



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2020 56

Arrêt du 9 novembre 2020

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marianne Jungo, Yann Hofmann
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Me Charles Guerry,
avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité; nouvelle demande; droit à la rente

Recours du 20 mars 2020 contre la décision du 21 février 2020

considérant en fait

A. A._____, née en 1966, domiciliée à B._____, titulaire de plusieurs diplômes dans le domaine de la santé, travaillait, en dernier lieu, en tant qu'aide hospitalière à un taux de 90% au sein d'un établissement médico-social.

Le 14 janvier 2015, alors qu'elle marchait au bord d'une route pour se rendre à son travail, elle a été heurtée au niveau de la face antérieure de l'épaule droite par une fourgonnette, événement qui a occasionné une incapacité de travail, d'abord totale puis partielle, médicalement attestée.

B. Ce cas a été pris en charge par C._____ SA auprès de laquelle elle était assurée, par le biais de son employeur, contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'assurance a notamment mandaté le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, pour expertise. Dans son rapport du 15 septembre 2015, celui-ci a notamment considéré que l'assurée était en mesure d'exercer un travail adapté à un taux de 100%, et qu'à partir du mois d'octobre 2015 elle serait en mesure de reprendre son activité d'aide soignante à temps plein.

Par décision du 11 janvier 2016, confirmée sur opposition le 17 mars 2016, C._____ a fixé la fin du versement des indemnités journalières au 30 septembre 2015 et la fin de la prise en charge des frais de traitement au 14 janvier 2016. Elle estimait alors que l'atteinte n'était plus en lien de causalité avec l'accident du 14 janvier 2014.

Cette décision a été annulée sur recours (605 2016 93) par arrêt du Tribunal cantonal du 7 mars 2017.

C. Parallèlement à cette procédure, le 7 juillet 2015, l'assurée a requis l'octroi de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en raison d'une *"lésion [de l']épaule droite"*.

L'assurée a bénéficié de plusieurs stages à un taux de 100% au sein de E._____ entre le 17 mai et le 11 décembre 2016, le dernier ayant été interrompu le 21 septembre 2016 en raison d'une intervention à l'épaule. Deux nouveaux stages auprès de E._____, sous la forme d'entraînements avec augmentation progressive du taux de présence, lui ont par la suite été octroyés du 15 mai au 13 août 2017, puis du 14 août au 17 novembre 2017.

D. Durant le dernier stage, le 4 octobre 2017, elle a cependant subi une nouvelle chute et s'est plainte, par la suite, de douleurs au genou droit.

Le cas a été pris en charge par F._____, auprès de laquelle elle était assurée, par le biais de E._____, contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Le 1^{er} février 2018, cet assureur a mis fin dès le 10 janvier 2018 au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical en lien avec cet accident. En revanche, selon les pièces du dossier, C._____ continue de verser des indemnités journalières et de prendre en charge le traitement médical en lien avec l'accident du 14 janvier 2015.

E. Pour sa part, l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans son rapport du 4 mars 2019, ce dernier admet que l'assurée n'est plus en mesure de travailler en tant qu'aide soignante. En revanche, il pense qu'elle demeure capable de travailler à 100% dans une activité adaptée.

Par décision du 21 février 2020, reprenant un projet du 24 juin 2019, l'OAI a reconnu à son assurée le droit à une rente entière du 1^{er} janvier 2016 au 30 avril 2019, la rente étant supprimée pour la période ultérieure en raison d'un degré d'invalidité insuffisant.

F. Le 20 mars 2020, l'assurée, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours contre cette décision devant le Tribunal cantonal concluant, avec suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière jusqu'au 30 avril 2019, puis à trois-quarts de rente pour la suite.

A l'appui de ses conclusions, elle se prévaut des conclusions du Dr H. _____ et de la Dre I. _____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qu'elle a mandatés pour expertise. Elle oppose les conclusions de ces deux médecins à celles du Dr G. _____ qu'elle estime contraires aux pièces du dossier, notamment les rapports de stage de E. _____. Elle soutient par ailleurs que, en santé, elle travaillerait à plein temps, ce qui justifierait de prendre en compte un revenu de valide basé sur un taux de 100% et non de 90%. Enfin, elle demande que soit prise en compte une réduction supplémentaire, au titre de désavantage salarial, de 15% de son revenu d'invalidé afin de tenir compte des sévères limitations fonctionnelles qui sont les siennes lors de l'utilisation de son membre supérieur dominant.

Le 27 mars 2020, elle s'est acquittée de l'avance de frais de CHF 800.- requise.

Dans ses observations du 8 avril 2020, l'OAI propose le rejet du recours, se référant à la motivation de sa décision et aux pièces de son dossier.

Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

en droit

1.

Recevabilité

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours est recevable à la forme. En outre, la recourante, dûment représentée, est directement atteinte par la décision querellée et possède dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, il y a lieu d'entrer en matière sur les mérites du recours.

2.

Notion d'invalidité

A teneur 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.

3.

Dispositions relatives aux rentes temporaires

3.1. Une décision par laquelle l'OAI accorde une rente avec effet rétroactif et en même temps prévoit la réduction ou suppression de cette rente correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (VSI 2001 155 consid. 2; ATF 131 V 164).

Selon cette disposition, 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.

3.2. En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt TF I 21/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.3).

Conformément à cette dernière disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (arrêt TF I 689/04 du 27 décembre 2005 consid. 2.3).

3.3. A cet égard, lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d). Il en va de même si l'autorité intimée a rendu une ou plusieurs décisions séparées du même jour (ATF 131 V 164 consid. 2.3).

4.

Dispositions relatives à l'instruction et à l'appréciation des preuves

4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit

donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. 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). En outre, 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).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

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).

4.4. Conformément à l'art. 59 al. 2, 1^{ère} phr. LAI, les offices AI mettent en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires. Selon l'art. 49 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Les services médicaux régionaux se tiennent à la disposition des offices AI de leur région pour les conseiller (al. 3).

Les rapports des SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêts TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 4 et les références citées). La jurisprudence a souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3).

Le médecin SMR peut susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise, mais il ne saurait en infirmer d'emblée, et de façon définitive, les conclusions (arrêt TF 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 5.3).

5.

Discussion relative à l'appréciation de la capacité de travail

Est litigieuse la question de savoir si l'assurée peut percevoir des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 avril 2019, ce qui implique d'abord d'examiner l'impact de son état de santé sur sa capacité de travail.

5.1. A l'appui de sa décision, l'OAI renvoie aux conclusions du Dr G. _____, médecin au sein de J. _____, qu'il avait mandaté pour expertise orthopédique.

Dans son rapport du 4 mars 2019, celui-ci retient les diagnostics de "*lésion traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, traitée chirurgicalement. Atteinte du tendon du sous-scapulaire et lésion du bourrelet Slap II*" et de "*lésion méniscale du genou droit traitée par arthroscopie avec confirmation d'une arthrose interne débutante en zone portante*". Il considère que ces troubles empêchent définitivement l'assurée de travailler comme aide-soignante dans un service de soins

avec des personnes invalides. En revanche, il estime qu'elle posséderait toujours une pleine capacité de travail dans une activité permettant l'alternance des positions, un port de charge ponctuel limité à 10 kg du côté gauche et à 3 kg du côté droit, sans port de charges en hauteur, sans mouvements de rotation répétés de l'épaule droite, sans position accroupie ou agenouillée et sans montée sur un tabouret ou une échelle. Il pense qu'idéalement l'activité doit permettre d'être réalisée avec un appui du coude sur un support ou un plan de travail.

Les conclusions de l'expert sont fondées sur l'étude du dossier transmis par l'OAI – lequel lui a permis d'avoir une pleine connaissance des circonstances du cas – et un entretien de deux heures avec l'assurée. A cette occasion, cette dernière a pu décrire ses atteintes ainsi que les limitations qui en découlent, en particulier ses difficultés à réaliser l'ensemble des tâches qui mobilisent son épaule droite, la forçant à privilégier l'usage de son bras gauche non dominant. Pour sa part, l'expert a pu procéder à un examen complet de l'assurée, constatant l'existence des atteintes décrites, limitant la mobilité de l'épaule. Ses conclusions sont suffisamment motivées, l'expert se référant au demeurant également aux différentes pièces du dossier pour écarter ou, au contraire, motiver ses prises de position. Dans ce contexte, l'appréciation du Dr G. _____ apparaît remplir les critères pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

Interrogé, le Dr K. _____, spécialiste en anesthésiologie au Service médical régional (ci-après: SMR), confirme au demeurant cette appréciation. Dans son rapport du 13 mars 2019, il affirme ainsi que *"ce rapport satisfait aux critères de qualité requis d'une expertise médicale et ses conclusions sont valides sous l'angle de la médecine d'assurance"* (dossier OAI, p. 502).

5.2. Cependant, les conclusions du Dr G. _____ sont contestées par le Dr H. _____ et la Dre I. _____. Le premier avait déjà été engagé par l'assurée pour réaliser une expertise privée dans le cadre du litige qui l'opposait à F. _____ (605 2016 93). Il a simplement été invité à compléter son rapport dans le cadre de la présente procédure, s'adjoignant cette fois la collaboration de la Dre I. _____.

Dans leur rapport du 2 juillet 2019, ils indiquent que le rendement de leur patiente sera diminué même dans une activité professionnelle ne sollicitant que faiblement le bras droit, dès lors qu'elle ressent des douleurs de façon régulière même dans les activités légères. Ils affirment ainsi que *"une activité, quelle qu'elle soit, provoque une augmentation des douleurs dans son quotidien"* et que le rendement de l'assurée *"sera donc inévitablement diminué, lié à la gêne ressentie"* (cf. dossier OAI, p. 526). Ce rapport renvoie à d'anciennes évaluations de l'assurée faites par les experts le 23 août 2016 et le 4 mars 2019 (dossier OAI, p. 174 et 448).

Cela étant, force est de constater que l'examen réalisé par les deux experts privés apparaît nettement plus sommaire que celui réalisé par l'expert engagé par l'OAI, à lire les détails des différents rapports figurant dans le dossier. L'on constate par ailleurs que leur évaluation comporte de nombreuses parties subjectives, notamment lorsqu'ils indiquent que l'assurée *"décrit une douleur"* ou *"rapporte une sensation douloureuse"*. Ils ne procèdent pas non plus à une description détaillée des limitations de l'assurée, se contentant d'indiquer ce qui suit: *"Lors de notre évaluation de juillet 2018, nous avons fixé la limite d'un port de charges en répétition à 5 kg, et à 20 kg sur une seule répétition, sans trouver de limitation pour un travail en position assise, debout, ou en position alternée. Le Dr G. _____ au début de l'année 2019 a évalué presque à l'identique les limitations de l'expertisée. Il a toutefois estimé à 3 kg la limite du port de charges répétées. Les limites dans les activités quotidiennes se reflètent aussi de la même manière dans nos évaluations respectives de juillet 2018, janvier 2019 et ce jour. En effet, [l'assurée] se retrouve rapidement en*

situation d'échec si elle sollicite son membre supérieur droit de façon plus soutenue, et ce dans la plupart des activités du quotidien".

L'on doit, dans ce contexte, se poser la question de la valeur probante de ces différents rapports, étant relevé que l'appréciation du Dr H. _____ n'avait déjà pas été considérée comme seule déterminante dans le cadre de l'arrêt du 7 mars 2018 (605 2016 93), la Cour se référant alors également aux avis concordants des autres médecins interrogés.

Quoi qu'il en soit, l'on constate que la situation exposée par le Dr H. _____ est proche de celle rapportée par le Dr G. _____. La divergence de leurs conclusions apparaît ainsi essentiellement liée à une appréciation différente de la situation. La lecture des rapports permet de conclure que le premier met d'avantage d'importance aux plaintes subjectives de l'assurée, à savoir les douleurs dont elle fait état en lien avec une activité, alors que le second se rattache pour sa part plutôt au status objectif. Cette dernière approche apparaît plus convaincante et doit être dès lors privilégiée.

L'on ne peut, au demeurant, pas exclure que l'appréciation du Dr H. _____ soit influencée par la description de l'activité souhaitée par l'assurée, à savoir une activité en tant qu'auxiliaire d'accueil extra-scolaire. S'il est manifeste qu'une telle activité est mieux adaptée à son état de santé que celle d'aide hospitalière, notamment s'agissant du port de charges, elle demeure néanmoins manifestement contraire aux limitations relevées tant par le précité que par le Dr G. _____. En effet, l'accueil extra-scolaire s'adresse à des enfants certes scolarisés mais toujours de bas âge, ce qui implique un travail en position accroupie et un certain port de charges. Cela explique que l'expert n'atteste que d'une capacité de travail partielle dans cette activité sans pour autant exclure une capacité plus importante à travailler dans une activité encore plus adaptée.

Dans ce contexte, l'appréciation du Dr H. _____ ne remet pas en question celle de l'expert mandaté par l'OAI.

