 2020, l'experte psychiatre a cependant motivé au moyen d'observations cliniques rigoureuses et en se basant sur les indications de l'expertisée pourquoi elle considérait ce trouble comme guéri en l'état, et ce depuis l'évaluation réalisée le 20 avril 2018. Cette appréciation, davantage aboutie et étayée que celle de la psychiatre traitante, emporte la conviction du Tribunal, lequel doit tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille (praticien généraliste ou spécialiste) aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n°26 c. 5.3.3.3). La psychiatre traitante s'est certes encore exprimée le 13 juillet 2020, sur le volet psychiatrique de l'expertise de février 2020 en soulignant la grande labilité de l'état dépressif "variant du léger à moyen voir sévère des fois" (sic), selon l'importance des douleurs induites par la fibromyalgie. Elle a en outre reproché à sa consœur de "[s']aventurer dans des explications psychodynamiques sans fondement" et s'est dit "certaine que si [elle] aurait pris en compte le côté culturel de la patiente, elle n'aurait plus parler d'immatrité, théâtralisme, histrionique" (sic; dos. AI 326/2-3). D'emblée, on relèvera que les fluctuations de l'état dépressif rapportées par la psychiatre traitante étaient connues de l'experte psychiatre au moment de son examen du 9 décembre 2019. Il apparaît ensuite que le trouble mixte de la personnalité diagnostiqué par cette experte l'a été au terme d'une exploration médicale sérieuse et précisément exempte de tout parti pris (notamment culturel), et que ce diagnostic n'influence quoi qu'il en soit pas la capacité de travail. Un possible trait de personnalité histrionique avait du reste déjà été évoqué lors du suivi psychiatrique/psychothérapeutique ambulatoire en février/mars 2017 et la psychiatre traitante a, elle aussi, diagnostiqué un trouble de la personnalité (non spécifié) en octobre 2017 (dos. AI 196.3/5 et 205/3). Quant à la dernière appréciation du 9 octobre 2020 de cette doctoresse, attestant d'une péjoration médicale depuis février 2020, on y décèle plusieurs inexactitudes ou incohérences (dos. AI 330/1). Une incapacité de travail entière est d'abord certifiée depuis le 3 octobre 2020, alors même que le dernier contrôle remonte au 9 octobre 2020 et qu'il n'apparaît guère vraisemblable qu'une précédente consultation ait déjà eu lieu le 3 octobre 2020 (la crise aiguë liée aux

menaces suicidaires ayant requis une consultation hospitalière en urgence remonte au 17 septembre 2020). Cette incapacité de travail entière contredit ensuite la capacité de travail à 20-30% que continue d'attester la même spécialiste dans l'emploi usuel. A mesure que cette seconde estimation médico-théorique ressortait déjà de ses rapports des 2 mars 2018 et 13 juillet 2020 (voir c. 4.5.3), on ne saurait enfin expliquer en quoi l'état psychique se serait péjoré dans l'intervalle. Le même constat s'impose à l'égard de l'appréciation du 10 août 2020 du généraliste traitant, dont les tenants ne sont pas davantage étayés et se calquent en réalité sur les conclusions de la psychiatre traitante. Aucune des évaluations médicales au dossier n'est dès lors propre à remettre en cause le volet psychiatrique de l'expertise de 2020, étant encore précisé que les médecins en charge du suivi psychiatrique et psychothérapeutique en 2017 ne se sont pas prononcés sur les questions d'exigibilités professionnelles.

5.4 Partant, il convient d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales (ATF 144 V 427 c. 3.2) le caractère probant de l'expertise pluridisciplinaire du 24 février 2020 et de son complément rhumatologique du 10 août 2021, lequel a également été confirmé par le SMR. Cette conclusion vaut pour les aspects médicaux de l'expertise, mais également pour la proposition qui y est formulée, relativement à l'estimation de la capacité de travail et de son évolution. Par le fait d'avoir évalué les déficits fonctionnels sur une base objectivée, les experts mandatés par l'intimé ont en effet respecté le cadre normatif déterminant (art. 7 al. 2 LPGA; voir c. 2.3). Sous cet angle et après avoir exclu toute amplification des symptômes (en dépit de certaines incohérences), l'experte psychiatre a tenu compte du potentiel de compensation et des facteurs de surcharge présents chez l'assurée. Parmi les ressources mobilisables, elle a évoqué, en se référant aux treize aptitudes définies dans le mini-CIF (échelle de classement fondée sur la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé permettant d'évaluer les conséquences des troubles psychiatriques sur l'activité et la participation), des capacités intactes dans onze de celles-ci, à savoir pour s'adapter aux règles et routines, planifier et structurer des tâches, eu égard à la flexibilité et à l'adaptation, sous l'angle du jugement et de la prise de position, quant à l'endurance, pour s'affirmer, établir des

