

FR_GERICHTE 608 2016 74 vom 6. November 2017

FR Kantonsgericht, 2017-11-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_74

FR: FR_GERICHTE 608 2016 74 du 6 novembre 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 74 del 6 novembre 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 28

novembre 2005 et 30 janvier 2006. B. En date du 22 mars 2004, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance- invalidité. Par décision du 19 août 2008, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) a reconnu à l'assurée une rente à un taux variable pour une durée déterminée. Il lui a octroyé une rente entière du 1er juillet 2003 au 31 mars 2005 pour un taux d'invalidité de 88%, un trois-quarts de rente du 1er avril au 31 juillet 2005 pour un taux d'invalidité de 64%, une demi-rente du 1er août au 31 octobre 2005 pour un taux d'invalidité de 56%, un trois-quarts de rente du 1er novembre 2005 au 31 janvier 2006 pour un taux d'invalidité de 65% et une rente entière du 1er février au

E. 30

avril 2006 pour un taux d'invalidité de 77%. L'OAI a par contre considéré qu'à partir du 1er mai 2006 l'assurée serait capable d'exercer, à 80%, une activité de substitution adaptée. Comparant dès lors son revenu avant invalidité de CHF 40'800.- à son revenu avec invalidité de CHF 35'605.45 (salaire statistique mensuel brut de CHF 3'953.-, adapté à la durée de travail hebdomadaire usuelle de 41.7 heures, à 80%, après une déduction de 10% au titre de désavantage salarial), l'office a abouti à un degré d'invalidité de 12% et lui a dès lors nié tout droit à une rente pour cette dernière période. Par arrêt du 29 septembre 2011, le Tribunal cantonal admit partiellement le recours (605 2008- 410) interjeté le 22 septembre 2008 par l'assurée, alors représentée par Me Jean-Claude Morisod, avocat. Il retiendra en effet que la rente entière allouée à nouveau à partir du 1er février 2006 devait être versée, non pas jusqu'au 30 avril 2006, mais jusqu'au 31 juillet 2006 en application de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), l'assurée n'ayant plus droit à une rente pour la période postérieure (taux d'invalidité de 14% résultant de la comparaison du revenu avant invalidité de CHF 41'901.60 [CHF 40'800.- indexé de 2.7%] au revenu avec invalidité de CHF 50'277.60 [salaire statistique mensuel brut valeur centrale de CHF 4'019.-, adapté à la durée de travail hebdomadaire usuelle de 41.7 heures, à 80%, après une déduction de 10% au titre de désavantage salarial]). C. En date du 27 mai 2009, l'assurée a déposé une demande de révision du droit à la rente auprès de l'OAI. En date du 31 octobre 2011, l'assurée a subi une nouvelle opération chirurgicale, qui a consisté en une décompression L4-L5 et L5-S1 (spinectomie partielle) avec une résection de la cicatrice cutanée. Par décision du 22 février 2016, l'OAI, en se fondant pour l'essentiel sur le rapport d'expertise médicale du 8 septembre 2015 de médecins spécialistes en médecine interne et rhumatologie

Tribunal cantonal TC Page 3 de 17 ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie de D._____, a retenu que l'état de santé de l'assurée n'avait pas subi de modification pouvant ouvrir le droit à des prestations de l'assurance invalidité depuis la décision du 19 août 2008. Il en a conclu que l'assurée présentait donc toujours une perte de gain inférieure à 20%, que le droit à un reclassement devait dès lors lui être nié et que seule une aide au placement pouvait entrer en ligne de compte. Par décision du 15 mars 2016, l'OAI a fixé le montant de la rente mensuelle de l'assurée pour la période du 1er mai au 31 juillet 2006 à CHF 1'433.- et décidé de procéder au versement de CHF 6'001.-. D. En date du 6 avril 2016, A._____, représentée par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal à l'encontre des décisions des 22 février (608 2016 74) et 15 mars 2016 (608 2016 75) de l'OAI. Elle conclut, avec suite de dépens, à l'annulation des décisions entreprises et à l'allocation d'un trois quarts de rente d'invalidité dès le 1er mai 2009. La recourante fait en substance valoir que son état de santé se serait aggravé depuis la décision du 19 août 2008. Elle souligne à cet égard que l'assurance-accidents a arrêté son atteinte à l'intégrité à 25% en 2009, alors qu'elle l'avait fixée à 15% en 2007. Elle expose par ailleurs qu'elle ne serait désormais plus capable d'exercer son activité habituelle de vendeuse à 80%, contrairement à ce qui avait été retenu dans les décisions initiales. Suite au retrait par l'assurée de son recours déposé contre la décision du 15 mars 2016 (608 2016 75), le Tribunal cantonal a rayé la cause du rôle, sans percevoir de frais de procédure. Une avance de frais de CHF 800.- a été versée le 20 avril 2016. Dans ses observations du 28 novembre 2016, l'OAI propose le rejet du recours. Il considère que la documentation médicale produite depuis les décisions initiales ne fait pas ressortir de motif de révision. Il précise à cet égard que la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité plus importante n'a été reconnue par l'assureur-accidents qu'à titre transactionnel et seulement en raison de l'évolution à long terme possiblement défavorable évoquée par l'expert. E. Dans ses contre-observations du 7 décembre 2016, la recourante campe sur ses positions. Appelé en cause en qualité de fonds de prévoyance LPP intéressé, E._____ ne s'est pas exprimée dans le délai imparti. F. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 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) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant : a. que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels; b. que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21 LAI, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux

habituels (art. 8 al. 2 LAI). Les assurés ont droit aux prestations prévues à l'art. 16 al. 2 let. c LAI, que les mesures de réadaptation soient nécessaires ou non pour maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (art. 8 al. 2bis LAI). Les mesures de réadaptation comprennent (art. 8 al. 3 LAI) : a. des mesures médicales; abis. des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle; b. des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital); d. l'octroi de moyens auxiliaires. Conformément à l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement. Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]). Selon la jurisprudence, une perte de gain durable ou prolongée, dans toute activité exigible ne nécessitant pas une formation professionnelle complémentaire, est suffisante pour ouvrir un droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsqu'elle est de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références citées). Ce taux ne constitue pas une limite absolue. Selon les circonstances du cas particulier, une invalidité légèrement inférieure à 20% peut déjà ouvrir droit à une mesure de reclassement (arrêt TF I 665/99 du 18 octobre 2000). c) 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). L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 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 (art. 28 al. 2 LAI). d) D'après l'art. 16 LPG, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133

consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). 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 128 V 174; 129 V 222). 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 appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). e) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande et la rejette au fond, un recours contre cette décision doit être examinée au regard des conditions de la révision du droit à la rente (art. 17 LPGA), applicables par analogie à l'examen des conditions matérielles d'une nouvelle demande (ATF 130 V 64 consid. 2; arrêts TF I 329/05 du 10 février 2006 consid. 1.1 et I 152/01 du 11 septembre 2001 consid. 1b; VSI 1999 84 consid. 1b). Lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente d'invalidité reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (cf. ATF 140 V 2 consid. 5.3 et arrêt TF 9C_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 6); ainsi, le droit à la rente

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17 prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI), et la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). Selon l'art. 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références citées; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente soit intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui

concerne les faits. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7 et 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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. A l'inverse, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 f) 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait 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 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i.f.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues,

l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). g) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). L'assurance-invalidité n'est pas liée par les décisions de l'assurance-accident en matière d'évaluation de l'invalidité concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité (cf. ATF 133 V 549), les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité sont donc indépendantes (cf. arrêt TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.3). Cette indépendance des décisions n'implique toutefois pas que des expertises pluridisciplinaires ordonnées par une

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 assurance ne puissent pas être utilisées par l'autre assurance s'il appert que les constatations des status médicaux et capacités de travail ont été effectuées de façon globale et que, notamment, la question de la causalité adéquate entre l'accident couvert et les atteintes à la santé - qui est propre à l'assurance-accidents (cf. MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, *Bundessozialversicherungsrecht*, 3ème éd. 2009, § 10 n° 39 ss) - n'a pas limité le champ d'investigation de l'expertise (arrêt TAF C-7866/2009 du 2 mai 2011 consid. 9.1). Il sied de relever que les services médicaux de l'assurance- invalidité peuvent se prononcer sur dossier dans la mesure de l'existence d'une documentation médicale complète et qu'ils ne sont pas tenus de requérir systématiquement eux-mêmes et pour eux-mêmes des expertises médicales. Le recours à une expertise initiée par l'assurance-invalidité n'est utilisé que si des moyens plus simples et économiques ne suffisent pas à se prononcer (rapports médicaux existants, renseignements) ou encore en cas de controverses médicales sur un cas concret (BLANC, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, 1999, p. 142). 3. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de la recourante, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de gain. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente avec son état de santé au moment de la décision de révision portée céans, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. a) Initialement, par décisions du 19 août 2008, l'autorité intimée a octroyé à l'assurée une rente à un taux variable pour une durée déterminée jusqu'au 30 avril 2006. Par arrêt du 29 septembre 2011, le Tribunal

cantonal a toutefois prolongé son droit à la rente jusqu'au 31 juillet 2006. S'agissant de la période postérieure, l'autorité intimée et le Tribunal cantonal, en se fondant sur le rapport d'expertise médicale du 5 décembre 2007 des Drs F._____, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, G._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et H._____, médecin spécialiste FMH en neurologie, de la Clinique I._____ (cf. dossier AI pce p. 1425 à 1451), ont retenus les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de « lombalgies chroniques (M54.5) dans le cadre d'un status après fracture L4 avec spondylodèse, greffe, AMO et lésion discale avec une tendance à la globalisation des symptômes au niveau de la ceinture scapulaire et la ceinture pelvienne (discopathie L5-S1 débutante de grade III selon Pfirman, black disc sans Modic et avec fissure de l'annulus postérieur, dégénérescence discale L3-L4) »; comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont noté une accentuation de traits de personnalité dans le contexte de lombalgies post-traumatiques (Z73.1). L'autorité intimée et le Tribunal cantonal, en se fondant sur ledit rapport, ont dès lors conclu, au plan psychique, à une capacité de travail totale et, au plan physique, à une capacité de travail de 80% dans une activité de substitution adaptée. Corrigeant quelques imprécisions dans le calcul opéré par l'autorité intimée, le Tribunal cantonal a estimé que l'assurée présentait un taux d'invalidité de 14% (revenu avant invalidité de CHF 41'901.60 [CHF 40'800.- indexé de 2.7%] comparé au revenu avec invalidité de CHF 50'277.60 [salaire statistique mensuel brut valeur centrale de CHF 4'019.-, adapté à la durée de travail hebdomadaire usuelle de 41.7 heures, à 80%, après une déduction de 10% au titre de désavantage salarial]). b) Dans le cadre de la révision litigieuse, les pièces médicales suivantes ont été produites: - Le rapport médical du 20 février 2009 du Dr F._____, qui a retenu une atteinte à l'intégrité de 15% pour l'ensemble du rachis et le devenir (dossier AI pce p. 1117 s.).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 - Les rapports médicaux des 29 décembre 2008, 4 et 18 mai 2009 du Dr J._____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, qui a conclu à l'existence d'une discopathie du segment adjacent à la spondylodèse évolutive confirmée par discographie au niveau L5-S1. Le médecin a réduit le taux d'activité de sa patiente d'abord à 50% puis à 30%, précisant que l'activité habituelle dans le magasin familial n'était plus possible, d'une part parce que ce dernier comporte trois étages et d'autre part eu égard au type de travaux à effectuer (dossier AI pces p. 558 s., 1115 s., 1122 s.). - Le rapport médical du 29 septembre 2009 du Dr J._____, qui a noté « qu'un degré d'intégrité de 30% siège du fait que l'atteinte à l'intégrité de la spondylodèse est de 15%, et l'atteinte pathologique plus importante du segment adjacent suite à la spondylodèse correspond à une atteinte d'environ 10 à 15% raison pour laquelle l'atteinte à l'intégrité totale est de 25 à 30% » (dossier AI pce p. 687, 1455). - Le rapport d'expertise médicale du 16 décembre 2009 – rédigé à l'attention de l'assureur- accidents K._____ – du Dr L._____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a retenu les diagnostics suivants: cervico-dorso-lombalgies chroniques; status après-fracture de L4 Type Berstung complet avec fragment postérieur intra-canaire sans troubles neurologiques (24 juillet 2002); status après fracture de la base du 1er métacarpien à gauche (24 juillet 2002); status après réduction sanglante et ostéosynthèse du 1er métacarpien gauche (5 août 2002); status après réduction de L4, ostéosynthèse par fixateur interne L3-L5, plastie spongieuse transpédiculaire L4 avec greffe autologue, spondylodèse postéro-latérale L3 à L5 (5 août 2002); status après AMO du 1er métacarpien et AMO partielle du fixateur interne L3-L5 (13 mai 2003); status après AMO de fragments de vis

pédiculaires L3 et L5 ainsi que complément de spondylodèse L4-L5 avec os synthétique (26 janvier 2006); discopathie L5-S1 avec déchirure étendue de l'anneau fibreux et protrusion médiane; arthrose facéaire L4-L5 et L5-S1; et syndrome rotulien bilatéral. Interrogé sur la capacité de travail de l'assurée, l'expert a en particulier noté ce qui suit: « A mon avis, son activité habituelle n'est pas parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles. Le magasin familial est sur 3 étages. Le travail de vendeuse implique une position debout prolongée. Elle doit porter des vêtements et des cartons. En raison des douleurs importantes que l'assurée décrit, une incapacité de travail de 70% dans son travail habituel reste possible dans ce poste de travail partiellement adapté aux limitations. Un travail adapté aux limitations fonctionnelles serait un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel elle puisse alterner la position debout avec la position assise à sa guise. Elle doit éviter le port de charges. Elle devrait éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux. Elle doit éviter les positions statiques prolongées tant debout qu'assise. Une assistante de direction peut à mon avis trouver un poste de travail bien adapté aux limitations décrites. [...] Dans une activité sédentaire ou semi- sédentaire qui respecte totalement les limitations fonctionnelles, la capacité de votre assurée est à mon avis complète. Une diminution de rendement de 25% est admissible en raison des pauses nécessaires et les douleurs ». Il a ajouté que « l'assurée se plaint d'une exacerbation de sa symptomatologie douloureuse surtout depuis la fin de l'année 2007. L'IRM lombaire de janvier 2009 comparé avec celui de 2006 met en évidence une détérioration du disque L5-S1. En 2006, il y avait une discopathie avec dessiccation du noyau et diminution de la hauteur discale. En janvier 2009, il y a une image de déchirure complète de l'anneau fibreux avec une protrusion discale médiane ». Il a enfin exposé, s'agissant de l'atteinte à l'intégrité que « le taux d'atteinte à l'intégrité prévu est de 5 à 20% selon la gravité. Il y a eu une spondylodèse ce qui augmente, selon le texte, de 5 à 10% l'atteinte à l'intégrité. A mon avis le taux d'atteinte à l'intégrité de votre assurée se situe

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 entre 10 à 30%. Si on retient le pronostic d'une évolution future défavorable, le taux de 25% me paraît justifié » (dossier AI pce p. 546 à 557, 1125 à 1136). - Le rapport médical du 19 juillet 2010 du Dr J._____, qui a fait état d'une situation stable voire même légèrement améliorée grâce à l'instauration d'un traitement physiothérapeutique à long terme. Il a toutefois estimé qu'une perte de rendement de 30 à 40% demeurera, même dans une activité adaptée (dossier AI pce p. 580 s., 1137 s.). - Le rapport médical du 10 février 2011 du Dr M._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a diagnostiqué des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) avec une courte période d'incapacité de travail totale (dossier AI pce p. 1088 s.). - Le rapport médical du 12 octobre 2011 du Dr N._____, médecin chef de clinique de O._____, qui a fait état d'une opération orthopédique consistant en une stabilisation avec fusion ventrale du disque L3/4 (dossier AI pce p. 566). - Le rapport médical du 12 octobre 2011 du Dr N._____, médecin spécialiste FMH en paraplégologie et médecine de réhabilitation, qui a mentionné une opération de stabilisation orthopédique L3-S1 (dossier AI pce p. 1270 s.). - Le protocole opératoire du 31 octobre 2011 du Dr P._____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a mentionné une nouvelle opération chirurgicale, qui a consisté en une décompression L4-L5 et L5-S1 (spinectomie partielle) avec une résection de la cicatrice cutanée (dossier AI pce p. 1277 s.). - Les rapports médicaux des 21 mars, 23 juin, 25 août 2011 et 10 février 2012 du Dr Q._____, médecin spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui a précisé qu'il était connu que de lourds syndromes douloureux pouvaient apparaître à moyen terme après des fusions dans la région du rachis. Il a estimé que l'état de santé s'était

(temporairement) péjoré, de manière à restreindre considérablement sa capacité de travail (dossier AI pces p. 1092 s., 1103 s., 1267, 1282 s.). - Le rapport d'évaluation de la capacité fonctionnelle du 23 janvier 2013 du Dr R. _____, directeur et médecin-chef de la Clinique S. _____, qui a noté ce qui suit: « On constate actuellement chez l'assurée un déconditionnement du fait des longues années d'incapacité de travail et une limitation causée par la peur et la douleur. Sur le plan structurel, on constate une mobilité réduite du rachis lombaire, sans complication neuronale. L'intégrité corporelle permet l'exercice à 100% d'un travail facile. Actuellement, un déconditionnement est aisément démontrable, ce qui réduit la capacité de travail à 50%. A ce jour, il n'a absolument pas été tenu compte des signes très nets de troubles post-traumatiques, dont le diagnostic psychiatrique est évident, qui devraient être intégrés dans le processus de travail car, à notre avis, ils sont responsables de la persistance des douleurs pendant des années. Une évaluation psychiatrique s'impose absolument. Sur le plan rhumatologique, l'assurée a actuellement une capacité de travail maximale de 50%, sachant que l'aspect psychiatrique n'a pas été pris en compte » (dossier AI pce p. 605 à 617 en français et p. 1176 à 1186 en allemand). - Le rapport médical du 23 janvier 2013 du Dr P. _____, qui a sollicité une évaluation psychiatrique urgente pour le traitement d'un état de stress post-traumatiques avec troubles du sommeil et labilité de l'humeur (dossier AI pces p. 1188 s.).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 - Le rapport médical du 26 juin 2013 de la Dresse T. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a noté qu'il restait actuellement essentiellement une fatigabilité très importante, manifestée rapidement, après une ou deux heures de travail par une augmentation des douleurs. Elle a par ailleurs mis l'accent sur le très grand manque de confiance dans son corps manifesté par une angoisse et du découragement dès l'apparition des douleurs. La médecin a estimé que, d'un point de vue médical, une reprise du travail à plein temps était envisageable, avec une certaine diminution de rendement à court terme à tout le moins, à condition que la reprise se fasse progressivement et surtout de manière soutenue et protégée (dossier AI pce p. 659 à 663). - Le rapport d'expertise médicale du 22 juillet 2013 – rédigé à l'attention de l'assureur-accidents K. _____ – du Dr U. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), d'épisode dépressif moyen (F32.10) et de traits de personnalité immature, histrioniques et émotionnellement labiles (F60.8). L'expert a estimé que la capacité de travail de l'assurée paraissait nulle en raison des troubles psychiatriques constatés (limitation globale de la capacité d'adaptation sur le plan affectif et cognitif en raison des diagnostics constatés), mais que des mesures de réinsertion pourront être envisagées après le début d'une psychothérapie et pharmacothérapie spécifiques avec stabilisation du trouble psychiatrique présenté. Il a ajouté que le contexte familial actuel pouvait constituer un facteur aggravant dans l'évolution psychosociale de l'expertisée (dossier AI pce p. 1458 à 1469). - La prise de position du 1er octobre 2013 du Dr V. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), qui a considéré que le diagnostic de syndrome post-traumatique était de survenue tardive, puisque décrit pour la première fois 11 ans après l'accident et de durée trop prolongée. Il a ainsi remis en cause ce diagnostic, en rappelant que par définition la période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois (mais il est rare qu'elle dépasse six mois), que les 3 autres expertises psychiatriques effectuées jusqu'alors n'en avaient pas fait mention et que l'expert sollicité n'a pas expliqué sa divergence d'appréciation. Il a ajouté qu'un épisode dépressif moyen n'a valeur

d'invalidité et que de simples traits de personnalité n'ont pas valeur de maladie (dossier AI pce p. 1481 à 1483). - Le complément d'expertise médicale du 18 novembre 2013 – rédigé à l'attention de l'assureur- accidents K. _____ – du Dr U. _____, qui a estimé que le diagnostic d'état de stress post- traumatique persistant était suffisamment documenté et argumenté (dossier AI pce p. 1500 s.). - Les rapports de discussion orthopédique et rapports médicaux des 10 décembre 2010, 22 février, 8 avril, 5, 30 mai, 11 août, 12 octobre, 18 novembre 2011, 2 février, 24 avril, 4 juillet, 30 septembre 2012, 26 avril 2013, 10 novembre 2014 du Dr P. _____, qui a confirmé l'existence d'un syndrome douloureux lombaire chronique d'étiologie inconnue. Il a estimé que sa patiente pourra, après une adéquate réintégration, reprendre à 50% au moins une activité lucrative ne nécessitant pas de pencher de manière répétitive le haut du corps et pas de port de charges de plus de 5 kg (dossier AI pces p. 539 s., 567 s., 569 s., 571 à 574, 575 à 578, 602 s., 636 s., 652 s., 657 s., 812 à 815, 1090 s., 1095 à 1112, 1139 à 1142, 1191 s., 1264 à 1266, 1275 s., 1284 s., 1286 s., 1292 s., 1294 s., 1537 s.). - Le rapport d'expertise médicale du 8 septembre 2015 – rédigé à l'attention de l'OAI – du Dr W. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, du

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 Dr X. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, et de la Dresse Y. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de D. _____, qui ont retenu, au plan physique, comme diagnostic avec influence essentielle sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques avec fracture traumatique de L4 ostéosynthésée par fixateur interne en août 2002, ablation du matériel d'ostéosynthèse en mai 2003, complément d'ablation de matériel d'ostéosynthèse en janvier 2006 avec greffe L4-L5 des deux côtés et finalement excision de l'ancienne cicatrice lombaire et décompression intervertébrale L4-L5 et L5-S1 le 31 octobre 2011, ainsi que, comme diagnostic sans influence essentielle sur la capacité de travail, des cervico-scapulalgies chroniques non spécifiques. Au plan psychique, aucun diagnostic n'a été retenu. Il a à cet égard en particulier été relevé que « L'examen systématique concernant la dépression n'a pas mis en évidence la présence actuelle des critères diagnostiques pour un état dépressif. En effet, la patiente montre de l'intérêt et du plaisir dans les activités de la vie quotidienne et il n'y a pas non plus de tristesse concernant la globalité de sa vie. Nous n'avons pas remarqué la présence de symptomatologie anxieuse. En effet, l'expertisée n'est pas perturbée par des souvenirs ou des pensées ou images en relation avec l'accident. [...] L'expertisée ne présente pas de conduite d'évitement concernant des situations qui peuvent rappeler l'épisode stressant de l'accident. [...] La patiente n'a pas de médication psychiatrique et n'a pas non plus consulté de psychiatre. [...] Si l'expertisée évoque avec tristesse son accident de 2002, nous ne retrouvons pas lors de notre entretien d'autres critères pour un état dépressif. [L'assurée] n'est pas anxieuse, montre du plaisir dans les activités de la vie et se projette dans l'avenir. Concernant le syndrome d'état post traumatique évoqué par l'expert en 2013, nous ne retrouvons aucun critère pour ce diagnostic. L'expertisée indique avoir eu des rêves répétés après l'accident mais ce n'est plus le cas maintenant. Elle n'a pas actuellement et ne décrit pas avoir eu par le passé de flash-back, de conduite d'évitement, d'état d'hypervigilance. On peut par ailleurs s'étonner du délai entre le diagnostic posé en 2013 et l'événement traumatisant qui date de 2002. La grossesse et l'arrivée d'un enfant ont certes modifié beaucoup de choses dans la vie de l'expertisée mais ne peuvent avoir gommé tous les symptômes d'un état post traumatique. Nous ne retenons donc pas pour notre part ce diagnostic. Par ailleurs, nous ne retrouvons pas de trouble de la pensée ni trouble du caractère. En conclusion, nous ne retenons pas de

diagnostic psychiatrique actuel ni dans le passé. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de [l'assurée] est entière ». Au plan orthopédique, les experts ont relevé « un rachis globalement souple avec une bonne flexion antérieure du tronc, des rotations et des inclinaisons latérales peu restreintes témoignant d'une discopathie de la charnière lombosacrée modérée et de l'absence de fusion de L5-S1. Il n'y a pas de trouble neurologique déficitaire ou irritatif. L'étude du bilan radiologique successif montre qu'une fois la consolidation acquise après la 3ème chirurgie lombaire en janvier 2006, il n'y a pas eu d'évolution radiologique. Sur le plan orthopédique, la situation médicale est considérée comme stabilisée à partir de cette date ». S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, les experts ont mentionné que « pour l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, il faudra tenir compte équitablement d'une éventuelle aggravation prévisible et mentionner séparément (en pourcentage) la part éventuelle revenant aux facteurs étrangers à l'accident ou à attribuer à un autre accident. L'atteinte à l'intégrité est estimée à 25% ». Il a enfin été noté que « l'évolution du syndrome douloureux chronique dépendra d'avantage des conditions psychosociales de [l'assurée], que de la présence des lésions anatomiques structurelles à proprement parler ».

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 Les experts ont ainsi conclu que si l'ancienne activité n'est plus exigible à cause des mouvements de flexion et de rotations du tronc et de la station debout prolongée qu'elle nécessite, une activité de substitution adaptée à l'état de santé de l'assurée pouvait être pratiquée à plein temps, avec toutefois une diminution de rendement de 20% pour autoriser les changements de position, depuis le 12 avril 2006, date de la reprise par l'assurée de son activité de vendeuse. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : « pas de port de charges ou levage de charges régulier supérieures à 7,5 kg de manière répétitive; pas de flexions antérieures du tronc, de flexions latérales, pas de mouvements répétitifs et travail avec rendement imposé; pas de position debout prolongée, pas de position assise prolongée supérieure à 1h; pas de montée sur une échelle ». Les experts ont précisé que l'activité d'assistante de direction, pour laquelle l'expertisée avait obtenu un CFC, respecte ces limitations fonctionnelles (dossier AI pce p. 1568 à 1598). - La prise de position du 16 septembre 2015 du Dr V. _____, du SMR, qui a exposé que le rapport d'expertise médicale du 8 septembre 2015 était parfaitement convaincant, tant au plan formel que matériel (dossier AI pce p. 1599). - Le rapport médical du 25 janvier 2016 du Dr P. _____, qui a estimé que « Die Arbeitsversuche in den letzten Jahren haben ergeben, dass sie etwa 50% arbeitsfähig sein kann, d.h. aber mit Unterbrüchen wegen den chronischen Schmerzen im Rücken und im Gesäss. Eine Umschulung auf eine andere berufliche Tätigkeit ist dieser Patientin nicht zumutbar. Sie lebt ihren Beruf und möchte in diesem Beruf weiter arbeiten. Sie hat hierfür auch eine optimale Situation, in dem ihr Vater einen entsprechenden Arbeitsplatz zur Verfügung stellt. [...] Die Patientin sollte eine 50%- Rente erhalten » (dossier AI pce p. 1645 à 1647). - Divers certificats d'incapacité de travail (dossier AI pces p. 532, 536 s., 541 à 545, 560 à 562, 565, 595 s., 601, 618 s., 621 à 625, 773, 786, 967 s., 1079 à 1087, 1105 à 1110, 1174 s., 1190, 1268, 1273 s., 1280 s., 1288 s., 1525 à 1531). 4. a) Dans la présente occurrence, la recourante a soutenu que sa capacité de travail résiduelle avait sensiblement diminué depuis les décisions initiales d'octroi de rente. L'autorité intimée, pour retenir qu'elle était demeurée inchangée, s'est essentiellement fondée sur le rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire du 8 septembre 2015 de D. _____. Dans le rapport d'expertise en question, les experts ont conclu à une capacité de travail totale dans une activité de substitution adaptée à l'état de santé de la recourante, avec toutefois une diminution de rendement de 20% pour autoriser les

changements de position, depuis avril 2006. Autrement dit, les experts ont considéré que la capacité de travail de l'assurée n'avait pas changé depuis les décisions initiales d'octroi de rente datant d'août 2008. La Cour de céans constate à l'égard dudit rapport qu'il se fonde sur des examens complets et a été établi en pleine connaissance du dossier, après que les experts aient personnellement reçu et examiné la recourante les 19 mai, 9 juin, 8 et 16 juillet 2015. Il prend également en considération les plaintes exprimées et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude spécialement fouillée. Enfin, l'appréciation médicale retenue est claire et les conclusions des experts sont univoques et dûment motivées. Aussi ledit rapport satisfait-il entièrement aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Il sied, par voie de conséquence, de lui accorder une pleine valeur probante. C'est le lieu de relever que la recourante n'a, dans ses écritures successives, jamais directement remis en cause la valeur probante dudit rapport ou critiqué son contenu et que le Dr V. _____, du SMR, dans sa prise de position du 16 septembre

Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 2015, a expressément souligné la pleine valeur probante tant formelle que matérielle de l'expertise. b) Au plan physique, les experts de D. _____ ont explicitement retenu, en se fondant sur une étude du bilan radiologique successif, qu'une fois la consolidation acquise après la 3ème chirurgie lombaire en janvier 2006 il n'y avait plus eu d'évolution au niveau orthopédique. Les conclusions du rapport d'expertise de D. _____ correspondent par ailleurs à celles de la Dresse T. _____ ainsi qu'à celles du Dr R. _____. De surcroît, même le Dr L. _____, dans le rapport d'expertise invoqué par la recourante à l'appui de ses allégations, a expressément conclu à l'exigibilité à temps complet d'une activité de substitution sédentaire ou semi-sédentaire. Il n'y a donc pas lieu de donner préséance aux rapports du Dr J. _____ ou du Dr P. _____, par trop succincts. De plus, il sied de tenir compte du fait que les médecins traitants ont généralement tendance à prendre parti pour leur patient; le Dr P. _____ a ainsi outrepassé ses attributions en exposant que sa patiente devait obtenir une rente de 50% (cf. supra 2f). En outre, l'argumentation soutenue par la recourante, selon laquelle les activités qui avaient été jugées comme adaptées en 2008 ne le seraient plus du tout en 2016, ne résiste pas à l'examen; c'est en vain que la recourante a soutenu ne plus être capable d'exercer son activité habituelle de vendeuse dans l'entreprise familiale. En effet, l'autorité intimée avait, dans ses décisions initiales d'octroi de rente déjà, expressément retenu que l'activité habituelle de vendeuse dans le magasin familial n'était plus exigible, mais qu'une autre activité de vendeuse demeurait exigible à 80%. L'activité habituelle avait en effet été jugée trop lourde, en raison notamment des ports de charges qu'elle nécessitait et des trois étages que comportait le magasin (p. 3, 2ème par.). Le Tribunal cantonal a, pour sa part, clairement exposé qu'une comparaison des revenus était effectuée, parce que l'activité habituelle avait été considérée comme plus inadaptée qu'une activité de vendeuse en général (consid. 4d i.i.). Enfin, l'assurance-invalidité n'est pas liée par les décisions de l'assurance-accident en matière d'évaluation de l'invalidité concernant le droit à la rente en tant que tel ou le taux d'invalidité, les évaluations selon l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité étant indépendantes (cf. supra 2f). L'assurance-invalidité n'est donc a fortiori pas liée par l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité opérée par l'assurance-accidents, qui est propre et restreinte à ce domaine. En tout état de cause, ainsi que l'a relevé l'autorité intimée, la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité plus importante n'a été reconnue en l'espèce par l'assureur-accidents qu'à titre transactionnel et seulement en raison de l'évolution à long terme possiblement défavorable évoquée par l'expert. c) Au plan psychique, les experts de D. _____ n'ont retenu aucun diagnostic, ni au jour de

l'expertise ni pour le passé. Cette appréciation est indirectement confirmée par le Dr M. _____, psychiatre, qui, dans son rapport médical du 10 février 2011, n'a attesté que d'une courte période d'incapacité de travail totale pour des troubles anxieux et dépressifs mixtes. Elle ne correspond par contre pas à l'appréciation émise par le Dr U. _____ qui, dans son rapport d'expertise médicale du 22 juillet 2013, a retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique, d'épisode dépressif moyen et de traits de personnalité immature, histrioniques et émotionnellement labiles, et a conclu à une incapacité de travail totale de l'assurée. Toutefois, ainsi que l'on relevé successivement le Dr V. _____, dans sa prise de position du 1er octobre 2013, et l'expert psychiatre de D. _____, le diagnostic de syndrome post-traumatique est de survenue largement tardive. En effet, la période séparant la survenue du traumatisme et celle du

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17 trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois (cf. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, CIM-10 FR À USAGE PMSI, Volume 1, mai 2017, p. 197, F43.1 Etat de stress post-traumatique). Or, il apparaît en l'espèce pour la première fois 11 ans après l'accident. Il serait par ailleurs de durée trop prolongée, puisque si le trouble présente une évolution chronique et dure un certain nombre d'années il se transforme en une modification durable de la personnalité (F62.0) (ibid.). L'existence d'un tel syndrome apparaîtrait en outre guère crédible au regard du fait que les 3 autres expertises psychiatriques effectuées jusqu'alors n'en avaient pas fait mention, ainsi que l'a noté le Dr V. _____. Il convient de noter encore que, dans son rapport d'expertise, le Dr U. _____ n'a pas expliqué sa divergence d'appréciation par rapport aux expertises précédentes et que, interpellé sur les critiques formulées par le Dr V. _____, il n'y a pas répondu et s'est contenté de renvoyer à son rapport. Enfin, il sied de relever, avec le Dr V. _____, qu'un épisode dépressif moyen n'a en principe pas valeur d'invalidité en l'absence de médication antidépressive (arrêt TF 9C_936/2011 du 21 mars 2012 et les références citées) et que de simples traits de personnalité n'ont pas valeur de maladie. Les conclusions de D. _____ sont de surcroît confirmées par le fait que la recourante n'a bénéficié ni d'une médication psychiatrique ni d'un suivi psychiatrique régulier. A noter enfin, que la recourante n'estime manifestement pas être ou avoir été incapable de travailler pour des motifs psychiatriques, puisqu'elle n'a pas même évoqué l'existence d'une atteinte à sa santé psychique dans son écriture de recours et ses contre-observations. d) La capacité de travail dans une activité de substitution adaptée de la recourante est donc demeurée inchangée depuis les décisions du 19 août 2008. Elle n'a dès lors pas droit une rente. e) Le taux d'invalidité de la recourante, tel qu'il a été établi par le Tribunal cantonal dans son arrêt du 29 septembre 2011, demeure donc également inchangé. Dans la mesure où il reste largement inférieur à 20%, la recourante n'a pas droit non plus à des mesures de réadaptation (cf. supra 2b). 5. a) Partant, la décision attaquée doit être confirmée et le recours rejeté. b) Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe et compensés avec l'avance du même montant. c) Eu égard au sort du litige, il n'est pas alloué de dépens.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de A. _____ et compensés avec l'avance du même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 6 novembre 2017/yho Président Greffière-stagiaire

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