

S1 19 228 – S1 19 249

JUGEMENT DU 29 MARS 2022

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière

en la cause

X _____, recourante, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA,

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(rente limitée dans le temps et refus de mesures d'ordre professionnel)

Faits

A. Ressortissante portugaise, X _____, née le xxx, a déposé le 15 septembre 2010 une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI). Elle y a indiqué travailler pour plusieurs employeurs en tant que femme de ménage à un taux d'activité global de 100% et être en incapacité de travail depuis le 23 juin 2010 en raison d'une hernie discale.

Dans un rapport du 20 décembre 2010, le Dr A _____, médecin-adjoint du Service de neurochirurgie de B _____, a attesté qu'une hernie discale existant depuis mars 2010 avait justifié une micro-discectomie pratiquée le 6 août suivant, que l'état de santé de l'assurée s'était nettement amélioré après cette intervention et qu'il subsistait de discrètes lombo-sciatalgies selon l'effort fourni. Ce spécialiste a ajouté que le traitement s'était terminé le 28 septembre 2010, que l'incapacité totale de travail avait duré du 5 août au 7 novembre 2010 et que l'activité professionnelle pouvait être reprise à 100% dès le 8 novembre 2010, de même qu'une activité évitant la marche surtout en terrain irrégulier, les positions accroupies ou à genoux, les mouvements de rotation en positions assise ou debout et limitant les positions penchées en avant, le port de charges de plus de 10 kg ainsi que la montée d'escaliers ou sur des échelles ou des échafaudages.

Le 7 janvier 2011, la Dresse C _____, médecin traitant de l'assurée, a, pour sa part, fixé les périodes d'incapacité de travail suivantes dans l'activité habituelle de femme de ménage : 100% du 21 juin au 6 novembre 2010, 50% du 7 novembre au 14 novembre 2010, 100% du 15 novembre 2010 au 12 janvier 2011 et 50% dès le 13 janvier 2011, en précisant que la capacité de travail serait réévaluée le 24 janvier suivant. Elle a estimé qu'une activité adaptée était exigible à 100% sans diminution de rendement depuis le 7 janvier 2011 et qu'une telle activité devait privilégier l'alternance des positions assise et debout et éviter les positions penchées en avant, accroupies, à genoux et avec les bras au-dessus de la tête, les mouvements en porte à faux avec le haut du corps, le port de charges de plus de 10 kg ainsi que la montée sur des échelles ou des échafaudages (pièce 32). Le 21 avril 2011, elle a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle était toujours de 50% depuis le 13 janvier 2011, que ce taux d'activité n'avait pas pu être augmenté à 100% à cause des lombalgies aiguës apparaissant à la moindre surcharge mécanique, qu'une réadaptation professionnelle était désormais nécessaire et que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% depuis début mars 2011. Elle a ajouté aux limitations fonctionnelles décrites dans son rapport

précédent celles de la marche surtout en terrain irrégulier et des mouvements de rotation en positions assise ou debout.

Le 9 juin 2011, la Dresse D _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombo-sciatalgies gauches persistantes après micro-discectomie en L4-L5 gauche pour hernie discale le 6 août 2010, de lombalgies chroniques sur discopathies étagées et de troubles dépressifs réactionnels. Elle a précisé que sa patiente était en incapacité de travail de 50% depuis le 13 janvier 2011, qu'une réadaptation professionnelle était envisageable et que la capacité de travail était entière dans toute activité adaptée permettant l'alternance des positions assise et debout et évitant la marche surtout en terrain irrégulier, les positions penchées en avant, accroupies et à genoux, les mouvements de rotation en positions assise ou debout et en porte à faux ainsi que le port de charges.

Reçue le 30 août 2011 par le Service de réadaptation de l'OAI, l'assurée a indiqué avoir envisagé les pistes professionnelles suivantes : aide de crèche d'enfants en bas âge, employée de cafétéria ou employée dans un service de stérilisation hospitalier. D'autres activités respectant ses limitations fonctionnelles et suffisamment représentées sur le marché équilibré du travail lui ont également été suggérées, telles que celles d'ouvrière en horlogerie, d'ouvrière dans la production cosmétique, d'ouvrière d'usine au montage et à l'assemblage, d'employée de conditionnement de produits de beauté ou de médicaments, de contrôleuse de qualité ainsi que d'employée dans un service de stérilisation hospitalier.

Une enquête pour ménagères et mixtes a été réalisée le 14 octobre 2011. Dans son rapport du 26 octobre 2011, complété les 6 février et 14 mars 2012, l'enquêteur est arrivé à la conclusion que le taux d'occupation global pour les nettoyages auprès des différents employeurs de l'assurée était de 92%, que le revenu total perçu en 2009 s'était élevé à 46 038 fr. brut et que le taux d'incapacité à accomplir les travaux habituels était de 2%.

Mandaté, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé qu'un examen neurochirurgical était nécessaire pour fixer l'exigibilité (pièce 94). Le 2 février 2012, l'assurée a été examinée par la Dresse E _____, spécialiste en neurochirurgie. Dans son rapport du 6 février suivant, ce médecin a posé les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques persistantes post-opératoires ainsi que de troubles dégénératifs lombaires multi-étagés avec hernie discale sans conflit radiculaire en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de discret

déficit moteur du releveur du gros orteil gauche, de status après cure chirurgicale d'une hernie discale en L5-S1 avec micro-dissectomie gauche le 6 août 2010 ainsi que de syndrome radiculaire en L5 gauche irritatif et discrètement déficitaire sur le plan sensitivomoteur, en rémission partielle. La Dresse E _____ a repris les périodes d'incapacité de travail précédemment fixées et a conclu que, dès le 2 février 2012, l'incapacité de travail était totale dans l'activité antérieure de femme de ménage mais que, dès le 3 septembre 2011, l'assurée était apte à exercer à plein temps une activité légère et adaptée permettant l'alternance des positions assise et debout ainsi qu'une pause de dix minutes toutes les deux heures et évitant les positions statiques de plus de quinze minutes, accroupies, à genoux et avec les bras au-dessus de la tête, les mouvements en porte à faux et en rotation du tronc, la marche au-delà d'une heure, le port de charges de plus de 5 à 10 kg, les travaux en hauteur et sur des échelles ou des échafaudages ainsi que les vibrations.