relations avec autrui, évoluer au sein d'un groupe, entretenir des relations proches, veiller à son hygiène et aux soins corporels, ainsi que pour se déplacer. Seuls l'usage des compétences spécifiques et l'aptitude à des activités spontanées ont été jugés difficiles à vérifier par l'experte (dos. AI 301.4/13). Au titre des difficultés, cette dernière a souligné que l'assurée ne parvenait pas à sortir de son identité de malade physique étant donné qu'elle ne reconnaissait pas sa problématique de dépendance psychique, ce qui entravait sa coopération aux mesures de réadaptation (dos. AI 301.4/12). La proposition de l'experte de reconnaître une portée invalidante temporaire à l'épisode dépressif apparu en février 2017 et guéri le 20 avril 2018 apparaît pleinement convaincante au vu de l'analyse des indicateurs livrée (dont l'examen détaillé s'avère du reste superflu, puisqu'un diagnostic psychiatrique n'a pas été retenu au terme de l'expertise, jugée probante, même au vu des rapports des psychiatres traitants; voir ATF 145 V 215 c. 7 et la référence; TF 8C_62/2020 du 22 septembre 2020 c. 4.3). Il résulte ainsi de tout ce qui précède que c'est à raison que l'intimé a admis sur ces bases qu'un changement sensible de la situation réelle, propre à influencer le degré d'invalidité, s'était produit depuis la décision initiale du 22 mai 2015 (voir c. 4.2). Tel que déjà relevé, aucun indice au dossier ne permet au surplus de douter de la pérennité de l'appréciation de l'experte psychiatre ni de celle de ses confrères. Une instruction médicale complémentaire n'a dès lors pas lieu d'être ordonnée. L'on retient des conclusions consensuelles des experts que sous réserve d'une inaptitude à tout emploi du 1^{er} février 2017 au 20 avril 2018 liée à une décompensation psychique, l'assurée disposait dès le 21 avril 2018 d'une capacité de travail de 60% avec une perte de rendement de 10% dans une activité adaptée à ses restrictions lombaires (profil d'exigibilité à l'origine de la demi-rente accordée dès le 1^{er} septembre 2011), puis de 70% à partir du 2 septembre 2019 dans une activité profilée à la fois à ses contraintes lombaires et cervicales.

5.5 A toutes fins utiles, on précisera qu'il n'y a pas lieu de critiquer la suppression de la rente au 1^{er} janvier 2023, au motif que la recourante avait atteint l'âge de 55 ans à la date de cette suppression (voir ATF 148 V 321 c. 7.3.2, 141 V 5 c. 4.2.1). Certes, la jurisprudence constante du TF prévoit qu'en pareille hypothèse, il convient de poursuivre le versement de la rente

jusqu'à ce que la capacité de travailler attestée médicalement puisse à nouveau être utilisée grâce à une aide sous forme de mesures de réadaptation médicales et/ou socioprofessionnelles, car dans chaque cas particulier, il doit être établi que la capacité de gain (retrouvée) est (à nouveau) exploitable sur un marché équilibré du travail (voir ATF 145 V 209 c. 5.1, 141 V 5 c. 4.1; SVR 2019 IV n° 38 c. 5.2, 2016 IV n° 27 c. 5.1, 2011 IV n° 30 c. 4.2.1 et 4.2.2, n° 73 c. 3.3). Il est également vrai que cette pratique vaut aussi dans les cas d'octroi d'une rente limitée et/ou échelonnée dans le temps (ATF 145 V 209 c. 5.4; SVR 2020 IV n° 66 c. 2.3.1 et 2.3.3). En l'occurrence, l'intimé s'est conformé aux principes précités en initiant à plusieurs reprises des mesures de réadaptation. Par décision du 28 avril 2021, il a finalement nié le droit à des mesures professionnelles, en retenant que de telles mesures n'étaient alors pas possibles en raison de l'état de santé de l'assurée. Or, au vu de l'expertise pluridisciplinaire (voir c. 5.4 in fine), il apparaît qu'il était pleinement exigible de l'assurée qu'elle se réintègre professionnellement et que c'est en raison de ses seules réserves face à une reprise d'activité (dos. AI 301.3/4, 301.4/7, 301.5/4, 301.6/5 et 364.1/8), qu'elle n'a pas été en mesure de mener à bien les mesures initiées. En l'absence d'une volonté et d'une aptitude subjective à la réadaptation, il s'ensuit que la recourante ne peut prétendre à des mesures de réadaptation avant la suppression de sa rente et ce, sans mise en demeure ni délai de réflexion (SVR 2019 IV n° 3 c. 7). Qui plus est, l'expertise précitée ne subordonne pas la mise à profit de sa capacité de travail à l'instauration de telles mesures.

6.

Sur la base de la capacité de travail résiduelle ainsi fixée, il convient encore de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité en résultant.

6.1 Dans un premier temps, il convient de déterminer les années de référence à prendre en compte pour ce calcul. En l'occurrence, il ressort des constatations médicales ci-dessus que la recourante s'est vu reconnaître une incapacité de travail à 100% de début février 2017 au 20 avril 2018, puis que son état de santé s'est amélioré une première fois à

partir du 21 avril 2018 de façon à lui permettre de travailler à 60% avec une perte de rendement de 10% dans une activité adaptée à ses limitations lombaires, respectivement une seconde fois dès le 2 septembre 2019 moyennant le recouvrement alors d'une capacité de travail de 70% dans un emploi également profilé pour ses restrictions cervicales. Cela étant, ces fluctuations de la capacité de travail impliquent, pour chacune, une modification potentielle du droit aux prestations après trois mois entiers (voir art. 88a RAI; Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] du 1^{er} juillet 2023, version 3, p. 83 s., ch. 5503 s. [teneur inchangée depuis le 1^{er} janvier 2022]; voir aussi, pour un exemple de calcul tenant compte de mois entiers: VGE IV/2022/744 du 28 mars 2023 c. 4.6 ss). La péjoration médicale attestée dès février 2017 prendra donc effet au 1^{er} mai 2017, la première amélioration certifiée le 21 avril 2018 au 1^{er} août 2018, puis la seconde reconnue à partir du 2 septembre 2019 au 1^{er} janvier 2020. S'agissant de cette dernière révision, il apparaît dès lors erroné que l'intimé ait fixé celle-ci au 1^{er} décembre 2019 (l'amélioration attestée depuis le 2 septembre 2019 n'avait, à cette date, pas encore duré trois mois entiers). Cette inexactitude est toutefois sans incidence sur la suppression de la rente, qui ne prend en tous les cas effet que dès le 1^{er} janvier 2023 (voir c. 1.1). Les comparaisons de revenus inhérentes à ces révisions de rentes devront ainsi s'effectuer selon les données correspondant aux années 2017, 2018 et 2020 (et non 2019, comme admis par l'intimé du fait de l'inexactitude précitée).

6.2

6.2.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé 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 (art. 16 LPG). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre

elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2019 BVG n° 16 c. 4.4.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être pris en compte (ATF 143 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

6.2.2 A raison, l'intimé s'est fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique pour évaluer le revenu hypothétique sans handicap. En effet, la pratique qui veut que le revenu de personne valide doit en règle générale être calculé sur la base du dernier salaire gagné par la personne assurée (en l'adaptant cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels) ne trouve application que s'il peut être établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le dernier gain perçu aurait continué d'être réalisé. Si tel n'est pas le cas parce que la perte d'emploi a eu lieu pour des raisons étrangères à l'invalidité, le salaire de valide doit être déterminé sur la base de valeurs statistiques moyennes (TF 8C_260/2020 du 2 juillet 2020, in: SVR 2020 IV n° 71 c. 4.1.2 et les références). Or, en l'espèce, le dernier employeur a mis fin aux rapports de travail au 31 juillet 2017 pour des raisons économiques (dos. AI 238/1). Il apparaît ainsi que l'assurée a perdu son emploi pour des motifs étrangers à l'invalidité, si bien qu'on ne peut admettre qu'elle aurait poursuivi ce travail sans atteinte à la santé.

6.2.3 A mesure que la recourante n'exerçait pas d'activité correspondant au profil d'exigibilité susmentionné au moment de la décision contestée, il y a lieu de se fonder, s'agissant du revenu avec invalidité, sur la même base de données statistiques. Dans ce cas, une comparaison de valeurs exprimées en pour-cent suffit. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut à 100%, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas – la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (TF 9C_237/2016 du 24 août 2016 c. 2.2 et les références). En l'espèce, une activité adaptée a été jugée inexigible du 1^{er} février 2017 au 20 avril 2018, offerte à 60% avec une perte de

