



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

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

608 2018 225

Arrêt du 27 mars 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition	Président :	Johannes Frölicher
	Juges :	Daniela Kiener, Marc Sugnaux
	Greffier-rapporteur :	Michel Bays

Parties

A. _____, recourante, représentée par Swiss Claims Network SA
contre
**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
FRIBOURG, autorité intimée**

Objet

Assurance-invalidité – Refus de rente
Recours du 11 septembre 2018 contre la décision du 24 juillet 2018

considérant en fait

A. A._____, née en 1986, domiciliée à B._____, mariée, a grandi à C._____, où elle a obtenu un diplôme d'infirmière en 2011. Arrivée en Suisse en 2013, elle a travaillé en dernier lieu pour le compte de D._____, en tant qu'infirmière à 80%. Elle a déposé une demande de prestations AI en juillet 2015 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) pour des problèmes de dos apparus suite à la prise en charge d'un patient, à la fin décembre 2014.

Après avoir récolté des rapports auprès des différents médecins traitants (généraliste, anesthésiologue, neurochirurgien), l'OAI a requis l'avis du médecin du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR).

Suivant la position de ce dernier, il a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée, par décision du 24 juillet 2018, retenant que cette dernière demeurait en mesure d'exercer une activité d'infirmière adaptée à ses limitations fonctionnelles (infirmière scolaire, infirmière en service spécialisé ou en entreprise, infirmière en santé communautaire), à plein temps et sans diminution de rendement.

B. Contre cette décision, A._____, représentée par Swiss Claims Network SA, interjette recours de droit administratif le 11 septembre 2018 auprès du Tribunal cantonal. A l'appui de son recours, elle conteste l'appréciation médicale effectuée par l'OAI. Elle relève en particulier que les rapports médicaux présents au dossier ne se prononcent pas, ou très peu, sur sa capacité de travail et/ou sur ses limitations fonctionnelles. Elle reproche également à l'OAI de s'être fondé uniquement sur l'avis du médecin SMR, peu convaincant de son point de vue. Elle requiert dès lors le renvoi du dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, respectivement l'octroi d'une rente d'invalidité.

Le 8 octobre 2018, elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-.

Dans ses observations du 16 octobre 2018, l'OAI renvoie au dossier ainsi qu'à la motivation de sa décision et conclut au rejet du recours.

Invitée à se prononcer en tant qu'institution de prévoyance intéressée, E._____ ne s'est pas déterminée dans le délai imparti.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

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

2.

2.1. 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

2.2. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail 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.

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le degré d'invalidité résulte ainsi de la comparaison du revenu d'invalide, 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). C'est l'application de la méthode classique de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (ATF 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2a et 2b; RCC 1985 p. 469).

En règle générale, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. 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 (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.1). La réponse apportée à

la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt TF I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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'invalidité 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).

2.3. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a).

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

3.

En l'espèce, la recourante conteste l'évaluation de son état de santé par l'OAI et requiert la mise sur pied d'investigations supplémentaires.

Il convient tout d'abord de se référer au dossier médical et d'en rappeler les principales pièces.

3.1. Le 26 mars 2015, la Dresse F._____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, a procédé à un examen détaillé de l'assurée. A l'anamnèse, elle rappelle que celle-ci "*est en l'arrêt de travail depuis le 06.01.2015 en raison de lombalgies aiguës inaugurales le 30.12.2014, alors qu'elle couchait seule un résident*". Elle relève plus loin que les douleurs, persistantes malgré de nombreux traitements, ont un caractère purement mécanique et positionnel. Après examen clinique, comprenant en outre la réalisation d'examens radiographiques (radiographie et IRM), les diagnostics suivants sont retenus: discopathie L4-L5 avec hernie discale médiane/paramédiane G sans conflit radiculaire, discopathie débutante L3-L4, arthrose postérieure lombaire basse débutante – Anomalie de transition avec sacralisation de L5 – Obésité. A la discussion, la Dresse F._____ note que "*bien que la patiente exprime sa douleur de*

manière démonstrative [...], il existe une bonne corrélation entre la localisation des douleurs, les constatations cliniques et les lésions".