Sur cette base, l'OAI a proposé d'allouer à l'assurée un quart de rente d'invalidité du 1^{er} juin au 31 décembre 2011, par projet de décision du 16 avril 2012. Il a retenu que l'intéressée aurait, sans la survenance de l'atteinte à sa santé, continué à travailler en tant que femme de ménage à 92%, qu'elle aurait consacré le solde de son temps de 8% à ses travaux habituels, que l'incapacité de travail de 50% au 21 juin 2011, soit à l'échéance du délai de carence d'une année dès le 21 juin 2010, correspondait à une incapacité de gain de 46% dans l'activité lucrative, que l'empêchement de 2% aboutissait à l'absence d'invalidité dans les travaux habituels, que le taux global d'invalidité était alors de 46% et qu'un droit à un quart de rente d'invalidité existait à compter du 1^{er} juin 2011. Dit office a exposé ensuite que dès le 3 septembre 2011, l'assurée était en mesure de tirer de l'exercice d'une activité adaptée, simple et répétitive un revenu d'invalidé de 43 658 fr. 80 fondé sur le salaire statistique diminué de 10%, que le revenu sans invalidité se montait à 46 450 fr. 40, que la comparaison de ces deux revenus permettait de déterminer un taux global d'invalidité de 6% et que dès lors, le quart de rente d'invalidité devait être supprimé au 31 décembre 2011.

Par projet de décision du même jour, il a proposé de refuser tout droit à un reclassement au sens de l'article 17 LAI, en raison de l'incapacité de gain de 6% pour la part d'activité lucrative de 92%.

En revanche, par communication du 16 avril 2012, il a octroyé à l'assurée une aide au placement et l'a conviée à un entretien le 11 mai 2012. A cette occasion, l'intéressée a indiqué être en incapacité totale de travail depuis le 4 avril 2012 et au moins jusqu'au

25 mai suivant, en raison d'un état dépressif et d'autres problèmes. Le mandat d'aide au placement a dès lors été classé le 29 mai suivant.

A la même date, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures d'ordre professionnel et a donné l'ordre à la caisse de compensation compétente de notifier la décision d'octroi d'un quart de rente limité dans le temps, à savoir du 1^{er} juin au 31 décembre 2011, laquelle a été notifiée le 2 août 2012 et n'a pas fait l'objet d'un recours.

B.a Parallèlement, l'OAI a écrit le 1^{er} juin 2012 à l'assurée qu'il considérait l'incapacité de travail attestée depuis le 4 avril 2012 comme une nouvelle demande au sens de l'article 17 LPGA et lui a demandé de fournir des éléments propres à rendre plausible une modification de l'invalidité.

Dans un courrier adressé à l'OAI à la même date, la Dresse C _____ a expliqué qu'outre les différents diagnostics déjà mentionnés dans ses rapports antérieurs, sa patiente souffrait d'une épicondylite droite depuis mars 2012 et d'un état anxio-dépressif sévère avec une baisse de l'élan vital, des troubles de l'endormissement, des épisodes d'angoisse de plus en plus récurrents et des idées suicidaires sans idéation précise, raison pour laquelle une demande de prise en charge psychiatrique avait été adressée à un spécialiste.

Dans son rapport du 8 octobre 2012, le Dr F _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics incapacitants de dépression masquée sous autres épisodes dépressifs (F32.8) depuis mars 2012 et de syndrome de l'apnée du sommeil appareillée (F51) depuis le 15 novembre 2011. Il a indiqué qu'il suivait l'intéressée depuis le 25 juin 2012 et que les deux dernières consultations avaient eu lieu les 25 juin et 23 juillet 2012. Il a précisé que les symptômes actuels constatés consistaient en des douleurs dorsales récalcitrantes, des troubles de l'appétit de type anorexie contrastant avec une prise de poids, une asthénie, un manque de confiance en soi, une baisse de l'estime de soi, une tristesse intense sans idées suicidaires, une baisse de l'élan vital, de la motivation et de la concentration, du découragement, une tendance à l'isolement, des angoisses, une anhédonie ainsi qu'une hypersomnie avec réveil précoce le matin, que l'état dépressif s'exprimait essentiellement au travers des manifestations physiques non spécifiques à cet état mais que les symptômes annexes, discrets mais évocateurs, justifiaient leur réintégration dans le diagnostic d'une dépression masquée. Le Dr F _____ a retenu une incapacité de travail de 50% d'avril au 4 mai 2012 puis de 100% dès le 5 mai 2012, en ajoutant que l'activité exercée n'était pas exigible et qu'une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable.

Le 17 janvier 2013, la Dresse G _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au SMR, a souligné que le Dr F _____ avait évoqué une dépression masquée (F32.8), soit un épisode d'allure dépressive ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, qu'il avait prescrit du « cipralex® » qui n'était pas l'antidépresseur à privilégier en cas de troubles du sommeil et de douleurs chroniques et que le rapport du psychiatre traitant comportait plusieurs contradictions, telles qu'une anorexie menant à une prise de poids et des symptômes discrets responsables d'une incapacité totale de travail. Elle a proposé d'organiser un examen psychiatrique au SMR (pièce 149).

Avant cela, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 22 juillet au 9 août 2013, en vue d'une réadaptation neurologique, d'une rééducation à la marche et à la posture ainsi que d'un renforcement musculaire. A la sortie, aucune évolution notable des capacités fonctionnelles et des fonctions organiques n'a été constatée et l'incapacité totale de travail a été maintenue (pièce 159). Dans son rapport du 27 février 2014 portant sur la consultation de l'appareil locomoteur du 10 septembre 2013, le Dr H _____, chef de clinique adjoint du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur à la CRR, a relevé qu'à l'examen clinique, il avait constaté une diminution de la mobilité lombaire, des douleurs lombaires rapportées en flexion et en inclinaison, l'absence de signe irritatif franc et un réflexe achilléen gauche très légèrement plus faible, en ajoutant que la patiente avait décrit une hypoesthésie mal systématisée du membre inférieur gauche. Il a souligné que sur le plan professionnel, l'incapacité de travail dans l'activité de femme de ménage demeurait totale et que la patiente était limitée dans l'exercice d'activités comportant le port répété de charges lourdes et le maintien prolongé d'une position du tronc en porte-à-faux (pièce 170).

Afin de pouvoir se déterminer sur l'exigibilité, le SMR a mis en œuvre un examen clinique de l'appareil locomoteur, ainsi qu'un examen psychiatrique de l'assurée le 30 avril 2014.

Dans son rapport (pièce 171, p. 556 ss), le Dr I _____, spécialiste en psychiatrie, a nié chez l'assurée toute atteinte à la santé psychique, psychiatrique ou mentale et a retenu une pleine capacité de travail dans toute activité. Il a exposé que lors de cet examen, il n'avait mis en évidence aucun trouble thymique, même transitoire, de nature dépressive, dysphorique ou dysthymique, ni trouble de l'adaptation, ni trouble perceptif, ni trouble de la personnalité, ni trouble émotionnel de l'enfance ou du fonctionnement social débutant durant l'enfance, ni de déficit des fonctions intellectuelles supérieures ou d'attention, de concentration, d'analyse et de synthèse. Le Dr I _____ a expliqué que l'examen clinique de l'assurée avait fait apparaître l'atteinte somatique, en particulier

dorsale, et les difficultés interpersonnelles domestiques comme des facteurs de maintien d'un état thymique dit masqué voire dysphorique dysthymique (F34.1) et que cet état psychique pouvait être en rapport de causalité totale ou partielle avec le syndrome d'apnée du sommeil. Le spécialiste du SMR a estimé que les rapports de la Dresse C _____ de juin 2012 et du Dr F _____ d'octobre 2012 ne permettaient pas de retenir un état dépressif ou même anxio-dépressif d'intensité suffisamment importante pour justifier une aggravation de la situation depuis 2011, mais qu'un état anxio-dépressif pouvait toutefois être pris en considération sur une période transitoire entre mars et octobre 2012.

Pour sa part, le Dr J _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics influençant la capacité de travail de lombo-sciatalgies bilatérales chroniques non déficitaires sur troubles dégénératifs lombaires étagés en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 sans conflit disco-radicaire et de status après micro-discectomie en L5-S1 à gauche le 6 août 2010, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'obésité, de haute tension artérielle traitée, de syndrome d'apnées du sommeil appareillé, d'épicondylite droite, de syndrome des jambes sans repos, de status après enclavement du nerf médian au carpe opéré à droite en 2004 et à gauche en 2005 et de status après rhinoplastie en 2003. Il a indiqué que les plaintes de l'assurée consistaient en une aggravation des douleurs du bas du dos et des deux membres inférieurs sur la face latérale externe jusqu'au gros orteil des deux côtés, plus marquées à gauche et résistant aux traitements prescrits et que l'examen clinique n'avait pas mis en évidence de syndrome lombaire objectif douloureux - seule la palpation des segments L4-L5 et L5-S1 étant déclarée douloureuse sans autre signe structurel - ni de signe neurologique irritatif ou déficitaire - en particulier de syndrome radicaire aux membres inférieurs dont la trophicité était normale et symétrique - mais seulement des douleurs épicondyliennes droites très modérées à la palpation ainsi que deux des cinq signes comportementaux selon Waddell, sans signification particulière. Le Dr J _____ a conclu que les constatations objectives faites lors de cet examen démontraient l'absence d'aggravation des répercussions cliniques de l'atteinte rachidienne dégénérative et des atteintes de l'appareil locomoteur alors objectivées. Il a conclu qu'à l'instar de ce qui avait été retenu à l'issue de l'examen clinique de février 2012 au SMR, la capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage était nulle de façon durable, mais qu'elle était complète dans une activité adaptée dont les limitations fonctionnelles étaient les mêmes que celles décrites en février 2012.

Dans son avis final du 14 mai 2014, le SMR par le Dr K _____ a retenu que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas durablement modifié depuis son rapport final du 8 mars 2012 et que l'exigibilité médicale demeurerait inchangée.

Par projet du 21 mai 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait reconsidérer sa décision du 2 août 2012 qui ne tenait pas compte de la déclaration de l'assurée du 25 mai 2012, ni du rapport du 1^{er} juin 2012 émanant du médecin traitant, ni de l'avis du SMR du 20 juin suivant, documents qui faisaient douter de la pleine capacité de travail reconnue précédemment. Reprenant les développements de cette décision, il a proposé d'allouer à l'assurée un quart de rente d'invalidité du 1^{er} juin au 31 décembre 2011 uniquement, dès lors qu'à partir du 3 septembre 2011, l'état de santé était compatible avec l'exercice d'une activité adaptée à plein temps, ce qui était encore le cas au 30 avril 2014, ce qui représentait au 1^{er} janvier 2014 un taux d'invalidité de 7%.

Par décision du 3 octobre 2014, l'OAI a formellement confirmé ce projet.

B.b Le 4 novembre 2014, l'assurée, représentée par M^e Béatrice Pilloud, a interjeté recours céans contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation ainsi qu'au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle expertise, estimant que la décision du 2 août 2012 n'avait pas à être reconsidérée, que c'était à juste titre que l'OAI avait considéré l'incapacité d'avril 2012 comme une nouvelle demande de prestations et que dans sa seconde décision, dit office aurait dû se fonder sur la situation médicale et financière existant en mai 2012.