rendement de 10% du 21 avril 2018 au 1^{er} septembre 2019, puis à 70% à partir du 2 septembre 2019. A raison, l'intimé n'a pas admis d'abattement supplémentaire, imputable à l'invalidité (ATF 134 V 322 c. 5.2, 129 V 472 c. 4.2.3), sur le revenu d'invalidé exigible dès le 21 avril 2018, mais a concédé un abattement de 10% sur le salaire hypothétique jugé possible à compter du 2 septembre 2019 (cette dernière évaluation ne tenant pas compte d'une perte de rendement liée au handicap). N'en contredise la recourante, son âge ne constituait pas un obstacle à l'exploitation de sa capacité de travail de 70% dès le 2 septembre 2019. A cette date-là, elle était âgée de 58 ans et cinq mois et n'avait dès lors pas atteint le seuil d'âge dit "avancé" de 60 ans généralement considéré par le TF comme susceptible d'influencer négativement le niveau salarial. Rien dans les circonstances concrètes du cas ne permet non plus de conclure que son âge aurait des incidences sur la possibilité d'exploiter cette capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré (JTA AI/2020/238 du 10 décembre 2020 c. 7.3.4 et les références). Le revenu avec handicap s'élève donc à 0% du 1^{er} février 2017 au 20 avril 2018, à 50% du 21 avril 2018 au 1^{er} septembre 2019 (perte de rendement de 10% à déduire directement de la capacité de travail de 60% reconnue; TF 9C_759/2018 du 18 février 2019 c. 3.2) et à 70% dès le 2 septembre 2019.

6.2.4 La capacité de gain suit les mêmes fluctuations de taux que le revenu avec handicap, si bien qu'elle s'élève à 0% du 1^{er} février 2017 au 20 avril 2018, à 50% du 21 avril 2018 au 1^{er} septembre 2019 et à 70% à partir du 2 septembre 2019. Il en résulte ainsi le droit à une rente entière du 1^{er} mai 2017 au 31 juillet 2018, puis à une demi-rente du 1^{er} août 2018 jusqu'à la cessation de cette prestation au 1^{er} janvier 2023.

7.

Il convient enfin de se prononcer sur la demande de restitution formulée dans la seconde décision contestée du 13 janvier 2023.

7.1 Les prestations indûment perçues doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque la personne intéressée était de bonne foi et qu'elle la mettrait dans une situation difficile (art. 25

al. 1 LPGA). Les prestations en espèces indûment perçues reposant sur une décision formellement passée en force ne peuvent, indépendamment du fait de savoir si les prestations qui donnent lieu à la restitution ont été octroyées de manière formelle ou non, être réclamées que si les conditions d'une reconsidération (en cas d'inexactitude manifeste dont la rectification revêt une importance notable; art. 53 al. 2 LPGA) ou d'une révision procédurale (en raison de faits nouveaux importants découverts subséquemment ou de la mise à jour de nouveaux moyens de preuves qui ne pouvaient être produits auparavant; art. 53 al. 1 LPGA) sont réalisées (ATF 147 V 417 c. 4.2, 142 V 259 c. 3.2, 130 V 318 c. 5.2; SVR 2019 UV n° 3 c. 3.1).

7.2 En l'espèce, les conditions posées à une reconsidération du versement de la rente pour janvier 2023 sont réunies, puisque ce paiement est manifestement erroné au vu de la suppression de la rente au 1^{er} janvier 2023 et de l'importance notable que revêt cette rectification d'une prestation périodique (Fr. 818.- alloués pour ledit mois; voir ATF 119 V 475 c. 1c; TF 8C_338/2019 du 8 mai 2020 c. 5). L'assurée ne contestait au reste cette restitution que parce qu'elle s'estimait en droit de prétendre à la poursuite du versement d'une rente entière au-delà du 1^{er} août 2018 ou, à tout le moins, à ce que sa cause continue d'être instruite par l'intimé. A mesure qu'elle succombe dans les conclusions prises dans son recours contre la décision de rente du 21 novembre 2022, elle échoue donc également à faire aboutir celles formulées à l'appui de son second recours dirigé contre la décision de restitution du 13 janvier 2023. Pour le surplus, il n'est ni discutable (voir p. 1 § 4 de la prise de position de la Caisse de compensation tessinoise du 2 mars 2023), ni litigieux que cette restitution a été exigée dans le délai de péremption prévu à l'art. 25 al. 2 LPGA.

8.

8.1 En conclusion, les recours sont mal fondés et doivent être rejetés.

8.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, les procédures de recours visant des prestations sont soumises à des frais de justice. La recourante, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la

procédure fixés forfaitairement à Fr. 800.-. Elle ne peut par ailleurs prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 61 let. g LPG; art. 104 al. 1 et art. 108 al. 1 et 3 LPJA).

8.3 L'assurée a toutefois obtenu l'assistance judiciaire (limitée aux frais) par décision incidente du 22 février 2023. Ainsi, les frais de procédure mis à sa charge, par Fr. 800.-, sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire. La recourante doit néanmoins être rendue attentive à son obligation de remboursement si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272], en lien avec l'art. 113 al. 1 LPJA).

Par ces motifs:

1. Les recours sont rejetés.
2. Les frais de procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

La greffière:

e.r. C. Wagnon-Berger

Voie de recours

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