Le 7 mai suivant, la Dresse F. _____ relève qu'une amélioration sensible des douleurs a pu être obtenue grâce à des séances de physiothérapies. *"Toutefois, les plaintes sont encore importantes, et la patiente exprime verbalement un grand nombre de craintes, confirmant un contexte de surcharge. En effet, elle verbalise un sentiment de solitude et un certain désarroi dû au fait qu'elle se retrouve depuis 2 ans en Suisse, dans un système qu'elle ne connaît pas, éloignée de sa famille, et de surcroît licenciée depuis peu".*

Dans un rapport du 17 septembre 2015, le Dr G. _____, spécialiste en anesthésiologie, rappelle brièvement le contexte ayant conduit à la consultation, rappelant en particulier qu'une IRM a mis en évidence une double discopathie L4-L5 et L5-S1 avec une protrusion au dernier étage. Au terme de son examen clinique, il observe *"un status neurologique parfaitement normal"*; par contre, les discographies mettent à jour une pathologie de type IDD (internal disk disruption). Il conclut en ces termes: *"Nous sommes donc face à une pathologie bien décrite dans la littérature, et expliquant que les douleurs sont apparues lors de son évènement de décembre 2014. Cette pathologie a un mauvais pronostic en ce qui concerne une guérison spontanée, et il y a un risque dans l'avenir de rupture totale avec comme conséquence une hernie discale. Le seul traitement est chirurgical"*. Il propose donc une prise en charge par le service de chirurgie rachidienne de H. _____.

Le 2 octobre 2015, la Dresse F. _____ indique notamment que *"la profession d'infirmière peut se décliner sous diverses modalités en fonction du poste attribué et de l'établissement (du service) dans lequel il s'exerce. Les exigences physiques peuvent différer grandement. La reprise du travail au poste occupé par A. _____ dans un EMS est difficilement envisageable étant donné les lésions organiques objectivées et la symptomatologie qui en résulte. Par contre, un poste aux exigences physiques moindres où l'alternance des positions et la dispensation de soins légers est requis peut tout à fait être envisagé à plein temps sans baisse de rendement"*.

Le 12 octobre suivant, le Dr I. _____, la Dresse J. _____ et le Dr K. _____, œuvrant tous trois au sein de L. _____ de H. _____, retiennent en substance ce qui suit: *"In Zusammenschau der klinischen und bildgebenden Befunde besteht der hochgradige Verdacht auf eine internal disc disruption LWK4/LWK5 als Ursache der Beschwerden von A. _____. In Anbetracht des jungen Alters der Patientin schlagen wir nach Rücksprache mit Herr Prof. G. _____ zunächst eine IDET (intradiscal electrothermal therapy) vor"*. Le dossier est transmis en ce sens à leurs collègues spécialistes en thérapie de la douleur.

Dans un rapport du 24 février 2016, les médecins de la Clinique d'anesthésiologie et de thérapie de la douleur de H. _____ posent les diagnostics suivants: *Verhebetauma und Diskushernie L4/L5 und L5/S1*. Le pronostic est considéré comme bon et ils recommandent la mise sur pied d'un programme de réhabilitation multimodale et ambulatoire, qui devrait pouvoir permettre à l'assurée de retrouver une capacité de travail. C'est la raison pour laquelle ils ne se prononcent pas sur dite capacité (*"aktuell nicht beurteilbar"*).

Le 12 octobre 2016, le Dr M. _____, médecin associé auprès du Centre d'antalgie du Service d'anesthésiologie de N. _____, reprend l'anamnèse et constate que l'assurée présente des lombalgies d'origine mixte. Il rappelle que les médecins de H. _____ ont renoncé à une prise en charge interventionnelle et ajoute que l'objectif de la patiente est de retourner au travail,

éventuellement avec un changement d'activité, avec passage en tant que secrétaire médicale pour éviter le port de charge. A ce stade, l'incapacité de travail est maintenue et ce spécialiste ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles de l'assurée. Une prise en charge physiothérapeutique et psychologique est mise sur pied.

Appelé à se déterminer, le Dr O._____, spécialiste en anesthésiologie auprès du SMR, rend son rapport le 11 novembre 2016. Après rappel du contexte médical, il constate ce qui suit: *"Cette jeune assurée présente des lombalgies chroniques et un arrêt de travail depuis bientôt deux ans sur des lésions organiques de faible gravité, en présence de facteurs psycho-sociaux défavorables. Sur le plan médical, non seulement il n'y a aucune contre-indication à l'exercice d'une activité adaptée, mais une telle activité aurait dû être reprise il y a longtemps pour éviter le déconditionnement physique et psychologique, le renforcement des craintes, la kinésiophobie et finalement l'isolement social et la précarité financière [...]".* Du point de vue médico-théorique, toute activité adaptée est possible à plein temps, au plus tard dès avril 2015. Compte tenu du long arrêt de travail, une reprise progressive sur 3 mois est envisageable. Se référant à l'avis de la Dresse F._____, le médecin SMR est d'avis qu'une reconversion n'est pas nécessaire.

Le 10 avril 2017, le Dr M._____ prend position sur le rapport SMR ci-dessus. Après avoir précisé la nature du diagnostic (lombalgies chroniques avec discopathie, plutôt que lombalgies chroniques sur discopathie, la causalité entre ces deux atteintes n'étant pas évidente), il réitère un *"pronostic réservé au vu de la longue absence. Si l'Office AI pense qu'une activité en tant qu'infirmière peut être trouvée sans port de charge de 10 kg ou plus, et que donc des mesures de réinsertion ne sont pas nécessaires, il me paraîtrait prudent tout de même de proposer une reprise graduelle. Les facteurs psycho-sociaux défavorables sont une des limitations majeures de la reprise du travail, ainsi que le traitement d'opiacés au long cours. Ces facteurs, bien que non organiques, restent à mon avis d'ordre médical. Le ressenti douloureux, même sans retentissement fonctionnel évident sur un mouvement, peut participer à un épuisement général et diminuer les capacités psychiques, ce qui va limiter la reprise à taux complet"*.

Le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à l'évaluation de l'assurée, à la demande du Dr M._____. Dans son rapport du 27 juin 2017, il retient un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse. Il relève une évolution favorable en lien avec la prise en charge au Centre d'antalgie, remarquant en particulier l'abandon progressif de la position régressive dans laquelle elle s'est installée suite à l'accident. *"Pendant le suivi, nous avons constaté une réduction de la composante algique et parallèlement une augmentation de l'activité physique [...]".* Sur le plan thymique, nous avons aussi constaté une réduction de l'anxiété et un début de reprise de la projectualité (reprise du travail). Dans ce contexte, nous avons mis un terme à notre intervention [...].

Invité à se déterminer sur ces nouveaux rapports médicaux, le médecin SMR relève, dans son rapport du 23 juillet 2018, que l'antalgiste confirme, du point de vue somatique, le bien-fondé médical d'une reprise progressive d'activité professionnelle. Sur le plan psychiatrique, il note qu'un trouble de l'adaptation correspond, par définition, à un trouble réactionnel et constitue une atteinte de faible gravité et temporaire, limitée à 6 mois. Il ne s'agit donc pas d'une affection pouvant justifier une incapacité de travail permanente ou durable au sens de l'AI. Il confirme donc l'exigibilité précédemment annoncée: *"Après 3 ½ ans sans travailler, sans mesure de réadaptation professionnelle et sans décision de l'AI, compte tenu de surcroît des facteurs psycho-sociaux défavorables (mauvaise intégration en Suisse, conflit assécurologique avec la SUVA et l'AI,*

isolement social, précarité financière, etc.) auxquels s'ajoutent le déconditionnement physique et psychologique, on peut s'attendre à une reprise du travail difficile pour des raisons exclusivement extra-médicales".

3.2. Le litige porte sur les conséquences de l'atteinte au dos sur la capacité de travail de la recourante. Cette dernière reproche principalement à l'autorité intimée d'avoir insuffisamment instruit son dossier, en n'évaluant pas correctement dite capacité, respectivement en se fondant sur des rapports incomplets.

Appelée à statuer, la Cour de céans constate que l'évolution de l'état de santé de la recourante, malgré une situation à l'origine relativement banale (blessure au dos causée par la manipulation d'un patient), a effectivement mis du temps à se décanter. On en veut notamment pour preuve l'aveu d'impuissance du premier généraliste traitant, lequel a demandé à la recourante de s'adresser à un confrère (à ce sujet, voir pièce 17 du dossier AI), à savoir le Dr Q._____. Elle sera également orientée vers la Dresse F._____ qui, en octobre 2015, pose le diagnostic de discopathie L4-L5 sans conflit radiculaire, tout en admettant la possibilité de reprendre sans délai son activité d'infirmière, pour autant qu'elle respecte certaines limitations fonctionnelles (pas de port de charges lourdes, pas de port répété de charges modérées, pas de mouvements en porte-à-faux du tronc, pas de torsions et flexions répétées du dos, pas de positions statiques soutenues). Parallèlement, elle est également adressée par le Dr Q._____ au Dr G._____, lequel confirme l'absence d'atteinte neurologique, ainsi que de déplacement segmentaire ou d'instabilité lombaire. Il évoque alors une pathologie de type IDD (Internal Disc Disruption) et propose une prise en charge chirurgicale spécialisée auprès de H._____. Cette intervention n'aura finalement jamais lieu, les spécialistes dudit hôpital recommandant en revanche une réadaptation multimodale ambulatoire. Dite réadaptation sera conduite sous les auspices du Dr M._____. Parallèlement à la prise en charge physiothérapeutique proprement dite, celui-ci requiert une évaluation psychologique. Il écarte à ce stade la reprise d'une activité professionnelle et évoque l'éventualité d'un reclassement. Dans son second rapport, celui-ci adhère cependant à la possibilité de reprendre une activité légère adaptée, tout en évoquant la présence de facteurs psychosociaux pouvant potentiellement entraver la reprise du travail. Le rapport rendu par le psychiatre amené à examiner l'assurée confirme quant à lui une nette amélioration de la situation après seulement quelques séances, qui ont permis à l'assurée d'explicitier ses craintes.

Compte tenu de ce qui précède, l'évaluation de la capacité de travail à laquelle a procédé le médecin SMR, spécialiste en anesthésiologie, procède d'une analyse convaincante de la situation de l'assurée. Si l'évolution rappelée ci-dessus témoigne certes des difficultés qu'ont rencontrées les différents médecins à évaluer la nature exacte de de l'atteinte subie par l'assurée, il n'en demeure pas moins qu'un consensus plutôt clair se dégage quant à la persistance d'une capacité de travail dans une activité légère adaptée.

La situation est *a priori* peu évidente au plan somatique, compte tenu des incertitudes relevées plus haut. La Cour relève néanmoins que, dans son rapport du 2 octobre 2015 déjà, la Dresse F._____ confirmait expressément l'exigibilité d'une activité respectant certaines limitations liées à la problématique lombaire. Dans un précédent rapport, elle mentionnait par ailleurs la présence d'un contexte de surcharge et la nécessité d'une reprise en main: "*J'ai pris du temps pour tenter de lui faire comprendre que les douleurs ressenties n'étaient pas signe de gravité, et qu'elle devait absolument se remobiliser, tant sur le plan physique que psychologique*". Cette position n'est en soi pas contredite par le Dr G._____: celui-ci a certes décelé l'origine vraisemblable des

douleurs (pathologie de type IDD), mais ne s'est par contre jamais déterminé sur la capacité de travail de l'assurée. On relèvera par ailleurs que l'indication opératoire qu'il avait posée en septembre 2015 a été écartée par les médecins de H._____, lesquels, sur la base de nouvelles discographies, privilégieront finalement une approche conservatrice, telle qu'initialement préconisée par la Dresse F._____. Le rapport final établi par H._____ mentionne qu'une évaluation de la capacité de travail dans l'activité habituelle ne sera possible qu'après à la réhabilitation, mais n'exclut cependant pas la possibilité d'exercer une activité légère assise. Enfin, les deux rapports du Dr M._____, bien que nuancés, vont dans le même sens: celui-ci ne nie en effet pas formellement une telle possibilité, recommandant uniquement une reprise graduelle du travail.

Au plan psychiatrique, la situation est particulièrement claire: le rapport établi par le Dr P._____ est on ne peut plus rassurant, puisqu'il confirme l'interruption de la prise en charge après quatre séances seulement, constatant au passage une amélioration sur le plan thymique, et ne retient aucune incapacité de travail. Il convient également de mentionner la présence d'un contexte de surcharge: plusieurs avis médicaux mentionnent en effet la présence de facteurs extra-médicaux (difficultés d'intégration en Suisse, précarité, isolement); tel est notamment le cas de la Dresse F._____ (rapport du 7 mai 2015) et du Dr M._____ (rapport du 10 avril 2017). Or, de tels éléments ne sont pas de nature à justifier une diminution de la capacité de travail exigible au sens de l'assurance-invalidité.

Globalement, la Cour fait sienne la conclusion du médecin SMR, selon lequel les atteintes en présence ne justifient pas une incapacité de travail durable. S'il est certes établi que la recourante n'était, au moment de la décision litigieuse, pas/plus en mesure de reprendre son ancienne activité, il est indéniable que tel était encore le cas dans une activité légère adaptée.

3.3. Il ressort du dossier que le médecin SMR a fixé une possible reprise du travail trois mois après le facteur déclenchant: *"Du point de vue médico-théorique, toute activité adaptée est possible à plein temps. Une telle activité était théoriquement possible au plus tard dès avril 2015 (3 mois après l'épisode aigu)"*. De l'avis de la Cour, cette conclusion est insuffisamment motivée, dès lors qu'elle ne repose que sur le pronostic émis par ledit médecin, sans qu'il ait examiné l'assurée. Il est toutefois possible de se fonder sur le rapport remis en octobre 2015 par la Dresse F._____, laquelle confirmait déjà une telle exigibilité.

