

GE_GERICHTE ATAS/342/2025 vom 14. Mai 2025

GE Cour de justice, 2025-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_342_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/342/2025 du 14 mai 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/342/2025 del 14 maggio 2025

Erwägungen

E. 1.1

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.

A/1761/2024 - 8/18 -

E. 1.2

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

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision octroyant une rente limitée dans le temps, soit entière du 1er mai au 30 juin 2023, de 69% du 1er juillet au 30 septembre 2023 et entière du 1er octobre 2023 au 30 avril 2024, la recourante concluant à la poursuite du versement de la rente au-delà du 30 avril 2024.

E. 3.1

Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

E. 3.2

En l'occurrence, la décision est postérieure au 1er janvier 2022. Par ailleurs, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en mai 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 22 novembre 2022 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 4.1

En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

E. 4.2

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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

E. 4.3

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas

A/1761/2024 - 9/18 - d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

E. 5

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). 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).

E. 6

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

E. 7

Selon l'art. 28b LAI – entré en vigueur le 1er janvier 2022 – la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante : tableau, avec un taux d'invalidité d'au minimum 40% donnant droit à une rente - la plus basse - de 25%, jusqu'à un taux d'invalidité de 49% donnant droit à une rente de 47.5% (al. 4).

E. 8.1

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 (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

E. 8.2

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les

A/1761/2024 - 10/18 - règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 8.3

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

E. 8.4

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

E. 8.5

Ainsi, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit

ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

E. 8.6

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). I. Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A/1761/2024 - 11/18 - Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2). Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) II. Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

E. 8.7

Il est notamment relevé que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

E. 8.8

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

E. 9

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

A/1761/2024 - 12/18 - 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

E. 10.1

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 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

E. 10.2

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.

E. 10.3

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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 10.4

Selon la jurisprudence, 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 LPGA) 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

A/1761/2024 - 13/18 - 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).

E. 10.5

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 52 ; 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 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. 10.6

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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 11

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : a. subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou b. atteint 100%. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon

A/1761/2024 - 14/18 - l'art.17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). 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. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

E. 12

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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 13.1

En l'espèce, la recourante conteste l'appréciation médicale de l'OAI et conclut à la reconnaissance de la persistance de sa totale incapacité de travail et au maintien de son droit à la rente au-delà du 30 avril 2024. L'intimé persiste dans sa position en faisant valoir les conclusions de l'expertise du Dr H_____ et du SMR pour admettre une révision du droit à la rente.

E. 13.2

Il sied dès lors d'examiner les rapports médicaux au dossier, en particulier les rapports des expertises psychiatriques des Drs H_____ et J_____ qui ont été partiellement suivis par le SMR, le volet physique de l'expertise de SWISS MÉDICALES SÀRL n'étant pas remis en question. S'agissant de la valeur probante du rapport d'expertise du Dr H_____ du 4 janvier 2024, l'on doit relever qu'il ne répond pas sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. En effet, de l'aveu même du SMR, le Dr H_____ n'a pas eu accès à un dossier complet puisqu'il n'a pas pu prendre connaissance du rapport d'expertise du Dr J_____ de septembre 2023 qui contredit notamment son appréciation rétrospective de la capacité de travail de la recourante. À ce stade, il sied de relever que le SMR a partiellement modifié les conclusions du Dr H_____ en retenant une incapacité totale de travail du 1er juillet 2023 au 3 janvier 2024 en se basant sur le rapport d'expertise du Dr J_____. Or, il convient de relever que le Dr H_____ a écarté le diagnostic de stress post-traumatique et a retenu une capacité de travail totale dès le 1er août 2023 en raison

A/1761/2024 - 15/18 - de la rémission de l'épisode dépressif, seul diagnostic présenté par la recourante selon son appréciation. De son côté, le Dr J_____, qui n'a pas eu accès au dossier de l'OAI, a retenu un épisode dépressif modéré et un trouble de stress post-traumatique complexe, ces deux diagnostics justifiant la persistance de l'incapacité de travail totale au moment de son expertise et encore vraisemblablement pour plusieurs mois. Par conséquent, force est de constater que les deux experts ont eu une analyse très différente de l'état de santé de la recourante, notamment quant aux diagnostics, en particulier quant au trouble de stress post-traumatique. Cette problématique quant aux diagnostics est d'ailleurs soulevée par le Dr I_____ qui s'est également penché sur le dossier de la recourante pour GENERALI ASSURANCES et qui a estimé, quant à lui, que le diagnostic de stress post-traumatique était le plus à même à recouvrir tous les symptômes de la recourante. Dans son rapport d'expertise, le Dr J_____ a fait un pronostic sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante tout en relevant la difficulté de se prononcer sur une possible amélioration de celle-ci car elle était toujours exposée en raison de la procédure pénale. Au

vu de ce qui précède, il y a lieu de relever qu'en admettant une incapacité totale de travail du 1er juillet 2023 au 3 janvier 2024, le SMR a validé le diagnostic de stress post-traumatique, nié par le Dr H_____, et remis en cause l'appréciation de ce dernier. Le SMR a donc lui-même considéré que les conclusions du Dr H_____ n'étaient pas probantes. À cela s'ajoute que, face au refus de la recourante de préciser avec qui elle vivait pour des raisons de sécurité selon ce qui est relaté dans le rapport d'expertise, le Dr H_____ en a, semble-t-il, déduit que celle-ci avait eu les ressources nécessaires pour entamer une nouvelle relation malgré son vécu. Cet élément a vraisemblablement influencé l'appréciation du Dr H_____ qui s'y réfère notamment pour étayer les ressources de la recourante. Cependant, cette dernière conteste toute nouvelle relation. Il sied par ailleurs de relever qu'en page 24 du rapport d'expertise, le Dr H_____ a noté « seule » sous vie de couple. Selon les éléments au dossier, la recourante vit chez sa mère par peur de représailles selon ses déclarations. Au vu de tous ces éléments, on ne saurait reconnaître de valeur probante à l'expertise du Dr H_____. Quant à l'expertise du Dr J_____, elle ne repose pas sur un dossier complet et elle ne permet en tout état de cause pas de se prononcer sur l'évolution de

A/1761/2024 - 16/18 - l'incapacité ou capacité de travail de la recourante après septembre 2023, ce dernier soulignant la difficulté de se prononcer sur une possible amélioration. Quant aux rapports de la Dre C_____, il apparaît que ses conclusions quant à l'évolution de la capacité de travail ne sont notamment pas suffisamment motivées. En effet, pour rappel, la Dre C_____ a annoncé une aggravation de l'état de santé et a conclu à une totale incapacité de travail par rapport du 24 novembre 2022, elle demandait dès lors à GENERALI ASSURANCES de revoir sa position. Par rapport du 13 décembre 2022, la Dre C_____ mettait en avant l'aggravation de l'état de santé de la recourante et sa totale incapacité de travail. Or, à peine quelques jours plus tard, soit le 19 décembre 2022, elle a émis un certificat de travail en indiquant une capacité de travail de 30% dès le 1er janvier 2023 sans autre motivation. Par conséquent, il n'existe pas d'avis médical probant permettant de trancher le droit aux prestations. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible. En l'espèce, au vu des carences du volet psychiatrique de l'expertise de SWISS MÉDICALES SÀRL et du besoin de réactualiser le dossier médical, un renvoi à l'intimé se justifie pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2024.

E. 14

Le recours est partiellement admis.

E. 15

La juridiction saisie dispose d'un large pouvoir d'appréciation quant à la quotité de l'indemnité allouée (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 LPA ; cf. aussi art. 87 al. 1, 2 et 3 LPA) et, de jurisprudence constante, celle-ci ne constitue qu'une participation aux honoraires d'avocat, ce qui résulte aussi, implicitement, de l'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03) dès lors que ce dernier fixe le montant minimal de l'indemnité à CHF 200.- et la plafonne à CHF 10'000.- (ATAS/323/2021 du 13 avril 2021 ; ATAS/305/2021 du 6 avril 2021 consid. 10; ATA/198/2021 du 23 février 2021 ; ATA/900/2020 du 22 septembre 2020

consid. 4b), étant au surplus précisé que la garantie de la propriété n'impose nullement une pleine compensation du coût de la défense de la partie victorieuse (arrêt du Tribunal fédéral 1C_58/2019 du 31 décembre 2019 consid. 3.4; ATA/198/2021 précité ; ATA/900/2020 précité consid. 4b). Pour déterminer le montant de l'indemnité, il convient de prendre en compte les différents actes d'instruction, le nombre d'échanges d'écritures et d'audiences ; le montant retenu doit intégrer l'importance et la pertinence des écritures produites et, de manière générale, la complexité de l'affaire (arrêt du Tribunal fédéral 1C_58/2019 du

A/1761/2024 - 17/18 - 31 décembre 2019 consid.3.4 ; ATAS/323/2021 précité ; ATA/198/2021 précité ; ATA/900/2020 précité consid. 4c). En l'occurrence, la recourante fait valoir une activité de son avocate de plus de 25 heures au coût horaire de CHF 300.-, ce qui représente la somme de CHF 7'600.- (TTC) conformément à l'état de frais produit le 28 février 2025. La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un conseil, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 LPA), montant tenant compte de la complexité de la cause et du fait que les actes de procédure de l'assurée ont consisté en son recours et sa réplique. La procédure en matière d'octroi de prestations d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de CHF 200.-.

A/1761/2024 - 18/18 - 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.