5.3. Les autres pièces au dossier ne permettent manifestement pas de mettre en cause les mesures d'investigation réalisées par l'OAI.

En particulier si, dans son rapport le plus récent du 12 février 2018, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, affirme qu'*"aucune activité professionnelle est pour l'instant envisageable"* (dossier OAI, p. 349), cette affirmation n'est nullement documentée. L'on relève que le médecin évoquait peu auparavant la possibilité de réaliser une activité adaptée, en substance sans port de charge de plus de 5 kg et sans mouvements répétitifs de l'épaule droite (dossier OAI, p. 392, 400, 413 et 415). Cela étant sa nouvelle appréciation a été émise un mois après une intervention chirurgicale (dossier OAI, p. 359). L'on doit en conclure que l'estimation de la capacité de travail était influencée par cette récente intervention, l'assurée étant vraisemblablement encore dans une période de récupération. A l'issue de celle-ci, l'on peut donc raisonnablement déduire qu'une certaine capacité de travail aurait pu être recouvrée. A tout le moins, ce médecin ne saurait remettre en question les conclusions de l'expert.

En outre, l'assurée se prévaut des rapports de E. _____ qui attesteraient qu'elle n'est en mesure de travailler qu'à un taux partiel. Les rapports de stage font ainsi état de rendements bien inférieurs au rendement attendu, avec des taux de "36 à 42%" en août 2017 et de "30 à 35%" en

décembre 2017 (dossier OAI, p. 155, 312 et 330). Outre que ces rapports sont tous antérieurs à la dernière intervention chirurgicale, l'on rappelle que, en principe, les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2). Or, confronté aux conclusions de l'expert, l'on ne peut pas exclure que les limitations constatées dans le cadre de ces stages ne soient pas uniquement liées à l'état de santé de l'assurée, quand bien même les responsables soulignent qu'elle est *"volontaire"*, *"essaie toujours de donner le meilleur d'elle-même"* et montre *"une bonne conscience professionnelle"*. Par exemple, suite à la mesure de mai à août 2017, les responsables soulignent que, *"en dehors de l'activité d'auxiliaire de santé et pour des activités simples et répétitives de l'industrie légère, [l'assurée] parvient à mettre en œuvre ses ressources"* mais que *"pour des activités plus complexes nécessitant des compétences spécifiques ou de la formation, les limitations seraient probablement plus marquées"* (dossier OAI, p. 312).

Quant à l'*"aspect psychologique difficile"* évoqué par le Dr L. _____ et au *"suivi par un psychologue"* mentionné par le Dr H. _____, force est de constater qu'il n'a pas fait l'objet de mesures d'instruction spécifiques par l'OAI. A lire les différents médecins interrogés, cet aspect n'apparaît cependant pas incapacitant. En outre, si une consultation spécialisée a été évoquée par le passé, l'on remarque que les prescriptions médicales (antidépresseurs et anxiolytiques) se font aujourd'hui par le biais de son généraliste et sont essentiellement en lien avec l'évolution de son statut somatique (dossier OAI, p. 101, 103, 174, 233, 348, 444, 478). Au demeurant, bien que représentée par un mandataire professionnel, la recourante ne fait pas reproche à l'OAI de ne pas avoir investigué ses atteintes sur ce plan. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a renoncé à réaliser des investigations plus approfondies sur le plan psychiatrique.

5.4. Reste à déterminer l'évolution de l'état de santé de la recourante sur le plan temporel.

Dans son rapport d'expertise, le Dr G. _____ admet l'existence d'une lésion à l'épaule suite à l'accident du 14 janvier 2015. Il évoque également une arthroscopie réalisée en janvier 2018, laquelle a découvert une lésion méniscale interne sur la come postérieure qui a été régularisée et une lésion interne en regard avec une chondrite condylienne de stade IV et de stade II sur le plateau tibial.

L'expert ne donne pas clairement de date d'amélioration, indiquant uniquement que, *"au vu de l'examen clinique de ce jour, on s'attend à une capacité de travail atteignant progressivement 100% en respectant ces limitations"*. En revanche, il indique que l'évolution de l'épaule est favorable depuis septembre 2016, date d'une intervention de réinsertion ligamentaire, même s'il persiste des sensations d'accrochage et des limitations fonctionnelles. Quant à la situation au genou, celle-ci a été régularisée, même si un risque d'arthrose et d'intervention est évoqué pour le futur.

Le Dr K. _____ n'a pas été interrogé sur ce point. Pour leur part, les autres médecins n'ont pas présenté de rapports plus récents.

Partant, la Cour estime justifié de retenir la date de l'examen par l'expert en orthopédie, le 9 janvier 2019, comme date d'amélioration de l'état de santé.

6.

Dispositions relatives au calcul du degré d'invalidité

6.1. La *méthode ordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

6.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées).

Lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, connaissances insuffisantes d'une langue nationale ou limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier) et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui auquel il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer.

6.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16

LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références).

7.

Discussion relative au degré d'invalidité

7.1. Dans sa décision, l'OAI a implicitement estimé que la capacité de travail de l'assurée était totalement restreinte depuis janvier 2015, faisant naître le droit à une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2016.

De la sorte, il est tenu compte à la fois du délai de carence d'une année et du délai de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a fait valoir son droit aux prestations (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI).

L'OAI a fait courir cette rente jusqu'au 30 avril 2019, étant rappelé qu'une amélioration de l'état de santé peut être constatée à partir de l'examen par l'expert en janvier 2019. Quand bien même cette amélioration est probablement antérieure à cet examen, l'on peut confirmer la prise en compte d'un délai de trois mois conformément à l'art. 88a RAI (cf. ég. arrêts TF 8C_36/2019 du 30 avril 2019 consid. 5; 8C_94/2013 du 8 juillet 2013 consid. 4.1 et 8C_670/2011 du 10 février 2012 consid. 5.1).

C'est dès lors à juste titre que la recourante s'est vu reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} janvier 2016 au 30 avril 2019.

7.2. Pour la période ultérieure, au titre de revenu de valide, l'OAI a retenu un montant de CHF 57'646.65. Ce montant correspond au revenu que l'assurée obtenait auprès de son ancien employeur, mais tenant compte d'une activité réalisée à temps plein et adaptée à l'année 2017.

En cela, contrairement à ce qui est explicitement indiqué dans la motivation de la décision contestée, l'OAI a *de fait* été dans le sens de la recourante et procédé à la comparaison des revenus sur la base d'une activité professionnelle exercée à plein temps.

Cela étant, ce montant doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux jusqu'à l'année 2019, durant laquelle l'on considère que l'état de santé s'est amélioré (indices de 102.9363 pour 2017 et 103.9607 pour 2019, cf. OFS, T1.10 Indice des salaires nominaux par branches 2011-2017, 86-88 Santé, hébergement médico-social et action sociale).

Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 58'219.70.

7.3. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il convient de se référer au montant mensuel de CHF 4'363.-, soit CHF 52'356.- annuellement, correspondant au salaire médian du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016 (ESS 2016, TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, femmes).

Dès lors que le TA1, niveau de compétence 1, de l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes de la recourante dans un marché du travail équilibré (cf. arrêts TF 9C_830/2017 du 16 mars 2018 consid. 5; 8C_381/2017 du 7 août 2017 consid. 4.2.2; 9C_833/2017 du 20 avril 2018 consid. 5.1). La référence au niveau de compétence 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que la recourante ne possède aucune autre formation ou expérience dans ces domaines d'activités, absence influençant manifestement le revenu auquel elle pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires).

Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (soit CHF 53'322.35, indices de 2709 pour 2016 et 2759 pour 2019, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, femmes) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2019 (CHF 55'588.55, cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, Tous les secteurs).

Au vu de la capacité de travail de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 55'588.55.

7.4. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 58'219.70) et d'invalidé (CHF 55'588.55) que la perte de gain se monte à CHF 2'631.15.

Cela correspond à un degré d'invalidité de 4.52%, soit 5% (cf. ATF 130 V 121).

Une perte de gain inférieure à 40% ne donne pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

A ce stade, il est pris acte de ce que la recourante demande qu'il soit tenu compte d'un abattement supplémentaire au titre de désavantage salarial compte tenu du fait qu'elle présente de sévères limitations fonctionnelles dans l'utilisation de son membre dominant, qu'elle est âgée de 54 ans et qu'elle est loin de disposer d'une riche expérience professionnelle en Suisse. Cependant, cette question peut demeurer ouverte. En effet, indépendamment de son amplitude, un tel abattement, fut-il maximal, n'aurait pas d'incidence sur le droit à la rente.

8.

Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée.

Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens.

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée.
- 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 9 novembre 2020/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :