



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

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

605 2017 302

Arrêt du 19 mars 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marc Sugnaux, Erika Schnyder
Greffier : Alexandre Vial

Parties

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

contre

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

Objet

Assurance-invalidité

Recours du 27 décembre 2017 contre la décision du 4 décembre
2017

considérant en fait

A. A._____, née en 1973, domiciliée à B._____, a été victime d'un accident de la circulation en 2002 qui a généré des cervico-brachialgies chroniques, auxquelles sont venues se greffer, par la suite, un syndrome du tunnel carpien, une gonarthrose, une obésité morbide et un trouble dépressif. Pour ces atteintes, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office AI du canton de Fribourg (ci-après : OAI), en date du 16 mai 2010, demande rejetée le 26 juin 2012 au motif que sa capacité de travail dans sa profession d'employée de bureau restait entière.

Le 18 mai 2012, elle a été victime d'un nouvel accident de la circulation, lequel a entraîné une exacerbation des brachialgies et des gonalgies. Le 30 août 2012, elle a lourdement chuté dans les escaliers, ce qui lui a valu une déchirure du ménisque et a aggravé ses atteintes préexistantes. Pour ces deux accidents, elle a été mise au bénéfice de prestations de la CNA (traitement médical et indemnités journalières, jusqu'au 28 février 2014).

B. Le 4 février 2013, elle a déposé une seconde demande AI. Le 1^{er} avril 2015, l'OAI a rendu un projet de décision d'une rente entière de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), avec effet au 1^{er} août 2013 et jusqu'au 31 décembre 2013, en raison de ces affections. Dès cette date, l'OAI a estimé que la reprise du travail était possible à 100%. Ce projet ayant fait l'objet d'une contestation auprès de l'OAI, dit office mandata une expertise auprès du centre d'expertises C._____ SA, lequel rendit son rapport le 20 juillet 2016. Les conclusions de l'expertise n'étant pas concluantes ni convaincantes au sens de la jurisprudence, en raison de lacunes et de contradictions, le Service médical régional Berne Fribourg Soleure (ci-après : SMR) lui a dénié toute valeur probante.

Sur cette base, l'OAI a mandaté deux nouvelles expertises, l'une psychique auprès du Dr D._____, psychiatre à E._____ et l'autre orthopédique auprès du Dr F._____, chirurgien orthopédique à G._____. Dans leurs conclusions, datées respectivement du 5 avril 2017 et du 7 juillet 2017, ces deux médecins retiennent une incapacité totale de travail de trois mois après les accidents et ensuite une capacité de travail de 50% dans sa profession, à l'exception d'une période du 15 juin 2015 au 15 septembre 2016 où l'incapacité de travail été considérée comme totale.

Au vu des conclusions desdites expertises, l'OAI a rendu une décision finale, en date du 5 décembre 2017, d'octroi de rentes, échelonnées comme suit : du 7 mars 2015 (au terme du délai d'attente d'une année) au 30 septembre 2015 : demi-rente; du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2016 (après application du délai de 3 mois de l'art. 88a RAI) : rente entière et à partir du 1^{er} janvier 2017, à nouveau demi-rente.

C. Contre cette décision, A._____ a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal. Elle conteste l'appréciation de l'OAI quant à son incapacité de travail. Elle estime que celle-ci remonte bien antérieurement aux dates retenues par l'OAI, soit au 18 mai 2012, lors du premier accident. A cet effet, elle se fonde sur les décisions de la CNA du 31 mars 2013 constatant une incapacité totale de travail et du 5 décembre 2013 fixant la capacité de travail entière dès le 1^{er} septembre 2013, ainsi que sur l'expertise de H._____ du 28 juin 2013 qui retient une incapacité totale de travail du 9 avril au 3 juin 2013. Par ailleurs, elle estime que les multiples limitations fonctionnelles devraient lui valoir une réduction au titre de désavantage salarial, de 15% ouvrant droit, à tout le moins, à $\frac{3}{4}$ de rente durant les périodes où le droit à la rente entière n'est plus rempli et régulièrement à partir de l'année 2017.

Le 19 février 2016, la recourante s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI s'est borné à renvoyer aux deux expertises ci-dessus mentionnées et à maintenir sa décision.

En date du 9 avril 2018, la recourante a versé au dossier des prescriptions de physiothérapie de la Dresse I._____, médecin généraliste-traitant à J._____, délivrées le 21 janvier 2014 et le 3 avril 2014, des attestations médicales des Drs K._____, spécialiste en neurochirurgie à L._____, du 19 janvier 2018 et M._____, psychiatre à L._____, du 10 février 2018, destinées à prouver l'antériorité de la survenance des lombalgies retenues par l'expertise orthopédique, d'une part, et de préciser les constatations médicales à l'appui de ses critiques de la décision rendue par l'OAI sur la foi des deux expertises.

Invité à présenter ses contre-observations, l'OAI n'a rien ajouté de plus.

D. Le 26 juin 2018, le Tribunal de céans a appelé en cause N._____, assureur LPP de la recourante, afin d'émettre son point de vue sur le litige. Celle-ci a fait valoir qu'elle renonçait à prendre position sur l'objet du litige.

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

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

en droit

1.

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

2.

2.1. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le renvoi 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.

2.2. 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 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 2^{ème} 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.*).

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un

médecin spécialisé. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité.

2.2.1. Depuis le 30.11.2017, la preuve du caractère invalidant d'un trouble dépressif doit désormais être apportée selon la même procédure probatoire structurée que pour les troubles somatoformes douloureux et autres pathologies associées, en appliquant les indicateurs définis à l'ATF 141 V 281 (TF 8C_841/2016). Cela vaut, en particulier aussi pour les dépressions légères à moyennes. Dans ce contexte, la résistance du trouble dépressif à un traitement conduit dans les règles de l'art n'est qu'un élément parmi d'autres. Il s'agit désormais aussi de comprendre les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, ce qui suppose de tenir compte d'un ensemble de facteurs considérés dans leur globalité. Ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble. Dans cette évaluation des conséquences d'un trouble psychique, le diagnostic n'est plus au centre. Aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne saurait être déduite du seul diagnostic. Il convient plutôt d'appliquer à toutes les maladies psychiques la procédure d'administration des preuves à l'aide des indicateurs, dès lors que des problèmes de preuve analogues se posent pour ce type de troubles. Au mieux, en fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. La preuve d'une invalidité ouvrant droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. La personne assurée conserve le fardeau de la preuve du caractère invalidant de sa pathologie. Le médecin, respectivement l'expert, doit expliquer de manière plausible comme un trouble dépressif léger ou moyen, malgré – en principe – une bonne accessibilité au traitement, entraîne des limitations fonctionnelles qui se répercutent sur la capacité de travail de la personne assurée. Dans le même élan, le TF étend l'application de la procédure probatoire définie à l'ATF 141 V 281 à l'ensemble des troubles psychiatriques, dès lors que la majorité des troubles psychiatriques sont en réalité aussi peu objectivables que les troubles somatoformes douloureux et pathologies associées (TF 8C_130/2017). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à la procédure structurée d'administration des preuves de l'ATF 141 V 281 lorsque celle-ci n'est pas nécessaire pour établir les faits ou qu'elle ne convient pas. Cela dépendra du besoin concret de preuve. Selon le TF, il en va ainsi, premièrement, lorsque l'on se trouve en présence de diagnostics « assimilables » à des troubles physiques (schizophrénie, anorexie, etc.) et que les évaluations médicales sont claires et concordantes, tant sur la question du diagnostic que celle des limitations fonctionnelles. Ensuite, on peut aussi renoncer à l'examen des indicateurs lorsque des rapports médicaux ayant pleine valeur probante concluent de manière convaincante à une incapacité de travail, sans que d'autres rapports de valeur équivalente n'établissent le contraire.

2.2.2. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie ». Avec le changement de pratique adopté par le Tribunal fédéral, cela ne vaut plus de manière aussi absolue. La question déterminante est de savoir, comme pour les autres maladies psychiques, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, compte tenu du fait qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

3.

3.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin d'informations que seul le médecin (éventuellement aussi d'autres spécialistes) 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 114 V 310, 105 V 156, 115 V 134 consid. 2, 125 V 261 consid. 4).

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; RAMA 1996 no U 256, p. 217 et les références).

S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (arrêt TF I 19/02 du 26.07.2002). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C_201/2007 du 29.01.2008), l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire.

3.2. Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé. Ainsi le juge ne s'écartera pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 ss consid. 3b).

4.

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 et 130 V 343 consid. 3.5).

4.1. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 126 V 75 consid. 1b).

4.2. 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.

Selon l'al. 2 de cette disposition, 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. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie.

4.3. Selon la jurisprudence, 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 (cf. Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause S. [I 511/03] du 13 septembre 2004 consid. 2 et les références citées).

5.

En l'espèce, est litigieuse la question de la survenance de l'atteinte à la capacité de travail comme du degré subséquent de la rente d'invalidité, variant au cours des périodes, pour se stabiliser à partir de l'année 2017, les parties en conviennent sur le principe.

Le dossier médical faisant état de multiples troubles morbides à des moments différents au cours des cinq dernières années précédant la décision litigieuse, résultant à la fois des trois accidents, mais aussi de comorbidité sans relation avec lesdits accidents, il convient tout d'abord de déterminer à partir de quand on peut considérer que la recourante présente une atteinte durable à sa capacité de travail.

A cet effet, il sied d'écarter les conséquences de l'accident survenu en 2002, ce dernier ayant fait l'objet d'investigations ayant abouti à l'absence de toute incapacité de travail, par décision passée en force le 26 juin 2012.

Dès lors, il y a lieu d'examiner les suites des deux accidents de 2012, l'un relevant de la circulation routière et l'autre de nature domestique grave, à mettre en lien avec les atteintes non accidentelles.

5.1. Pour répondre à cette question, l'OAI a mandaté une expertise pluridisciplinaire, psychique, neurologique et orthopédique. Celle-ci, réalisée par le Centre d'expertises C. _____ n'a pas véritablement permis de situer exactement les périodes d'incapacité de travail pour les troubles aussi bien somatiques que psychiques. Au contraire, truffée d'incohérences, de lacunes, de contradictions, d'imprécisions et de constatations erronées, elle a été déclarée sans aucune valeur probante, conformément aux exigences de la jurisprudence, par le SMR, dans deux prises de position circonstanciées et documentées, en date du 25 juillet 2016 et du 18 octobre 2016, de sorte qu'il convient de l'écarter sans autre.

Dans ses écritures, la recourante ne se prévaut aucunement, cela étant, des conclusions de cette expertise annulée.

5.1.1. Le dossier médical sur lequel s'est fondé l'OAI pour rendre sa décision repose dès lors sur deux autres expertises.

L'expertise psychiatrique exécutée par le Dr D. _____ le 5 avril 2017 a conclu à un trouble dépressif moyen à sévère, avec capacité de travail de 50% au maximum. Le diagnostic retenu est celui de « *trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.10) au moment de l'entretien, mais ayant été sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) du point de vue anamnestique, et ceci vraisemblablement depuis 2014, chez une personnalité émotionnellement labile de type borderline avec tendances abandonniques importantes (F60.31)* ». Par ailleurs, l'expert estime qu'au vu de l'atteinte à la santé psychique avec notamment les tendances abandonniques associées au trouble dépressif, des mesures de réadaptation du point de vue psychique ne sont pas exigibles, car vouées à l'échec. Il situe l'incapacité de travail de 50% dès le 7 mars 2014, date de l'hospitalisation à O. _____ et estime la capacité de travail à 50% dans une activité qui correspond aux aptitudes de la patiente.

L'autre expertise, orthopédique, réalisée par le Dr F. _____, le 7 juillet 2017, fait état d'une capacité de travail réduite dans l'activité de ménagère à 50%, mais entière dans celle d'employée de commerce. Compte tenu du second accident, l'expert a retenu une incapacité totale de travail, du 12 juin 2015 au 15 septembre 2016. A noter qu'il a considéré que cette incapacité de travail totale était à mettre sur le compte d'une péjoration des lombalgies, qu'il a située à partir du 12 juin 2015, date de la réalisation d'une IRM de la colonne lombaire, reconnaissant qu' « *on ne peut pas dater exactement la date de cette aggravation. La première IRM de la colonne lombaire a eu lieu le 12 juin 2015; à mon avis, à partir de cette date, un arrêt de travail dans toute activité est justifié* ».

5.1.2. Le dossier médical de l'assurée contient également une multitude de rapports médicaux, entre autres des rapports effectués par la CNA, qui a couvert les accidents dont a été victime la recourante. Le médecin d'arrondissement de la CNA avait considéré l'incapacité de travail dès le 18 mai 2012, date de l'accident de circulation, et jusqu'au 6 octobre 2013, dans deux rapports datés du 21 mars et du 12 septembre 2013. De son côté, H. _____, dans laquelle la recourante a séjourné sur mandat de la CNA, avait également retenu cette période dans son rapport du 28 juin 2013. Enfin, le rapport final du médecin d'arrondissement de la CNA, daté du 5 décembre 2013, a attesté de la capacité totale de travail dès le 1^{er} septembre 2013.

Un rapport médical établi par le Dr P. _____, psychiatre, en date du 25 octobre 2013, fait état d'une dépression récurrente, avec épisodes sévères, apparue depuis 2012. À cet égard, la

recourante a été hospitalisée à deux reprises, du 7 au 19 mars 2014 à Q._____ et du 11 mars au 10 avril 2015 à R._____. A plusieurs reprises, les attestations médicales psychiatriques font mention d'un état dépressif chronique oscillant entre un degré moyen et sévère. Dans son rapport du 1^{er} mai 2015, le Dr P._____ confirme que la plupart du temps, cet état dépressif était sévère.

Le dossier contient aussi un rapport du Dr K._____, spécialiste en neurochirurgie à L._____, du 17 septembre 2015, qui indique que la recourante souffrait depuis au moins une année de douleurs lombaires, ayant tendance à irradier dans le membre inférieur gauche.

5.2. Après le dépôt du recours, l'assurée a encore produit deux prescriptions pour de la physiothérapie délivrées par son médecin-généraliste traitante, la Dresse I._____, l'une le 21 janvier 2014 et l'autre le 3 avril 2014. Concernant les diagnostics mentionnés sur ces prescriptions, on peut y lire : « *gonalgies, ddc, lombalgie, cervico-brachialgie* ». Le traitement portait sur deux fois neuf séances. Par ces documents, la recourante entend apporter la preuve que, contrairement à ce que l'expert orthopédiste a retenu, la péjoration des lombalgies était survenue non pas à partir du 12 juin 2015, mais bien en 2014 déjà.

Elle a aussi fourni une attestation du Dr K._____, neurochirurgien, datée du 19 janvier 2018, qui mentionne le « *diagnostic principal de sténose L4-5 avec listhésis dégénératif* ». Il spécifie également que, « *En règle générale pour une intervention de spondylodèse d'un niveau l'on compte en moyenne six mois d'arrêt de travail postopératoire et plus de la moitié des patients ne reprennent jamais un travail à 50%* ». Elle estime donc que cela confirme le bien-fondé de sa critique envers l'appréciation de l'OAI.

Enfin, elle joint un rapport du Dr M._____, son nouveau psychiatre-traitant, du 10 février 2018, qui confirme que l'incapacité de travail est sensiblement antérieure à la date retenue par l'OAI. Ce rapport stipule que : « *L'intensité du trouble dépressif était sévère en 2012, et s'est progressivement améliorée pour atteindre le stade léger fin 2013. Les attaques de panique ont également disparu durant ce laps de temps. Début 2014, cependant, la patiente rechute dans un épisode dépressif sévère, qui s'améliore partiellement en milieu d'année pour atteindre le degré moyen, mais se dégrade à nouveau en septembre. L'état dépressif sévère dure plusieurs mois, jusqu'à mi-2015 au moins. Jusqu'en 2017, date d'un nouvel épisode dépressif sévère prolongé, l'état dépressif fluctue entre les degrés moyen à sévère. C'est encore le cas actuellement : état dépressif sévère en janvier, moyen en février 2018* ».

6.

En l'état, le dossier médical de la recourante fait ressortir plusieurs pathologies ayant une influence sur sa capacité de travail, en partie liées aux divers accidents dont elle a été victime.

Il ne fait aucun doute que, au plan psychique, la recourante présente un état de dépression, dont les degrés oscillent constamment entre moyen et sévère, les parties l'admettant du reste.

Il semble également que ces épisodes dépressifs justifiant une incapacité de travail, que l'expert a fait remonter au plus tard à l'année 2014, seraient vraisemblablement antérieurs à cette date, avec variation constante du degré de gravité.

6.1. L'assurée a cessé toute activité lucrative dès l'accident du 18 mai 2012.

L'OAI a, pour rappel, statué de la manière suivante du 7 mars 2015 au 30 septembre 2015 : demi-rente ; du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2016 : rente entière; et à partir du 1^{er} janvier 2017 : à nouveau demi-rente.

6.2.

6.2.1. La recourante conteste le moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Pour elle, il s'agit de remonter bien antérieurement aux dates retenues par l'OAI.

Cet office s'est basé sur les expertises médicales orthopédique et psychiatrique pour la prise en considération de l'incapacité de travail : il a situé le début de celle-ci au 7 mars 2014, date de la première hospitalisation en milieu psychiatrique.

Qu'en est-il ?

6.2.2. Si l'on se réfère aux conclusions du rapport final du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr S._____, lequel indique que, pour ce qui est des suites de l'accident, l'assurée était capable de reprendre son travail de secrétaire à 100% avec 100% de rendement, au plus tard le 1^{er} septembre 2013, il y a lieu de conclure que, jusqu'au 1^{er} septembre 2013, la CNA a considéré que la recourante était en incapacité totale de travail, des suites directes de l'accident du 18 mai 2012.

En tout état de cause, il y a une contradiction entre les constatations du médecin d'arrondissement de la CNA qui estime que les séquelles de l'accident du 18 mai 2012 ont généré une incapacité de travail allant jusqu'au 1^{er} septembre 2013 et l'expertise du Dr F._____ qui conclut à une pleine capacité de travail, si l'on excepte la période allant du 12 juin 2015 (date de l'IRM mettant en évidence une atteinte à la colonne lombaire) au 15 septembre 2016 (soit trois mois après la spondylodèse effectuée par le Dr K._____). Il est vrai que le Dr F._____ a précisé qu'il n'était pas possible de dater avec précision l'apparition des troubles lombaires, raison pour laquelle il a pris pour base la date de la réalisation de l'IRM. S'agissant des constatations médicales de la CNA, elles sont corroborées par plusieurs rapports médicaux, y compris celui de H._____ du 28 juin 2013, de sorte qu'on peut les considérer comme probantes, d'autant que, semble-t-il, les troubles lombaires qui ont motivé l'incapacité totale de travail existaient bel et bien en 2013 déjà et que le Dr F._____ a admis lui-même avoir fixé la date des atteintes lombaires de manière aléatoire.

6.2.3. En ce qui concerne les troubles psychiques, les rapports médicaux des psychiatres-traitants estiment qu'ils remontent à 2010, mais leur aggravation (troubles panique) datent de novembre 2012 (rapport Dr P._____ du 25 octobre 2013), ce que l'expertise psychiatrique confirme (*« du point de vue anamnétique, le degré du trouble dépressif (il y a eu plus de deux épisodes donc nous pouvons parler d'un trouble récurrent selon les critères de la CIM-10) a été entre moyen à sévère, provoquant une diminution des capacités intellectuelles dans leur globalité, avec une diminution importante du seuil de tolérance au stress, qui ont empêché cette assurée de travailler dans l'activité qu'elle exerçait jusqu'ici à 50% sur un taux de 100% »*). De plus, l'expertise affirme que *« Le trouble dépressif récurrent, d'un degré moyen au moment de l'entretien mais qui a évolué entre moyen et sévère du point de vue anamnétique chez une personnalité borderline avec des tendances abandonniques, représente une atteinte à la santé qui justifie l'incapacité de travail à 50% »*.

Dès lors, il faut définir si ces troubles étaient susceptibles de déboucher sur une incapacité de travail, à tout le moins dès le 1^{er} octobre 2013, et si c'est le cas, à quel degré.

La recourante s'appuie sur le rapport du 25 octobre 2013 du Dr P. _____, psychiatre traitant à l'époque. Dans ce rapport, il est fait état d'un épisode sévère de dépression, mais sans mention d'une quelconque incapacité de travail y relative. De son côté, le Dr M. _____ signale un épisode dépressif sévère en 2012, avec amélioration progressive en 2013, pour atteindre un stade léger en fin d'année, puis une rechute en 2014, au stade sévère, suivi d'une amélioration en milieu d'année et une nouvelle rechute en septembre 2014.

Cette dégradation au stade sévère dure jusqu'à la mi-2015 et, depuis cette date, fluctue entre les degrés moyen et sévère pour s'aggraver en janvier 2018 et se stabiliser au stade moyen en février 2018. Il convient aussi de rappeler que tous les spécialistes estiment que, au vu des pathologies que présente l'assurée, il ne lui est guère possible de les surmonter par elle-même. Cela étant, le dossier ne contient aucun autre rapport médical psychiatrique qui attesterait clairement d'une incapacité de travail pour troubles psychiatriques en 2013, même s'il apparaît, indubitablement, qu'il ne s'agissait là que d'une apparente période de rémission.

La première mention de l'incapacité de travail remonte, quoi qu'il en soit, au 7 mars 2014, où l'état dépressif a nécessité une hospitalisation à deux reprises. Si la présence de troubles psychiatriques n'est en soi pas contestée, leur incidence sur la capacité de travail n'est toutefois réellement avérée qu'à partir de ces hospitalisations. Sur cette base, et en l'absence d'autres avis médicaux probants, on peut sans autre suivre l'avis de l'expert-psychiatre qui situe l'incapacité de travail pour motifs psychiatriques dès le 7 mars 2014.

6.3.

6.3.1. Au vu des éléments précédents, le degré d'incapacité de travail de la recourante et, partant, la rente d'invalidité y relative doivent être considérés comme il suit.

Du 18 mai 2012 au 1^{er} septembre 2013 : il convient de retenir un taux d'incapacité de travail de 100% (troubles d'origine somatique).

Pour tenir compte du délai d'une année dès le dépôt de la demande AI, la recourante a droit à une rente d'invalidité totale dès le 1^{er} août 2013 et jusqu'au 31 décembre 2013 (soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé somatique retenu par le CNA), ce qui va au demeurant dans le droit sens du projet initial d'acceptation de rente.

6.3.2. Après cette date, une incapacité de travail est attestée dès le 7 mars 2014, pour raisons psychiques, et concerne une aggravation des atteintes psychiques existant depuis au moins 2012 et qui ont beaucoup fluctué entre 2012 et 2014. Dès lors, avec l'aggravation du degré d'invalidité, en raison des troubles psychiques – lesquels, à l'époque, n'ont pas été pris en compte dans la fixation du degré d'incapacité de travail – la rente doit être réactivée, dès le 1^{er} mars 2014, à hauteur de 50%.

On peut certes se poser la question de l'état de santé durant les premiers mois de l'année 2014.

Si les troubles somatiques se sont améliorés, en revanche, il est difficile de décréter qu'il en a été de même des troubles psychiques, lesquels persistaient à des degrés divers et qui ont, de l'avis unanime des psychiatres, justifié à tout le moins d'une incapacité de travail à hauteur de 50%, dans l'activité professionnelle exercée jusqu'en 2012.

La « rechute » survenue à l'orée du printemps déjà donne plutôt à penser qu'ils continuaient à influencer l'état de santé et qu'une amélioration durable au sens de l'art. 88 al. 1 RAI ne peut être retenue, un complément d'instruction sur ce point ne sachant par ailleurs se justifier aujourd'hui.

Partant, il y aurait lieu d'octroyer à la recourante une rente d'invalidité réduite dès le 1^{er} janvier 2014 déjà.

La question de savoir si cette rente doit être une demi-rente ou trois-quarts de rente, qui dépend de l'abattement à opérer sur le revenu exigible, également discuté par la recourante, sera traitée plus loin.

6.3.3. A côté de cela, la recourante pense avoir à nouveau droit à une rente entière à partir du 1^{er} décembre 2014 déjà.

Il ressort sur ce point du dossier médical, en particulier d'un rapport du Dr K. _____ du 17 septembre 2015, corroboré par la prescription de physiothérapie pour lombalgies en janvier et avril 2014, que la recourante souffrait de douleurs lombaires qui se sont péjorées dès le mois d'août 2014. Ces affections lombaires sont aussi attestées par l'expertise orthopédique du 7 juin 2017, bien que le Dr F. _____ n'ait pas pu situer la date exacte de leur incidence sur la capacité de travail et a fixé l'incapacité de travail au moment de la réalisation d'une IRM, soit le 12 juin 2015.

Le rapport précité du Dr K. _____ ne mentionne cependant pas si, en août 2014, l'aggravation des douleurs lombaires a pu modifier le degré de capacité de travail et, force est de constater que, mise à part l'aggravation des douleurs, il n'y a aucune pièce médicale versée au dossier qui permette de fonder une aggravation de l'incapacité de travail en 2014.

Par ailleurs, nonobstant la péjoration de la situation, l'IRM déterminante n'a été réalisée qu'environ une année après l'aggravation supposée des douleurs lombaires, soit en juin 2015. Partant, il y a lieu d'admettre, avec l'expertise orthopédique, la date de l'IRM comme celle la plus vraisemblable de l'aggravation de l'incapacité de travail.

La décision de l'OAI de ne fixer le début de la rente d'invalidité entière à 100% que dès le 1^{er} octobre 2015 et jusqu'au 31 décembre 2016 doit ainsi être confirmée.

Après quoi la recourante a droit à nouveau à une rente réduite.

7.

Comme il a été dit plus, la recourante estime qu'elle doit être mise au bénéfice d'une réduction pour désavantage salarial du fait de ses nombreuses limitations, de l'ordre de 15%, ce qui aurait pour effet de lui donner droit à tout le moins aux trois-quarts de rente pour les périodes où le droit à la rente entière n'est plus rempli, et ainsi notamment à partir de l'année 2017.

Ses considérations relatives aux limitations fonctionnelles devant donner lieu à un abattement de 15% ne sauraient toutefois être suivies.

En effet, tous les médecins s'accordent à reconnaître qu'elle serait à certaines périodes en mesure d'exercer une activité théorique de 50%, sans limitations, dans un emploi de secrétaire qui correspond à ses aptitudes, même si, du point de vue pratique et pour des raisons sociales, qui n'entrent pas en considération dans l'appréciation de la capacité de travail au sens de l'AI, la reprise de toute activité semblerait actuellement vouée à l'échec. Les limitations décrites concernent une activité penchée en avant ou en porte-à-faux, pas de port de charges de plus de 5 kilos, pas d'activité en position à genoux ou accroupie, pas de marche en terrain irrégulier, pas de montées ou de descentes d'escaliers, etc. Ce type de limitations ne s'applique pas, en règle générale, à une activité adaptée. On voit mal, du reste, comment les limitations fonctionnelles

décrites seraient susceptibles d'interférer dans une activité de secrétaire ou d'employée de bureau.

En tant que ce qu'elle n'octroie qu'une demi-rente sur les périodes où elle n'en n'octroie pas une entière, la décision querellée doit également être enfin confirmée.

8.

En résumé, le recours doit être partiellement admis en ce sens que A. _____ a droit à une rente AI échelonnée comme il suit :

- du 1^{er} août 2013 au 31 décembre 2013, rente entière ;
- du 1^{er} janvier 2014 au 30 septembre 2015, demi-rente ;
- du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2016, rente entière ;
- et dès le 1^{er} janvier 2017, demi-rente.

Il est rejeté pour le surplus.

9.

Il s'agit, pour terminer, de statuer encore sur les frais et dépens.

Il sera tenu compte à cet égard de l'admission seulement partielle du recours.

9.1. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés en l'espèce à CHF 800.-, sont répartis entre les deux parties, à part égale.

L'avance de CHF 800.- versée par la recourante lui est restituée dans la même proportion.

9.2.

Il en va de même de l'indemnité de partie.

Appelé à en fournir le justificatif, le mandataire du recourant a envoyé une liste de frais et dépens en date du 30 juillet 2018.

Dans un premier temps, les heures de travail affichées sont réduites de moitié, pour atteindre, respectivement, 335 minutes pour les opérations réalisées en 2017 et soumises à TVA de 8%, et 160 minutes pour celles effectuées en 2018 et soumises à TVA de 7,7%.

Les émoluments invoqués ne sont pas pris en compte : les frais médicaux relatifs aux rapports commandés aux médecins traitants ne sauraient en principe être mis à la charge de l'OAI, d'autant moins qu'il n'est pas établi qu'ils aient été déterminants en l'espèce.

Quant à l'avance de frais versée, elle a été traitée séparément.

Enfin, les frais de photocopie, calculés sur un tarif trop élevé de 50 ct. la pièce seront réduits, sur la base d'un double montant forfaitaire de CHF 35.- et de CHF 300.-, à quoi s'ajouteront les débours.

Sur le vu de ce qui précède, l'indemnité peut être accordée comme suit.

Pour les opérations effectuées en 2017 : CHF 1'500.- (6 heures de travail x 250.-) + CHF 120.- (TVA de 8%) + CHF 300.- + CHF 58.30 = CHF 1'978.30.

Pour les opérations effectuées en 2018 : CHF 750.- (3 heures de travail X 250.-) + CHF 57.75 + CHF 35.- + CHF 46.95 = CHF 889.70.

Cette indemnité est globalement mise à la charge de l'OAI qui succombe partiellement.

la Cour arrête :

- I. Le recours est partiellement admis et la décision querellée est modifiée comme suit, la recourante étant mise au bénéfice des prestations échelonnées de la manière suivantes :
 - du 1^{er} août 2013 au 31 décembre 2013 : rente entière ;
 - du 1^{er} janvier 2014 au 30 septembre 2015 : demi-rente ;
 - du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2016 : rente entière ;
 - dès le 1^{er} janvier 2017 : demi-rente.
- II. L'OAI s'acquitte de CHF 400.- de frais de justice.
La recourante s'acquitte de CHF 400.- de frais de justice.
L'avance déjà versée par elle lui est restituée à hauteur de CHF 400.-.
- III. Il est alloué à la recourante une indemnité forfaitaire réduite de CHF 2'868.- (TVA de 177.50 comprise), qui est entièrement mise à la charge de l'OAI qui succombe partiellement.
- IV. Notification.

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

Fribourg, le 19 mars 2019 /esc

Le Président :

Le Greffier :