

FR_GERICHTE 605 2013 216 vom 13. November 2015

FR Kantonsgericht, 2015-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_216

FR: FR_GERICHTE 605 2013 216 du 13 novembre 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 216 del 13 novembre 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

E. 2

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 286 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). c) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI). D'après une jurisprudence constante, 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). d) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêt TF

9C_589/2014 du 6 mars 2015 consid. 3.1). Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (arrêt TF 9C_589/2014 précité; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références). Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RAI; RS 831.201). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI) (arrêt TF 9C_589/2014 précité). Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question;

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI) (arrêt TF 9C_589/2014 précité consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 et la référence). aa) Dans la méthode ordinaire, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (arrêts TF 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 129 V 222; 128 V 174). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et d'appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement réalisé au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). A ce titre, il convient en général de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé après la survenance de l'atteinte à la santé, le Tribunal fédéral admet pour le calcul de l'invalidité le recours aux données statistiques suisses telles qu'elles ressortent de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). bb) Pour évaluer l'invalidité selon la méthode spécifique, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire

concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, n° 3079 ss dès le 1er janvier 2008). Cette enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (arrêts TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1; 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3; ATF 128 V 93). Selon une jurisprudence constante, il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (arrêt TF 9C_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3; ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les arrêts cités). Cela étant, les constatations d'ordre médical sur la capacité à accomplir les travaux habituels ont en principe plus de poids que les conclusions de l'enquête à domicile lorsque l'on est en présence d'une pathologie psychique et qu'il existe des divergences entre les deux types de données évoquées. Une telle priorité est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte et des empêchements en résultant (arrêts TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.3.1; 9C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2 et les références). cc) Selon la méthode mixte, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en

comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour cent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV no 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références citées). La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564). L'invalidité totale s'obtient en additionnant les degrés d'invalidité correspondant aux parts respectives attribuées aux activités lucrative et non lucrative (ATF 141 V 15 consid. 3.2; 137 V 334). En outre, soulignons encore que l'incapacité de travail ne se confond pas avec la perte de gain subie par l'assuré dans le cas où le taux d'activité professionnel n'est pas de 100 % (arrêt TF I 151/06 du 29 juin 2007). Il incombe en effet aux assurés exerçant une activité professionnelle à temps partiel de mettre à profit toute la capacité de travail raisonnablement exigible (ATF 123 V 230 consid. 3c et les références citées), de sorte que l'incapacité de travail correspond alors à la différence entre le taux d'activité professionnelle et la capacité de travail médicalement attestée. En ce sens, la jurisprudence considère d'ailleurs que l'assuré ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'il exercerait sans atteinte à la santé (sur l'ensemble de la question, voir ATF 125 V 146; arrêt TF I 156/04 du 13 décembre 2005 publié in SVR 2006 IV no 42 p. 151 et la référence citée). e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). f) En vertu de l'art. 17 al. 1 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. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 343 consid. 3.5). Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps,

prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. arrêt TF I 511/03 du 13 septembre 2004 consid. 2; ATF 125 V 417 consid. 2d et les références citées). Dans un tel cas, pour déterminer si un changement important s'est effectivement produit, il convient de comparer l'état de fait au moment de l'octroi ou du début de la rente avec celui existant au moment de la réduction ou la suppression de celle-ci (ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les références citées).

E. 3

Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'assurée peut prétendre à une rente, au-delà de la rente entière octroyée pour les seuls mois de février et mars 2010. Il s'agit ainsi d'examiner si la recourante, après avoir perçu une rente entière, a vu son état de santé s'améliorer de manière à justifier la suppression de toute rente. N'est en revanche pas critiquée la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité choisie ainsi que la répartition entre activité professionnelle (43.9 %) et tâches ménagères (56.1 %). Rappelons que la recourante a subi, en février 2009, un accident de la circulation et a souffert d'un hématome médiastinal, d'un épanchement péricardique, d'une fracture du sternum, d'épanchements pleuraux bilatéraux et qu'elle a développé un état de stress post-traumatique, tous diagnostics posés par K. _____ auprès duquel elle a été hélicoptérée. Le traitement n'a été toutefois que conservateur. Le 17 février 2009, elle a été transférée à l'Hôpital de C. _____ où elle a séjourné jusqu'au 4 mars 2009. Dès le 1er avril 2010, elle a repris partiellement son activité professionnelle à 45 %, puis à des taux variables mais globalement en progression jusqu'à un 80 % de son taux initial, pour l'abandonner complètement dès le 1er février 2012, au bénéfice d'un certificat médical d'incapacité totale de travail.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 Lorsque la décision a été rendue, l'assurée se plaignait encore de migraines, de douleurs au dos, aux genoux et à la hanche, d'une hyperventilation chronique, d'une tachycardie sinusale et de troubles psychiques. a) En mai 2009 déjà, le Dr L. _____, FMH en cardiologie et médecine interne, constatait qu'il ne persistait, chez l'assurée, aucune séquelle cardiologique visible du traumatisme thoracique subi, "la fonction biventriculaire [étant] conservée et (...) l'épanchement péricardique post-traumatique de février 2009 [ayant] totalement régressé à ce jour" (rapport du 8 mai 2009, dossier CNA, pièce 217). En août 2010, le Dr M. _____, FMH en cardiologie et en médecine générale, relevait également une bonne fonction ventriculaire sans anomalie de la cinétique segmentaire (rapport du 12 août 2010, dossier CNA, pièce 173). En 2013, même le cardiologue PD Dr G. _____, à l'Hôpital H. _____, contacté par le mandataire de l'assurée, confirme l'absence de toute maladie cardiaque ou pulmonaire chez l'assurée (rapport du 26 juin 2013, dossier CNA, pièce 448). En effet, pour le Dr F. _____, psychiatre FMH et médecin d'arrondissement CNA, l'assurée souffre d'une somatisation (F45.0) en raison de la persistance des plaintes et de symptômes somatiques sans aucun substrat lésionnel et malgré toutes les investigations menées (rapport du 20 décembre 2011, p. 6, dossier CNA, pièce 284). Plus bas dans le même rapport, il précise qu'à l'heure de son examen, ce n'est plus l'accident qui est la cause des troubles psychiques mais un ensemble de facteurs étrangers à cet accident (rapport précité, idem). Du point de vue des migraines et céphalées, dès le mois d'août 2009, le Dr N. _____, FMH en neurologie, a indiqué, sur la base d'une IRM cérébrale, que l'examen s'est avéré normal et qu'il peut entériner l'hypothèse de migraines décompensées par le stress du traumatisme subi (rapport du 28 août 2009,

dossier CNA, pièce 70; rapport du 18 août 2009, dossier CNA, pièce 71). En décembre 2010, le Dr O. _____, FMH en neurologie, confirme les conclusions tendant à l'absence de substrat organique posées par ses confrères et retient le diagnostic de migraine chronique, tout en relevant qu'il est possible que des céphalées sur abus médicamenteux se surajoutent (rapport du 1er décembre 2010, dossier CNA, pièce 221). En outre, du point de vue rhumatologique, les radiographies effectuées après l'accident ont mis en évidence une fracture d'une côte inférieure à gauche. Toutefois, l'IRM dorso-lombaire du 30 juillet 2009 a permis d'exclure une fracture à ce dernier niveau, n'a pas mis en évidence d'anomalie de signal de disque intervertébral ni de hernie discale mais a révélé une possible anomalie transitionnelle lombosacrée avec un disque hypoplastique S1-S2 (rapport de P. _____ du 14 janvier 2010, p. 3, dossier CNA, pièce 103). Le Dr Q. _____, FMH en rhumatologie, dans un rapport du 8 janvier 2013, n'évoque qu'une dysfonction intervertébrale mineure et des dorsalgies chroniques récidivantes dont l'évolution est lentement favorable et pour lesquelles il précise expressément ne pas lui avoir prescrit d'arrêt de travail (rapport du 8 janvier 2013, dossier CNA, pièce 373). Il résulte de tout ce qui précède qu'il ne subsistait, chez l'assurée, dès la fin 2009 déjà, pour ainsi dire aucun substrat organique à toutes ses plaintes, qu'elles soient de nature cardiaque, pulmonaire, neurologique ou encore rhumatologique. Enfin, du point de vue psychique, les médecins ont d'abord parlé d'état de stress-post traumatique. Ensuite, en 2011, tant le Dr R. _____, psychiatre FMH auprès de P. _____, que le Dr S. _____, également spécialiste FMH en la matière, mandaté comme expert par l'autorité intimée, retiennent un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse (rapport du 26 janvier 2011,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 dossier CNA, pièce 210; rapport du 8 juillet 2011, dossier CNA, pièce 263). Le psychiatre F. _____, médecin d'arrondissement CNA, retient pour sa part les diagnostics de somatisation (F45.0), d'anxiété généralisée (F41.1) et d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) (rapport du 20 décembre 2011, dossier CNA, pièce 284; rapport du 12 février 2013, dossier CNA, pièce 383). Figure encore au dossier, une expertise commanditée par l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée du 29 octobre 2014 (annexe au courrier de l'OAI du 3 novembre 2014) réalisée par la psychiatre FMH J. _____ qui conclut pour sa part à un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), sans expliquer pourquoi elle retient ce diagnostic plutôt que ceux de ses confrères dès 2011, dont elle admet pourtant le raisonnement (cf. expertise précitée, p. 7). Quand bien même les diagnostics psychiatriques divergent ainsi en partie, il y a néanmoins une cohérence entre les trois premiers psychiatres que l'on ne retrouve pas chez l'experte mandatée par l'assureur perte de gain; surtout, l'expertise de la Dre J. _____ est largement postérieure au prononcé de la décision attaquée. Cela étant, les diagnostics importent en principe en soi peu; c'est bien plus leur incidence sur la capacité de travail qui est déterminante. b) Reste précisément à déterminer si les problèmes et les plaintes de l'assurée entravent sa capacité de travail. Dès le mois de janvier 2010, les spécialistes de P. _____ préconisent, vu l'évolution pendant le séjour et son souhait de recommencer le travail, une reprise à temps partiel à raison de deux matinées/semaine. Ils notent expressément que "bien que la perception d'un handicap fonctionnel élevé laisse cependant présager une réintégration professionnelle difficile, une augmentation du taux d'activité devrait pouvoir se faire progressivement jusqu'à une pleine capacité de travail" (rapport du 14 janvier 2010, p. 4, dossier CNA, pièce 103). C'est finalement le 1er mars 2010 qu'elle recommencera à travailler de manière régulière, mais d'abord à titre d'essai, dans la mesure indiquée ci-dessus (rapport "Détermination d'objectifs" du 22 mars 2010,

dossier CNA, pièce 124). Son médecin traitant, le Dr T. _____, FMH en médecine générale, confirme, le 6 avril 2010, que la reprise de son travail à raison de deux demi-journées par semaine est correcte et devra être réévaluée avec son employeur et la CNA (rapport du 6 avril 2010, dossier CNA, pièce 132). Dans un rapport "Détermination d'objectifs" du 28 avril 2010, il est constaté que l'employeur admet que la recourante est en mesure de remplir ses tâches à raison du 45 % de son horaire normal (rapport du 28 avril 2010, p. 2, dossier CNA pièce 139), ce taux correspondant toujours à deux demi-jours par semaine, ce qui lui a été confirmé par courrier du 30 avril suivant (lettre de la CNA du 30 avril 2010, dossier CNA pièce 141). A compter du mois de juillet 2010, l'assurée se plaint que sa situation médicale se dégrade (rapport "Détermination d'objectifs" du 7 juillet 2010, dossier CNA, pièce 147). Selon le Dr T. _____, la reprise du travail est alors freinée par une décompensation de douleurs rétrosternales et des spasmes à la déglutition qui devaient être investigués prochainement (rapport du 22 juillet 2010, dossier CNA pièce 158) et qui seront jugulés dès la mi-septembre 2010 déjà sans séquelle (rapport du 13 septembre 2010 du Dr U. _____, FMH en gastro-entérologie, dossier CNA, pièce 172). Ainsi, de fait, d'abord totalement incapable de travailler, la recourante a ensuite été en mesure de reprendre son emploi à un taux d'occupation régulier de 45 % avec rendement jugé équivalent dès le 1er avril 2010 au plus tard. Par la suite, elle a continué à travailler pendant presque deux années, à des taux variables, mais pour l'essentiel en progression constante. Depuis le printemps 2011, elle a augmenté son taux d'occupation à un 55 %, correspondant à 10 heures sur 18 (rapport d'entretien du 5 mai 2011, dossier CNA pièce 236), puis à 12.10 heures dès le 1er juin suivant (rapport d'entretien du 30 juin 2011, dossier CNA, pièce 245) pour parvenir jusqu'à un

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 horaire de 14.10 heures sur 18, soit un 80 % en novembre 2011 (rapport d'entretien du 16 novembre 2011, dossier CNA, pièce 266). Toutefois, depuis février 2012, elle a abandonné complètement son activité lucrative, au bénéfice d'un certificat d'incapacité totale de travail. Dans l'intervalle, une foule innombrable d'exams médicaux ont été réalisés pour ne mettre pour ainsi dire aucun substrat organique en évidence, comme cela ressort du bilan évoqué ci-avant. En particulier, il ne ressort pas non plus des nombreux rapports médicaux que son état de santé se serait aggravé avec répercussion sur la capacité de travail. Ainsi, du point de vue physique, le Dr I. _____, dans son appréciation médicale du 22 novembre 2011 (dossier CNA, pièce 271) est d'avis qu'au total, on peut considérer que la capacité de travail de l'assurée est entière dans son activité habituelle, ce qu'il confirme dans un rapport subséquent du 10 avril 2013 (dossier CNA, pièce 432). Du point de vue psychique ensuite, l'expert V. _____, mandaté par l'autorité intimée, relève, dans son expertise du 7 juillet 2011, une évolution favorable du trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse survenue après l'accident de février 2009. Il observe que cette évolution favorable aboutit actuellement à une rémission du tableau symptomatique initial, en dehors d'un évitement du lieu de l'accident. S'agissant de la capacité de travail, il confirme les taux qu'elle a effectivement été en mesure de réaliser dans son activité lucrative. Pour lui, dès la mi-septembre 2011, elle ne présentera plus aucune incapacité de travail du point de vue psychique tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée (rapport du 7 juillet 2011, dossier CNA, pièce 263). S'agissant du Dr F. _____, dont l'avis du 12 février 2013 (dossier CNA, pièce 383) est repris à son compte par la recourante, s'il a bien constaté que l'assurée "présente depuis l'accident du 14 février 2009 des troubles psychiques manifestes qui malgré tous les traitements entrepris ne s'amendent pas et s'aggravent progressivement par une chronicisation", il n'en a nullement

tiré la conclusion que ces troubles ont une incidence en termes de capacité de travail. Il a en revanche clairement déclaré que "les traitements actuels et leur multiplication sont manifestement néfastes et conduisent à un ancrage des troubles psychiques dans des manifestations somatiques". Il est aussi d'avis qu'"il est à craindre aujourd'hui, au vu de l'évolution de l'état de santé de l'assurée cette dernière année que l'on ne s'achemine vers une incapacité de travail totale et définitive". Par là aussi, il n'atteste aucune incapacité de travail actuelle, se limitant à évoquer l'avenir de la recourante. Enfin, le psychiatre a aussi expressément relevé que la persistance des troubles psychiques, voire leur aggravation, déjà à partir de quelques mois après l'accident, "tient à des facteurs propres à l'assurée", admettant ainsi l'existence de facteurs étrangers à l'invalidité. Enfin, dans son appréciation globale du 26 novembre 2013, le Dr W. _____, FMH en anesthésiologie, médecin SMR, confirme que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié. Partant, à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit en février 2010, la recourante était encore en incapacité de travail totale. Toutefois, dès le 1er avril 2010, elle a été en mesure de reprendre effectivement son emploi à 45 % de son taux initial de 43.9 %, reprise confirmée par ailleurs par les différents médecins. Par la suite, elle a considérablement augmenté son taux d'occupation pour atteindre le 80 % de son taux de 43.9 % en novembre 2011. Elle a travaillé ainsi jusqu'à fin janvier 2012. Dans ces circonstances, l'assurée subit dès lors dès le mois d'avril 2010 une perte de gain de 24,15 % qui, ajouté aux empêchements dans l'accomplissement de ces tâches ménagères, comme on le verra ci-dessous, ne lui permet plus de prétendre à une rente AI. Par la suite, compte tenu de l'augmentation de son taux d'occupation, dite perte de gain s'est réduite en conséquence.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 A compter du mois de février 2012, malgré la cessation complète de son activité, certificat médical à l'appui, il sied d'admettre, sur la base de l'avis presque unanime du corps médical, qu'aucune aggravation de son état de santé n'est intervenue justifiant une quelconque incidence sur sa capacité de travail. A compter de cette période, il faut reconnaître à l'assurée une capacité de travail identique à la période précédente, à tout le moins. Il en allait par ailleurs de même lorsque l'OAI a statué en août 2013 sur la base des plus récents rapports médicaux. c) S'agissant de l'accomplissement de ses tâches ménagères, le dossier contient deux enquêtes économiques sur le ménage réalisées pour la première le 8 février 2010 (dossier OAI, pièces 165 à 161) et pour la seconde le 28 septembre 2011 (dossier OAI, pièces 578 à 576). La première conclut à des empêchements de 62.50 %, dont l'OAI a tenu compte pour l'octroi de la rente entière, alors que la seconde parvient à un taux de 21.4 %, sur laquelle l'autorité intimée s'est fondée pour calculer l'invalidité à compter du mois d'avril 2010. La recourante critique la seconde, dont les chiffres seraient pour le moins fantaisistes, estimant que la situation n'a pas évolué et qu'il sied de retenir les résultats de la première enquête. Elle affirme ne pouvoir notamment toujours pas confectionner les repas et assurer les travaux d'entretien. Pour sa part, l'autorité intimée, reprenant l'appréciation de son médecin SMR (rapport du 23 août 2011, dossier OAI, pièces 572 à 570), explique avoir ordonné une seconde enquête car la première retiendrait des "limitations exagérément importantes par rapport au traumatisme subi. Ce traumatisme certes violent, n'a causé que des lésions qui par leur nature guérissent (...) ou se résorbent. La fracture sternale peut être une cause de douleurs chroniques, toutefois, [l'assurée] a un traitement antalgique énergique. (...)". Relevons d'emblée qu'il est pour le moins surprenant de tenir compte d'une enquête dont on prétend qu'elle retient des limitations exagérément importantes pour le calcul du taux d'invalidité sur la période précédant le mois d'avril 2010, et de tenir compte de la seconde, réalisée seulement le 28

septembre 2011, pour la période courant dès avril 2010. Cela étant, on doit d'abord relever de manière générale que les troubles dont souffre l'assurée sont essentiellement de nature psychique et que, partant, l'avis des médecins doit avoir le pas sur l'enquête ménagère. Or, ici, le médecin SMR, sur la base de l'entier du dossier constitué, a estimé que les limitations retenues dans la première enquête étaient trop généreuses. Cet avis est corroboré par le bilan médical de l'époque, dont il ressort qu'il ne subsistait alors pour ainsi dire plus aucune séquelle des blessures entraînées par l'accident et cela déjà depuis la fin 2009. Les troubles subsistant relèvent désormais du contexte psychique. Au printemps 2010, ensuite, l'assurée a été en mesure de reprendre régulièrement son travail à 45 % de son taux d'occupation initial, puis de l'augmenter considérablement. L'accomplissement des tâches ménagères doit tenir compte de l'aide des membres de la famille et, de ce fait, les empêchements sont régulièrement inférieurs à ceux retenus dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle. L'un dans l'autre, il apparaît ainsi manifestement que l'enquête de février 2010 est par trop généreuse. Pour la première période, la façon de faire de l'OAI est favorable à l'assurée; il n'y a dès lors pas lieu d'y revenir. S'agissant de la période à compter du mois d'avril 2010, en présence d'atteintes relevant toujours du contexte psychique, la seconde enquête n'est pas déterminante en soi et les médecins ne mettent pas en évidence de limitations véritables du point de vue psychique dans l'exercice de ses tâches ménagères. Le psychiatre F. _____ indique par ailleurs que des facteurs étrangers à l'invalidité jouent un rôle dans la poursuite de la symptomatologie. La recourante fait valoir pour l'essentiel qu'elle ne peut néanmoins pas s'occuper des repas ni de l'entretien du logement. Compte tenu de ses problèmes de palpitation et de tachycardie, des migraines dont elle souffre et

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 de la seule dysfonction intervertébrale mineure et des dorsalgies chroniques récidivantes n'ayant jamais entraîné de limitations dans sa capacité de travail, on peine à comprendre ce qui l'empêche ainsi de s'occuper des repas et en partie du moins de l'entretien de sa maison. Cela étant, les repas sont pris en charge par son époux. S'agissant de l'entretien, son mari et son fils aîné y contribuent; une dame de ménage vient en outre deux fois deux heures par semaine. Force est dès lors d'admettre, tout bien pesé, que les empêchements retenus à ce titre de 21.4 % dans la décision attaquée sont pour le moins généreux. d) Il résulte de ce qui précède que, s'agissant tant de la part réservée à l'activité professionnelle (43.9 % x 55 %) que de celle réservée à l'accomplissement des tâches ménagères (56.1 % x 21.4 %), la recourante ne subit plus de perte de gain en suffisance à compter du mois d'avril 2010 pour lui permettre de prétendre encore à une rente. Par la suite, compte tenu de l'augmentation de son taux d'activité à compter de l'été 2010, dite perte de gain diminue encore. Toutefois, l'amélioration de son état de santé à compter d'avril 2010 ne peut pas avoir d'effet sur la rente avant que ce dernier ne soit considéré comme stabilisé, soit après une période de trois mois (cf. art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RAI; RS 831.201). Il s'ensuit que la recourante a droit à une rente entière non seulement pour les mois de février et mars 2010 mais encore pour les mois d'avril, mai et juin 2010.

E. 4

Sur le vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis très partiellement et la décision attaquée modifiée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière du 1er février 2010 au 30 juin 2010. Pour le surplus, le recours est rejeté. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à raison de CHF 700.- à la charge de la recourante qui succombe en grande partie et à raison de CHF 100.- à la charge de l'autorité intimée. Ayant eu par là

partiellement gain de cause, la recourante a droit à des dépens réduits qu'il sied de fixer ex aequo et bono, compte tenu du gain de cause très partiel, à CHF 500.-, débours compris, plus CHF 40.- au titre de la TVA, soit à une somme de CHF 540.-, à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête: I. Le recours est partiellement admis et la décision attaquée modifiée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière du 1er février au 30 juin 2010. Il est rejeté pour le surplus. II. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à raison de CHF 700.- à la charge de la recourante et compensés avec l'avance de frais versée, dont le solde de CHF 100.- lui est restitué, et à raison de CHF 100.- à la charge de l'autorité intimée. III. Il est alloué à la recourante, pour ses frais de défense, une indemnité de CHF 500.-, débours compris, plus CHF 40.- de TVA, soit une somme totale de CHF 540.-, à la charge de l'autorité intimée. IV. Communication. 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 13 novembre 2015/ape Présidente Greffier-stagiaire

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