Par jugement du 1^{er} février 2016 (S1 14 247), la Cour de céans a admis ce recours et renvoyé le dossier à l'OAI afin qu'il rende une nouvelle décision au fond concernant la nouvelle demande formulée en mai 2012, laquelle était principalement motivée par l'apparition en mars 2012 d'un état anxio-dépressif qui avait justifié une incapacité de travail jusqu'en octobre 2012 (pièce 193, p. 654).

C. Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a demandé à la Dresse C _____ ainsi qu'au Dr F _____ d'établir un rapport sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis leurs derniers rapports de juin et octobre 2012.

Le 27 mai 2016, la Dresse C _____ a expliqué que sa patiente était en incapacité de travail totale depuis avril 2012 car elle avait développé un état anxio-dépressif nécessitant une prise en charge par le Dr F _____, qu'en 2013 elle avait souffert de gonalgies bilatérales qui avaient nécessité un suivi spécialisé et une infiltration du genou gauche et qu'en décembre 2015, elle avait présenté une périarthrite

scapulo-humérale (PSH) droite avec conflit acromio-claviculaire traitée avec succès. La praticienne a indiqué qu'hormis les éléments cliniques de l'épaule droite (douloureuse à la palpation mais sans limitation dans les différents plans) et l'état dépressif, la patiente présentait la même symptomatologie et le même status qu'en décembre 2011. Elle a considéré que l'activité de femme de ménage n'était plus envisageable étant donné les limitations fonctionnelles, à savoir : port de charges limité à 10 kg, pas de mouvements en porte à faux du tronc et alternance des positions. Elle a rappelé que l'intéressée avait été adressée à la CRR pour voir si une réadaptation était possible et que celle-ci semblait difficilement réalisable au vu des limitations, de l'absence de scolarisation et de la langue. Elle a ajouté que l'état anxio-dépressif exacerbait certainement la symptomatologie du syndrome algique rachidien, mais que le Dr F _____ était le mieux à même de définir son impact sur la capacité de travail.

Dans son rapport du 13 juin 2016 (pièce 210), le Dr F _____ a posé les diagnostics d'autres épisodes dépressifs (F32.8) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Il a décrit une tristesse intense, une baisse du moral, une perte du plaisir et des idées noires sans idéation suicidaires, ainsi que des insomnies avec réveils fréquents dus aux douleurs. Il a estimé que les troubles physiques ne permettaient pas d'expliquer la nature ou la gravité des symptômes ainsi que les préoccupations de la patiente. De son point de vue, le pronostic vers une reprise de la capacité de travail était défavorable compte tenu des éléments suivants : début progressif, notion de personnalité antérieure normale, troubles de l'humeur francs, richesse des symptômes, mauvaise réponse au traitement.

Mandaté, le SMR a demandé un avis psychiatrique interne au Dr L _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 8 septembre 2016, ce dernier a confirmé l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante pour la période de juin 2010 à septembre 2011. Il a ensuite admis un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique comme étant à l'origine de l'aggravation de l'état de santé annoncée le 4 avril 2012, lequel entraînait en général une incapacité de travail totale de six mois avant une reprise à 50% dans les quatre ou six mois suivants. Or, il a noté qu'en avril 2014, le Dr I _____ avait conclu à une dysthymie non incapacitante et qu'en juin 2016, le Dr F _____ avait retenu le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, lequel justifiait de procéder à une analyse des indicateurs de gravité et de ressources développés par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Sur la base des rapports du Dr I _____ d'avril 2014 et du Dr F _____ de juin 2016, il a constaté que les indicateurs montraient une absence de cohérence clinique et thérapeutique,

une résistance à la réadaptation, peu de comorbidité, une personnalité exempte de trouble grave, une vie familiale de bonne qualité dont l'assurée restait un moteur et une limitation de la capacité à s'auto-analyser. Il a dès lors conclu à l'absence d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques depuis le 4 avril 2012.

Nanti de cet avis, le SMR, sous la plume du Dr J _____ et du Dr M _____, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies bilatérales chroniques, d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique en avril 2012, de PSH droite et conflit sous-acromial, de gonalgies gauches, d'épicondylite droite et de syndrome du 2^e rayon du pied droit. Il a relevé que les limitations fonctionnelles définies en mars 2012 en raison des lombalgies persistantes étaient toujours d'actualité, que la PSH, le conflit acromio-claviculaire à l'épaule droite et l'épicondylite mentionnés en mai 2016 justifiaient des limitations fonctionnelles supplémentaires, voire des incapacités de travail ponctuelles, mais pas de longues durées. Il a, en revanche, admis une incapacité totale de travail du 4 avril au 3 octobre 2012 puis à 50% du 4 octobre 2012 au 2 avril 2013 en raison l'épisode dépressif moyen. Hormis durant cette période, le SMR a considéré que, depuis le 3 septembre 2011, puis depuis le 3 avril 2013, l'assurée pouvait faire valoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : port de charges d'au maximum 5 kg de manière répétitive et de 10 kg de manière occasionnelle, pas de travaux lourds, périmètre de marche limité à une heure, pas de travaux sur des échelles et échafaudages, pas d'exposition aux vibrations, pas de position en porte à faux ni de rotation du tronc, pas de position accroupie ni agenouillée, pas de travaux au-dessus du plan horizontal de l'épaule droite, pas de port de charges répétitif avec le membre supérieur droit, pas d'activité du membre supérieur avec force en poussée ou traction.

Par projet de décision du 7 octobre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser tout droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2011, dès lors qu'en dehors de la période du 4 avril 2012 au 3 avril 2013 qui n'ouvrait pas le droit à une rente au sens de l'article 28 alinéa 1 LAI, la capacité de travail restait de 100% dans tout emploi léger et adapté respectant les limitations fonctionnelles, ce qui n'entraînait aucune perte de gain en comparaison avec le revenu antérieur de femme de ménage.

Répondant aux remarques de l'assurée le 14 novembre 2016, le SMR a remarqué que les gonalgies avaient été prises en compte, qu'elles justifiaient des limitations fonctionnelles mais pas une diminution de la capacité de travail. Enfin, il a relevé que le trouble somatoforme indifférencié mentionné par le Dr F _____ était normalement un critère d'exclusion du trouble somatoforme douloureux persistant mais

que le Dr L _____ avait tout de même analysé la situation sous l'angle des indicateurs jurisprudentiels pour conclure à l'absence de caractère invalidant de ce dernier.

Ceci étant, l'OAI a confirmé son refus de toute rente au-delà du 31 décembre 2011 par décision du 30 novembre 2016, laquelle est entrée en force faute de recours de l'assurée.

D.a Le 22 septembre 2017, l'assurée a rempli une nouvelle demande de prestations AI.

Invitée à rendre plausible une aggravation de son état de santé (pièce 228), elle a fourni un rapport de la Dresse C _____ du 16 octobre 2017. Selon cette praticienne, l'incapacité de travail était totale dans l'activité de femme de ménage en raison d'une hernie discale paramédiane gauche en L5 objectivée à l'IRM du 23 février 2017 et opérée le 31 août 2017 par le Dr A _____ et de la réactivation de l'état dépressif à la suite de cet événement ; de son point de vue, la capacité de travail était de 30 à 40% dans une activité adaptée mais devrait être réévaluée à six mois post-opératoire.

Dans un rapport du 2 novembre 2017, le Dr F _____ a posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F32.1). Il a expliqué que les troubles étaient réapparus avec l'arrêt transitoire du traitement antidépresseur pour l'opération, que les épisodes dépressifs se succédaient, que l'assurée n'arrivait plus à faire face et que la symptomatologie avait tendance à la récurrence et à la chronicité, de sorte que la capacité de travail restait nulle dans l'emploi habituel.

Le 8 novembre 2017, le Dr A _____ a indiqué qu'au contrôle du 4 octobre 2017 l'évolution était favorable, que la situation médicale ne serait pas stabilisée avant six mois post-opératoire, mais qu'ensuite, une reprise d'activité professionnelle dans une activité adaptée serait en principe envisageable.

Dans un rapport du 25 juin 2018, la Dresse C _____ a expliqué qu'en mai, la patiente avait présenté un épisode de sciatgies aiguës raison pour laquelle l'arrêt de travail avait été prolongé jusqu'au 3 août 2018. Elle a toutefois noté qu'au bilan du 13 juin, la mobilisation était meilleure, ainsi que l'humeur. De son point de vue, une activité adaptée en positions alternées, sur un terrain régulier, sans mouvement en porte à faux et sans port de charges supérieures à 10 kg, pourrait être reprise dès août 2018 en débutant à 20% puis en augmentant progressivement jusqu'à un taux de 40%.

A la demande du SMR, les Drs A _____ et F _____ ont été une nouvelle fois interpellés en septembre 2018. Le 13 septembre 2018, le Dr A _____ a confirmé l'évolution favorable des douleurs lombaires mais l'aggravation des douleurs sciatiformes dans le membre inférieur gauche, pour lesquelles des investigations étaient en cours. Il a considéré qu'une activité adaptée tenant compte de limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5 kg et positions de travail alternées) était envisageable à 50%. Dans un rapport du 15 octobre 2018, le Dr F _____ a confirmé les diagnostics, le suivi bimensuel et le traitement médicamenteux, ainsi que sa position selon laquelle la capacité de travail était nulle dans toutes activités.

D.b Ceci étant le SMR a jugé que les éléments étaient insuffisants pour répondre aux questions habituelles et a ordonné la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique. Celle-ci a été réalisée le 16 janvier 2019 auprès du CEMed à Nyon.

Au terme d'un entretien de 90 minutes, le Dr O _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a constaté que l'expertisée se plaignait depuis 2010 d'une symptomatologie dépressive chronique réactionnelle au syndrome douloureux chronique et que cliniquement la dépression était légère comme le montrait la description des activités quotidiennes. Il a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent dans la mesure où il n'y avait pas d'épisodes dépressifs caractérisés avec des phases claires de rémission et où la symptomatologie était plutôt légère et ne répondait que très partiellement au traitement antidépresseur. Il a également rejeté le trouble somatoforme différencié puisque les plaintes somatiques avaient une explication organique claire et a conclu à une dysthymie (F34.1), comme le Dr I _____ en avril 2014. Il a relevé que l'assurée ne voyait pas quelle activité elle pourrait faire avec ses dorsalgies et attendait une rente complète de l'assurance-invalidité (expertise pluridisciplinaire du 19 février 2019, p. 25 ; Il a estimé qu'une réadaptation était exigible à 100% d'un point de vue psychiatrique, en relevant que l'autonomie était préservée dans les activités quotidiennes, que l'appétit à la communication était conservée, que les capacités d'adaptation et d'organisation étaient présentes et que les capacités relationnelles avec la famille et les amis étaient préservées (expertise p. 27 et 28 ;

A l'examen clinique, le Dr N _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a constaté une mobilité du rachis en partie diminuée par des lombalgies mais sans contracture ainsi qu'une enthésopathie achilléenne gauche. Il n'a pas observé de déficit neurologique significatif ni de signe d'irritation radiculaire. Il a noté que le dossier radiologique

confirmait les troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire, ainsi que l'arthrose acromio-claviculaire et la gonarthrose gauche (expertise du 19 février 2019 p. 29 et 30 ; Il a relevé que l'assurée s'estimait incapable de reprendre une activité professionnelle, alors même que ses activités journalières montraient que ses capacités n'étaient pas nulles (expertise p. 25 et 30). Pour sa part, il a estimé que si la reprise d'une activité dans le domaine du nettoyage ou nécessitant des efforts physiques sollicitant le dos était impossible, une activité adaptée était en revanche exigible à 80% pour autant qu'elle évite le port de charges et permette l'alternance des positions (expertise p. 30 ; Il a précisé qu'une diminution de rendement de 20% devait être admise pour permettre des moments de repos et l'alternance des positions et que pour être adaptée, l'activité devait permettre l'alternance des positions, éviter le port répétitif de charges de plus de 5 kg ou le port occasionnel de charges de plus de 10 kg, éviter les mouvements répétés en flexion/extension ou en rotation du tronc, ainsi que les positions avec le haut du corps en porte à faux et éviter les déplacements à pied en terrain instable ou la montée/descente fréquente d'escaliers. Concernant l'évolution de la capacité de travail, il a jugé qu'il était impossible de se prononcer précisément a posteriori, mais qu'on pouvait reconnaître une incapacité totale d'environ six mois à la suite de l'opération puis une période d'adaptation avec reprise progressive de trois mois pour atteindre la pleine exigibilité au plus tard dès le mois de mai 2018 (expertise p. 32 ; S'agissant du pronostic (question 7.2 de l'expertise p. 31), il a remarqué que si une réadaptation était théoriquement possible, elle n'était pas indiquée puisque l'assurée estimait de toute façon qu'elle ne pourrait pas reprendre une activité professionnelle.

Après discussion consensuelle du 6 février 2019, les experts ont confirmé que l'assurée disposait encore de ressources exploitables dans une activité adaptée à ses troubles ostéo-articulaires dégénératifs à hauteur de 80% (évaluation consensuelle du 19 février 2019 p. 8 ;

Prenant position le 11 mars 2019, le SMR a constaté que le rapport d'expertise était clair, net et précis et reposait sur une analyse détaillée du dossier. Il a cependant remarqué que l'expert rhumatologue avait fixé la pleine capacité de travail médico-théorique dès le mois de mai 2018, sur la base d'hypothèses, alors que le Dr A _____ avait considéré le 13 septembre 2018 que l'assurée pouvait faire valoir une capacité de travail de 50% seulement. Ainsi, le SMR a conclu que l'incapacité de travail était justifiée à 100% du 31 août 2017 au 12 septembre 2018, puis à 50% du 13 septembre 2018 au 15 janvier 2019 et à 20% dès le 16 janvier 2019, date de l'expertise. Il a reconnu les limitations fonctionnelles suivantes : horaire de travail à plein

temps avec une diminution de rendement de 20% pour tenir compte de pauses supplémentaires, position de travail alternée, port de charges d'au maximum 5 kg de manière répétitive et d'au maximum 10 kg de manière occasionnelle, pas de travaux lourds, périmètre de marche limité à environ une heure, pas de déplacements en terrain instable ou montée/descente fréquente d'escaliers, pas de travaux sur des échelles ou échafaudages, pas d'exposition aux vibrations, pas de position en porte à faux ou rotation du tronc, pas de position accroupie ou agenouillée, pas de travaux au-dessus du plan de l'horizontal avec l'épaule droite, pas de mouvement de serrage ou vissage avec le membre supérieur droit, pas d'activité du membre supérieur droit avec force en poussée ou en traction. Enfin, le SMR a considéré que le pronostic de réinsertion professionnelle était réservé pour des raisons qui sortaient du champ médical puisque l'assurée ne semblait pas motivée et s'estimait incapable de reprendre une activité professionnelle.

D.c Nanti de ces informations, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente le 21 mars 2019, reconnaissant à l'assurée le droit à une rente entière du 1^{er} août au 31 décembre 2018 et le droit à un quart de rente limité dans le temps du 1^{er} janvier au 30 avril 2019, en raison d'une capacité résiduelle de travail de 50% dès le 13 septembre 2018 correspondant à un taux d'invalidité arrondi de 44% et d'une capacité de travail exigible de 80% dès le 16 janvier 2019 correspondant à un taux d'invalidité arrondi de 15%.

Par projet de décision séparé du même jour, l'OAI a informé l'intéressée qu'il entendait lui refuser tout droit à des mesures d'ordre professionnel dès lors qu'elle disposait d'une capacité totale avec diminution de rendement de 20% dans une activité légère et adaptée et que sa perte de gain était inférieure aux 20% ouvrant le droit à un reclassement professionnel.

E. Représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, l'assurée a formé opposition contre ces projets de décisions en contestant les conclusions des experts du CEMed qui n'avaient pas tenu compte des avis de ses médecins traitants, dont notamment celui du Dr A _____.

Le 1^{er} mai 2019, la Dresse C _____ a indiqué que sa patiente avait présenté dès l'automne 2018 une exacerbation de la symptomatologie avec une asthénie importante, des élans dépressifs et des algies irradiant dans le membre inférieur gauche, qu'un traitement de Prégabaline avait été instauré par le Dr A _____ de manière progressive pour atteindre 200 mg/jour en janvier 2019, que l'arrêt de travail demeurait toujours à 100% et resterait total dans l'activité de femme de ménage et que la reprise

d'une activité strictement adaptée, en positions alternées, en terrain exclusivement régulier, sans mouvement en porte à faux et sans port de charges supérieures à 10 kg, ne serait pas rapidement applicable.

Prenant position le 23 mai 2019, le SMR a relevé que la sciatalgie gauche avait déjà été prise en compte par les experts dans l'établissement des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, qu'il n'y avait pas eu de modification significative du traitement médicamenteux depuis janvier 2019, que l'assurée était déjà au bénéfice de Prégabaline (Lyrica) lors de l'expertise de janvier 2019 et que les limitations fonctionnelles relevées par la Dresse C _____ étaient toutes incluses dans celles retenues par les experts. Il a encore remarqué que, contrairement à ce que prétendait l'assurée, il avait bien tenu compte de l'avis du Dr A _____, puisqu'il avait fixé l'exigibilité à 50% dès le 13 septembre 2018 puis seulement dès le 16 janvier 2019 à 100% (avec une diminution de rendement de 20%) au contraire des experts qui avaient estimé que la capacité de travail était de 100% (avec une diminution de rendement de 20%) dès le mois de mai 2018.

Dans un rapport du 5 juin 2019, le Dr A _____ a répété que depuis le 13 septembre 2018, l'état de santé de l'assurée restait toujours compatible avec la reprise à 50% d'une activité adaptée sans port de charges supérieures à 5 kg et en positions de travail alternées.

Par décision du 7 octobre 2019, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière du 1^{er} août au 31 décembre 2018 et d'un quart de rente du 1^{er} janvier au 30 avril 2019 sur la base de l'avis du SMR du 23 mai 2019, en ajoutant que le bref rapport du 5 juin 2019 du Dr A _____ ne contenait pas d'argument médical objectif nouveau susceptible de remettre en question les conclusions du SMR et des experts du CEMed (pièce 289).

Par décision du 9 octobre 2019, l'OAI a refusé à l'assurée tout droit à des mesures d'ordre professionnel.

F. Le 28 octobre 2019, l'intéressée a recouru céans contre la décision d'octroi d'une rente limitée dans le temps (S1 19 228), en reprochant à l'OAI de ne pas avoir investiguer davantage auprès des médecins traitants et plus particulièrement du Dr A _____ alors qu'elle n'avait cessé d'expliquer en quoi ses troubles, tant physiques que psychiques, ne lui permettaient pas de travailler à 100%. Elle ajoutée qu'elle se posait la question de savoir quel employeur l'engagerait au vu de ses limitations fonctionnelles et a conclu à être mise au bénéfice d'une rente conforme à ses limitations et illimitée dans

le temps, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une contre-expertise.

Le 12 novembre 2019, l'assurée a également recouru contre la décision de refus de mesures d'ordre professionnel (S1 19 249). Contestant la capacité de travail reconnue par les experts du CEMed, elle a estimé qu'elle devait pouvoir bénéficier de mesures pour être orientée dans une activité plus adaptée aux circonstances et ce à un taux maximal de 50%, en précisant toutefois qu'un recours avait été formé contre la décision de rente limitée dans le temps afin d'obtenir une rente entière et illimitée.

Répondant le 19 novembre 2019 au premier recours, l'OAI a conclu à son rejet à la confirmation de sa décision, en rappelant que le Tribunal fédéral avait, à maintes reprises, pu souligner qu'il existe, sur le marché du travail équilibré, un large éventail d'activités simples et répétitives accessibles sans formation particulière et qu'il avait estimé dans un cas similaire à celui de l'assurée que mêmes si les limitations pouvaient sembler importantes, elles correspondaient, pauses comprises, aux mesures classiques d'épargne lombarde en vue d'éviter les douleurs.

Le 26 novembre 2019, il a répondu au deuxième recours, en répétant que l'incapacité de gain de 17% n'était pas suffisante pour ouvrir un droit à des mesures de reclassement et soulignant que les conditions subjectives à la réadaptation ne semblaient pas remplies puisque la recourante s'estimait incapable de travailler.

Répliquant le 28 janvier 2021 dans les deux dossiers, la recourante a confirmé ses conclusions, estimant que si elle ne pouvait obtenir une rente alors des mesures de réadaptation devaient au moins lui être octroyées au vu de son incapacité.

L'échange d'écritures a été clos le 5 février 2020 dans le dossier S1 19 249 et le 20 février suivant dans le dossier S1 19 228.

Considérant en droit

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Postés les 28 octobre et 12 novembre 2019, les recours dirigés contre les décisions des 7 et 9 octobre 2019 ont été interjetés dans le délai légal de trente jours et devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Ils répondent par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2 Ils concernent des faits de même nature, portent sur des questions juridiques communes et sont dirigés contre les décisions d'un même office AI, de sorte qu'il se justifie de les réunir et de les liquider dans un seul jugement (art. 61 LPGA, en lien avec les art. 81a al. 1 et 2, 56 al. 1 et 11b al. 1 LPJA ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_71/2009 et 2C_73/2009 du 10 juin 2009).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2019, plus particulièrement sur la capacité de travail exigible de sa part dès 16 janvier 2019, ainsi que sur son droit à des mesures d'ordre professionnel.

2.1.1 Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2 ; ATF 125 V 418 consid. 2d).

Aux termes de l'article 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence ; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Selon l'article 88a alinéa 1 RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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 soit à craindre.

2.1.2 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin ou 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, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 134 consid.2 ; 114 V 314 consid. 3c). En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au service médical régional (SMR) de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. OFAS, Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence, CIIAI, chiffres 1001 ss).

Selon le principe de libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3b et les références). A ces conditions, la jurisprudence accorde la même force probante aux appréciations des spécialistes du service médical de l'assureur (Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3^{ème} éd., 2003, p. 332 note 37 ; Calatayud, La pratique dans l'assurance-accidents, in Colloques et journées d'études 1999-2001, IRAL Lausanne 2002, p.548). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 352 consid. 3a ; 122 V160 consid. 1c avec les renvois). Par ailleurs, le juge accordera, en règle générale, plus de poids aux observations des spécialistes qu'à l'appréciation du médecin traitant ou du médecin de famille, les relations existant entre celui-ci et son patient étant souvent à l'origine d'une certaine bienveillance du premier envers le second (ATF 125 V 352 consid.3a/cc ; VSI 2001 p. 109 consid. 3b/cc ; RAMA 1999 p. 193).

Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (art. 44 LPGA). Les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. Il ne s'agit pas ici de remettre en question la pertinence d'une mesure médicale en requérant une seconde appréciation mais bien de décider quelles démarches doivent être entreprises afin d'établir les faits déterminants au degré de preuve exigé. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références).

2.2 En l'occurrence, la recourante ne met en évidence aucun élément concret susceptible de mettre en doute l'impartialité des experts du CEMed et la valeur probante de leurs conclusions.

Le fait que l'évaluation ait été réalisée en un temps donné, sur la base d'examens courts, et non pas sur une longue période n'enlève rien à la validité des conclusions des experts du CEMed, dont la tâche était précisément de mettre leurs connaissances spéciales à la disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et la référence). En outre, on ne voit pas que leur rapport d'expertise contienne des contradictions, ni des défauts manifestes. A l'instar du SMR, il sied d'admettre que l'expertise du CEMed est claire et précise et remplit tous les requisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/aa).

Concernant la problématique psychiatrique, la recourante ne soulève aucun argument spécifique, se contentant d'affirmer avoir des idées noires et être déprimée (cf. recours du 28 octobre 2019, allégué 9), ce qui l'empêcherait de travailler à 100%. Elle estime que l'incapacité de travail reconnue par son psychiatre traitant le Dr F _____ doit être prise en compte. Or, c'est précisément pour éclaircir l'état de santé psychique de l'assurée et évaluer son impact sur la capacité de travail que l'expertise auprès du CEMed a été ordonnée. Ainsi, en l'absence d'éléments probants jetant le doute sur la cohérence et la validité de l'appréciation du Dr O _____,

il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions quant à une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique.

Sur la plan somatique, la critique de la recourante selon laquelle l'intimé n'aurait pas tenu compte de l'avis du Dr A _____ est infondée. En effet, le SMR s'est précisément écarté de l'avis des experts sur le début de l'exigibilité (fixé à mai 2018) pour tenir compte de la position du médecin traitant qui, lors du contrôle du 13 septembre 2018, avait fixé la capacité de travail dans une activité adaptée à 50%. Ce taux était motivé par le fait que des investigations médicales étaient encore en cours pour les douleurs de la jambe gauche. Par la suite, dans son bref rapport du 5 juin 2019, le Dr A _____ n'a pas apporté d'éléments médicaux objectifs justifiant le maintien du taux à 50% et suffisamment pertinent pour mettre en doute les conclusions des experts. En outre, comme l'a relevé le SMR dans son avis du 23 mai 2019, ni le Dr A _____ ni la Dresse C _____ n'ont fait état de nouvelles pathologies ou de nouvelles investigations ou interventions chirurgicales depuis janvier 2019. Par ailleurs, toutes les limitations fonctionnelles décrites par ces derniers concordent avec celles retenues par les experts du CEMed et le SMR. Ainsi, leur appréciation de la capacité de travail de la recourante n'apparaît pas justifiée et semble essentiellement reposer sur des éléments subjectifs et des facteurs, non somatiques et extra-médicaux.

En définitive, la recourante ne fait valoir aucun motif qui justifierait de s'écarter de l'appréciation des experts du CEMed et du SMR. Le rôle des experts serait vidé de tout son sens s'il fallait systématiquement requérir une surexpertise lorsque leurs conclusions s'écarteraient des avis de médecins qui se sont exprimés avant eux. Il y a dès lors lieu de confirmer la pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 16 janvier 2019.

2.3 Conforme à la législation et à la jurisprudence, l'évaluation du taux d'invalidité faite par l'intimé à hauteur de 17% ne prête pas flanc à la critique et doit être confirmée.

3. Etant donné ce taux, inférieur au seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir un droit à une mesure de reclassement de 20% (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_177/2015 du 18 septembre 2015 consid. 4.1), le refus de toutes mesures d'ordre professionnel apparaît justifié.

Par ailleurs, il est rappelé que même si le seuil minimum était atteint, l'assurée devrait également remplir la condition de l'aptitude subjective à la réadaptation, à savoir avoir la volonté nécessaire de se réadapter (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 et I 660/02 du

2 décembre 2002 consid. 2.1 ; VSI 2002 111 et les références). Or, en l'espèce, la recourante s'estime incapable de travailler (cf. évaluation consensuelle, p. 7 ; pièce 265, p. 891) et demande à être mise au bénéfice d'une rente à 100% de manière illimitée (cf. recours du 12 novembre 2019 p. 3). Selon ses propres déclarations aux experts, elle ne voit pas quelle activité elle pourrait exercer avec ses dorsalgies et attend le versement d'une rente complète de l'AI (cf. évaluation consensuelle p. 25 et expertise pluridisciplinaire, p. 25). Le Dr N _____ a d'ailleurs jugé que même si une réadaptation était théoriquement possible, elle serait vouée à l'échec puisque l'assurée s'estimait incapable de reprendre une activité professionnelle (question 7.2 de l'expertise, p. 31).

Enfin, la recourante ne saurait prétendre à des mesures d'ordre professionnel compte tenu du fait qu'une activité reste possible à plein temps (avec une diminution de rendement de 20%) et que le marché de l'emploi recouvre suffisamment d'activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. En effet, comme l'a expliqué l'intimé, les limitations fonctionnelles de la recourante sont celles généralement rencontrées en matière de rachialgies. A cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion à maintes reprises de rappeler que le marché de l'emploi et les données ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires recouvraient un large éventail d'activités légères et accessibles sans formation particulière, dont un nombre significatif était adapté aux rachialgies et permettait de respecter les mesures classiques d'épargne lombarde (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2 et 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 3.5 ; arrêt de la Chambre des assurances sociales du Tribunal cantonal genevois ATAS/1012/2019 du 5 novembre 2019 consid. 10d).

4. Il s'ensuit que les recours doivent être rejetés et les décisions entreprises des 7 et 14 octobre 2019 confirmées, sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre les mesures d'instruction requises par la recourante (son interrogatoire et celui du Dr A _____, ainsi qu'une contre-expertise), étant rappelé que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 136 I 229 consid. 5.3 ; 122 II 464 consid. 4a et 122 III 219 consid. 3c).

5.1 Les frais de justice, arrêtés à 800 fr. en fonction de la difficulté moyenne de la présente cause et au regard des principes de la couverture des frais et de l'équivalence

des prestations, sont mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci sont compensés avec ses avances. Le solde par 200 fr. sera ristourné à la recourante par le greffe du Tribunal.

5.2 Vu le sort du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g aLPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de X _____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 29 mars 2022