Le médecin SMR ajoute qu'une reconversion professionnelle ne se justifie pas, se référant en cela à l'avis de la Dresse F._____, qui considérait qu'il existe des postes d'infirmière respectant les limitations fonctionnelles posées. Aux yeux de l'Instance de céans, cette position semble difficilement défendable en l'état. Si le point de vue selon lequel il existe des postes d'infirmière *"aux exigences physiques moindres où l'alternance des positions et la dispensation de soins légers"* est plausible dans l'absolu, il convient d'en tenir compte dans le cadre du calcul du degré d'invalidité (cf. ci-dessous), dès lors qu'il semble improbable que l'assurée puisse encore prétendre à un revenu standard d'infirmière.

4. Il sied d'examiner le calcul du degré d'invalidité.

4.1. Le salaire de valide (CHF 46'824.05) correspond à celui obtenu par la recourante auprès de son ancien employeur, ne nécessite pas de commentaire particulier. Il n'est au demeurant pas contesté.

S'agissant du revenu d'invalidé, l'OAI s'est fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ci-après: ESS), en particulier sur le niveau 3 (soit des tâches complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé) de la catégorie 86-88 (recouvrant les activités liées à la santé humaine et à l'action sociale), soit CHF 6'348.- par mois pour une femme. Adapté à la durée usuelle du travail (41.5 heures par semaine au lieu de 40), indexé à 0.3% jusqu'en 2015 et réduit à 80% pour tenir compte du taux d'activité de l'assurée, le calcul aboutit à un salaire de CHF 63'415.75, largement supérieur (plus de 26%) à celui que celle-ci obtenait jusqu'alors.

De l'avis de la Cour de céans, il se justifie d'apporter quelques correctifs à ce résultat. Comme relevé plus haut (cf. consid. 3.3 *in fine*), le degré de qualification 3 semble surévalué par rapport au profil de la recourante. Celle-ci dispose certes d'un diplôme, lequel a toutefois été acquis à l'étranger et dont on ne sait s'il a été reconnu en Suisse. Compte tenu également de son âge (moins de 30 ans en 2015) et de sa courte expérience professionnelle, ainsi que du fait qu'elle ne peut manifestement plus accomplir la totalité des activités habituellement dévolues à une infirmière en raison de ses problèmes de santé, le niveau 1 paraît plus adapté à sa situation. Sur la base d'un revenu de CHF 4'636.- tel que ressortant de l'ESS 2014 (cat. 86-88, niveau 1), le revenu annuel d'invalidé est en effet de CHF 46'313.10 pour une activité à 80%.

La comparaison de ces deux revenus aboutit à un degré d'invalidité de 1%, largement insuffisant pour ouvrir à la recourante un droit à une rente. La conclusion serait identique même si l'on appliquait en outre un abattement (modéré, de l'ordre de 10%) sur le salaire statistique pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

4.2. Il convient enfin de relever que le résultat ne serait quoi qu'il en soit pas différent si l'on ne tenait pas compte de la querelle relative à la possibilité d'exercer une activité légère en tant qu'infirmière. En effet, en considérant que la recourante ne soit pas/plus en mesure d'exercer une activité dans le domaine des soins, en raison des contraintes inhérentes à ce genre d'activité, il n'en demeure pas moins qu'elle dispose encore d'une capacité de travail intacte dans une activité légère. Un changement d'activité serait par ailleurs tout à fait exigible de sa part, compte tenu de son âge ainsi que du fait qu'elle a œuvré en tant qu'ouvrière d'usine à son arrivée en Suisse (cf. pièce 61 du dossier A1).

En se basant sur le salaire statistique auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (du type industrie légère) dans le secteur privé en 2014, à savoir CHF 4'363.- par mois (cf. ESS 2014, tableau TA1 Skill level, total, niveau de qualification 1, femme), on obtient, après adaptation selon les mêmes critères que ceux retenus ci-dessus, un salaire de CHF 43'585.85. La comparaison avec le revenu de valide aboutit à un taux d'invalidité de 6.91%, qui demeure encore et toujours largement insuffisant pour lui ouvrir le droit à des prestations d'invalidité.

C'est dès lors à bon droit que l'OAI a rejeté la demande de rente de la recourante.

5.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée.

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 8 octobre 2018.

Pour les mêmes motifs, l'assurée n'a pas droit à des dépens.

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 27 mars 2019/mba

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :