

GE_GERICHTE ATAS/309/2021 vom 6. April 2021

GE Cour de justice, 2021-04-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_309_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/309/2021 du 6 avril 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/309/2021 del 6 aprile 2021

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur la capacité de travail de la recourante et le droit à une rente pour la période du 1er janvier 2015 au 30 avril 2016 et au-delà du 31 octobre 2016.

E. 5

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

E. 6

a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour

évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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

A/1346/2020 - 13/22 - peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 7

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

A/1346/2020 - 14/22 - trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi

en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b. Ainsi, en principe, 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 permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur

A/1346/2020 - 15/22 - la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). f. Les constatations médicales peuvent être complétées par des

renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont

A/1346/2020 - 16/22 - susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

E. 8

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 9

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de

A/1346/2020 - 17/22 - demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 10

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 11

En l'espèce, l'intimé a retenu une incapacité de travail de 50% du 1er au 31 décembre 2012 et de 100% du 1er septembre 2013 au 31 mars 2015 et du 1er mai au 31 octobre 2016, considérant qu'entre ces périodes et à partir du 1er novembre 2016, la recourante avait récupéré une pleine capacité de travail dans toute activité, avec une baisse de rendement de deux heures par jour. Il s'est fondé sur la détermination du SMR, elle-même basée sur le rapport d'expertise du 4 juin 2019 et des rapports médicaux au sujet des interventions chirurgicales. La recourante allègue, quant à elle, présenter une incapacité de travail entière et durable dans toute activité et se réfère à cet égard aux rapports de ses médecins, ainsi que des EPI.

E. 12

a. En l'occurrence, en rendant sa décision initiale du 25 octobre 2017, l'intimé s'était fondé, à l'époque, sur la détermination du 23 novembre 2016 du SMR, elle-même basée sur le rapport des EPI, pour retenir un degré d'invalidité de 50%. La chambre de céans avait alors annulé cette décision en raison du fait que l'intimé n'avait pas pris en compte plusieurs périodes d'incapacité totale entre le 19 septembre 2013 et le 12 septembre 2016, en lien

avec les opérations subies par la recourante, et s'était fondé sur un dossier incomplet, dépourvu de documents disposant d'une valeur suffisante pour retenir un simple degré d'invalidité de 50% sur toute cette période. Dans le cadre de l'actuelle procédure, la Dresse F_____ a réalisé, à la demande de l'intimé, une expertise neurochirurgicale le 3 avril 2019. Au terme de son analyse, elle est arrivée à la conclusion claire que la capacité de travail de la recourante était entière dans son activité habituelle de directrice – activité principalement administrative – avec une baisse de rendement d'une heure le matin et d'une heure l'après-midi, afin de lui permettre d'aménager des pauses en fonction des douleurs, qui sont estimées par l'experte pour une patiente qui ne prend pas de médicaments de manière régulière. L'activité adaptée aux aptitudes de la recourante est, selon l'experte, caractérisée par une position alternée (assis/ debout), pas de port de poids de charge de plus de cinq kilos, pas de flexion ou rotation de la

A/1346/2020 - 18/22 - colonne dorsolombaire de façon répétitives et pas de travaux nécessitant le changement de la position accroupi / debout de façon répétitive. La Dresse F_____ a en particulier mis en évidence les multiples ressources de la recourante et le fait que celle-ci ne prend pratiquement plus de médication pour le dos. b. La chambre de céans constate d'emblée que l'expertise n'indique pas expressément quelle était la capacité de travail de la recourante précédemment à l'examen effectué par l'experte, puisque cette dernière s'est contentée d'évoquer une stabilisation au niveau lombaire une année après la dernière intervention chirurgicale lombaire et, au niveau cervical, six mois post-opératoire. Ainsi, l'expertise ne dispose pas de valeur probante pour la période antérieure à sa réalisation. Il convient donc d'examiner la capacité de travail pour cette période, soit du 1er septembre 2013 au 31 mars 2019. S'agissant des périodes opératoires et post opératoires, le SMR a justement estimé qu'en raison des interventions chirurgicales des 20 novembre 2013, 31 janvier 2014 et 19 mai 2016, la capacité de travail était nulle du 1er septembre 2013 au 31 décembre 2014 et du 1er mai au 31 octobre 2016. Cette constatation rejoint d'ailleurs la position qu'avait retenu à l'époque la chambre de céans à l'égard de la recourante (cf. ATAS/912/2018). En revanche, le SMR a estimé que, entre et à la suite de ces périodes d'incapacité totale, c'est-à-dire du 1er janvier 2015 au 30 avril 2016 et dès le 1er novembre 2016, la capacité de travail était entière. Ce faisant, il s'est prononcé sur la capacité de travail de la recourante antérieurement à la réalisation de l'expertise, sans se fonder sur aucun document médical, puisque l'experte ne s'est pas expressément prononcée sur la capacité de travail pour la période précédant son examen. Or, à l'époque, le SMR avait lui-même retenu une capacité de travail de 50% (cf. avis du 23 novembre 2016) en se fondant en particulier sur le rapport d'observation aux EPI, qui avait mis en évidence les difficultés rencontrées en 2016 par la recourante. Il ressort d'ailleurs de l'ATAS/912/2018 que seule demeurait litigieuse la question de savoir si la capacité de travail était inférieure à 50%, puisque l'intimé avait reconnu une incapacité de 50% sur toute la période litigieuse, alors que la recourante alléguait une incapacité totale. Certes, les pièces de l'époque ne permettaient pas de déterminer si la capacité de travail était inférieure à 50%, en revanche tous les éléments au dossier démontraient qu'on ne pouvait exiger de la recourante une capacité allant au-delà de 50%. Cette position est d'ailleurs confirmée par le comportement de l'intimé, qui a versé, durant toute cette période, une demi-rente à la recourante, alors même qu'aucune décision n'est encore entrée en force sur son droit à la rente. Enfin, il apparaît d'autant plus improbable que la recourante ait disposé d'une capacité de travail entière du 1er janvier 2015 au 31 mars 2016, puisqu'elle a encore subi une intervention chirurgicale au mois de mai 2016.

A/1346/2020 - 19/22 - On ne comprend ainsi pas pourquoi le SMR s'écarte de son propre avis de l'époque, ainsi que du cadre fixé par le précédent arrêt de la chambre de céans, ce d'autant plus qu'il ne donne aucune explication et que l'expertise ne se prononce pas sur la capacité de travail antérieure. Or, en procédant de la sorte, il a non seulement apprécié différemment un même état de fait, mais il a surtout posé de nouvelles conclusions, alors qu'il doit se limiter à apprécier celles déjà existantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et références citées). Force est ainsi de constater que l'intimé ne pouvait se fonder sur les nouvelles conclusions du SMR retenant une capacité de travail entière, avec baisse de rendement de deux heures par jour, déjà du 1er janvier 2015 au 30 avril 2016 et du 1er novembre 2016 au 31 mars 2019. c. La chambre de céans relève en revanche que dès avril 2019, soit dès le moment où l'expertise a été réalisée, l'expertise a pleine valeur probante. En effet, l'experte a procédé à un examen complet de la recourante et s'est appuyée sur l'entier du dossier, dont les rapports des médecins, et un entretien approfondi, de sorte qu'on ne peut que constater que son expertise se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse fouillée a été réalisée et les plaintes de la recourante ont été prises en compte. L'experte a donné une appréciation détaillée et convaincante de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante au moment de son examen clinique. L'expertise, qui respecte tous les réquisits prévus par la jurisprudence en matière de valeur probante, a ainsi mis en évidence une nette amélioration de l'état de santé de la recourante dès avril 2019. Il convient donc de suivre les conclusions de l'expertise s'agissant de la période à compter de laquelle celle-ci a été réalisée (cf. voir dans le même sens, notamment, l'ATAS/1081/2011). d. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme celle de la Dresse F_____, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). En l'espèce, les récents rapports des Drs G_____ et H_____ n'apportent aucun élément médical objectif nouveau et pertinent. Le Dr H_____, dont il faut rappeler qu'il est médecin généraliste et non spécialiste, ne fait que retracer l'historique médical de la recourante et émettre son propre avis. Quant au Dr G_____, il a estimé qu'il y avait peu de déficit neurologique objectif et que la capacité de travail était avant tout liée aux douleurs. Les médecins traitants se sont ainsi livrés à une appréciation divergente de la capacité de travail de la recourante, sans faire état

A/1346/2020 - 20/22 - d'éléments objectifs qui pourraient avoir été ignorés, de sorte que leur point de vue ne saurait prévaloir celui de l'experte. L'argumentation de la recourante ne permet pas non plus de mettre en doute les conclusions de l'expertise. Contrairement à ce qu'elle prétend, la question des douleurs et de la médication a bel et bien été traitée par l'experte puisqu'il ressort du rapport d'expertise que la recourante ne prend plus que rarement des médicaments pour le dos, ce qui a d'ailleurs été confirmé par examen sanguin. Or, selon une jurisprudence du Tribunal fédéral, le fait qu'un assuré ait dû prendre des médicaments pour éviter des douleurs diffuses, ne constitue pas la preuve d'une incapacité de travail, l'assuré étant tenu de recourir à l'offre thérapeutique dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage dans l'assurance-invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_967/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.2.3; ATF 113 V 22, consid. 4a). Le même raisonnement s'applique en ce qui concerne des traitements de physiothérapie ou des

exercices qui pourraient être bénéfique contre les maux de dos, que la recourante a pourtant déclaré exclure. L'experte a également mis en évidence certaines incohérences entre les déclarations de la recourante et ses constatations objectives lors de l'examen clinique. Elle a notamment été surprise par le bon état musculaire, qui contrastait, selon elle, avec les informations données par la recourante, et constaté une absence d'allodynie ou d'atteinte neuropathique, souvent décrite chez les patients avec des douleurs chroniques. Il ressort également de l'expertise que la recourante s'est montrée très précise sur certains sujets mais est restée quelque peu floue concernant sa journée type et ses activités actuelles ; elle a eu des difficultés à clarifier sa médication qui était pourtant simple et a indiqué que son état était toujours le même depuis 2013, alors même qu'elle avait encore été opérée en 2016 à la colonne cervicale ; enfin, elle a décrit à l'experte une vie plutôt agréable, s'occupant à sa guise tout au long de la journée, et a déclaré désirer la rente assurance-invalidité afin de ne plus être une charge pour sa mère, dont elle dépend financièrement. Enfin, il ressort du dossier que la recourante maîtrise parfaitement le français, dispose d'une formation supérieure et d'une expérience de travail de quelques années à un poste à responsabilité dans l'administration et la finance, préside un club de hockey dans la région anglophone du Canada, avec des connaissances linguistiques et sportives y afférentes, et a de très bonnes capacités d'interaction sociale. Elle dispose donc de solides ressources lui permettant d'exercer une activité administrative dans le tertiaire, telle que l'était celle de directrice d'établissement.

E. 13

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate que la capacité de travail était nulle du 1er septembre 2013 au 31 décembre 2014 et du 1er mai au 31 octobre 2016, et de 50% du 1er janvier 2015 au 30 avril 2016, ainsi que du 1er novembre 2016 au 31 mars 2019. En revanche, dès le 1er avril 2019, la recourante doit être considérée comme apte à exercer à plein temps toute activité administrative, y compris son activité habituelle, avec une baisse de rendement d'une heure le matin

A/1346/2020 - 21/22 - et d'une heure l'après-midi afin de lui permettre d'aménager des pauses en fonction des douleurs. Par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1), il sera renoncé à une audition des médecins comme requise par la recourante, la chambre de céans disposant de suffisamment d'éléments au dossier pour se prononcer en connaissance de cause.

E. 14

Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 12 mars 2020 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

E. 15

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'000.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimé. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1346/2020 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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