

GE_GERICHTE ATAS/444/2022 vom 19. Mai 2022

GE Cour de justice, 2022-05-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_444_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/444/2022 du 19 mai 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/444/2022 del 19 maggio 2022

Erwägungen

E. 1

La chambre de céans a déjà admis sa compétence dans l'ordonnance du 6 janvier 2021, qui a également tranché la recevabilité du recours.

E. 2

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Dans la mesure où le présent recours était pendant à cette date, il reste cependant soumis à l'ancien droit (art. 82a LPGA a contrario). Quant aux modifications de la LAI du 19 juin 2020, entrées en vigueur le 1er janvier 2022, elles ne sont pas applicables. En effet, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable est en principe celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité. La recourante a également conclu à l'octroi d'une indemnité pour tort moral. À ce sujet, on rappellera que selon l'art. 78 LPGA, les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel (al. 1). L'autorité compétente rend une décision sur les demandes en réparation (al. 2). Il appartient ainsi à l'intimé de statuer sur une éventuelle demande d'indemnité pour tort moral. La recourante devra ainsi le cas échéant solliciter une décision de l'intimé à cet égard, et sa conclusion sur ce point est irrecevable dans la présente procédure.

E. 4

En vertu de l'art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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) (al. 1). L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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 (al. 2).

E. 5

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du

médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer

A/894/2019 - 13/21 - dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2). 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 convient 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 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité

A/894/2019 - 14/21 - de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, 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. Il n'en va différemment que si ces médecins 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 6

Dans un arrêt relativement récent concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. 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. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne

A/894/2019 - 15/21 - peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être

pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence »

A/894/2019 - 16/21 - Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

E. 7

Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Il convient encore de préciser 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 elle 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

En l'espèce, il convient de déterminer la valeur probante des différentes expertises réalisées.

A/894/2019 - 17/21 - Dans ce cadre, il faut notamment souligner que les motifs invoqués par le SMR pour invalider l'expertise des Drs F_____ et G_____ peinent partiellement à convaincre. Le Dr H_____ affirme en effet que ces experts ne pouvaient être suivis lorsqu'ils admettaient une incapacité de travail totale depuis 2005, car la recourante aurait par la suite travaillé cinq ans chez B_____. Or, son activité pour cet employeur est antérieure à 2005. Cet argument tombe ainsi à faux. Cela étant, il est vrai que si le rapport des Drs F_____ et G_____ est généralement détaillé, le status clinique se contente essentiellement de reprendre les plaintes verbalisées par la recourante, et les experts se limitent à rapporter qu'ils ont observé une symptomatologie dépressive et anxieuse lors des entretiens, sans plus d'indications sur la nature de ces symptômes. En ce qui concerne le rapport du Dr I_____, il se fonde sur un unique examen, relativement bref, et sur des tests psychométriques – dont l'expert a cependant largement écarté les résultats. Certes, selon la jurisprudence, ce n'est pas la durée de l'examen qui est déterminante pour la valeur probante d'un rapport médical, mais bien plutôt le fait qu'il soit complet et que ses conclusions soient convaincantes. Cela ne signifie toutefois pas qu'un examen unique de courte durée doive en tous les cas être considéré comme aussi significatif qu'une observation sur le long terme, notamment lorsque l'état de santé de la personne examinée est fluctuant ou pourrait l'être (arrêt du Tribunal fédéral 4A_66/2018 du 15 mai 2019 consid. 2.5.1). En l'espèce, au vu de la complexité des troubles de la recourante, il est douteux qu'un unique examen – de surcroît relativement bref, puisqu'il n'a duré que deux heures – soit suffisant pour se prononcer de manière fiable sur la capacité de travail de la recourante, et sur son évolution. De plus, les conclusions du Dr I_____ sont peu claires : il a en effet évoqué une capacité de travail complète de 2014 jusqu'au 1er août 2016 ou au 30 octobre 2017, ce qui ne permet pas de comprendre précisément comment il tranche la capacité de gain entre le 1er août 2016 et fin octobre 2017. Il a ensuite précisé à deux reprises que la capacité de travail était complète dès le 1er novembre 2017, ce qui donne à penser qu'elle ne l'était pas avant cette date. Une telle interprétation cadrerait du reste avec les explications de cet expert, qui semble avoir admis une amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante en raison de la relation sentimentale nouée fin 2017. L'imprécision de ces conclusions suffit déjà à nier la valeur probante de cette expertise. Sur le fond, elle n'est de plus pas exempte de contradictions, puisque le Dr I_____ évoque notamment une phobie sociale – qui ne constituerait certes pas un diagnostic autonome – tout en ayant préalablement exclu des atteintes de cet ordre. En outre, cet expert a admis une incidence du trouble borderline sur la capacité de travail, tout en retenant une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux compétences de la recourante, ce qui est pour le moins contradictoire. En ce qui concerne l'expertise de la Dresse K_____, elle contient tous les éléments formels nécessaires selon la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Celle-ci a en effet étudié le dossier médical de la recourante,

A/894/2019 - 18/21 - qu'elle a complété par des entretiens avec ses différents médecins. Les plaintes de la recourante ont été rapportées, et l'experte a également consigné le status clinique de manière détaillée. Les cinq entretiens avec la recourante sont en outre un gage

de fiabilité de l'expertise, puisqu'ils ont permis un examen approfondi et sur la durée de son état de santé. Contrairement à ce que soutient le SMR, la Dresse K_____ s'est bien prononcée sur les indicateurs développés par la jurisprudence pour apprécier l'incidence de troubles psychiques sur la capacité de travail d'un assuré, notamment s'agissant des ressources et du traitement de la recourante. Ses conclusions sont claires et motivées, et elle s'est attachée en particulier à expliquer en quoi l'influence réciproque d'atteintes en elles-mêmes pas nécessairement incapacitantes conduisait à une incapacité de travail totale. Elle a par ailleurs bien commenté l'expertise du Dr I_____, émettant plusieurs remarques à son sujet. On ne voit par ailleurs pas en quoi il serait indispensable que l'experte précise à quelles périodes de 2020 et 2021 correspondent les plaintes de la recourante, puisque celles-ci ne semblent guère s'être modifiées pendant cette période. Cela vaut également s'agissant de l'évolution de la capacité de travail pendant ces années, puisqu'elle est nulle aux dires de l'experte pour l'entier de cette période. On doit aussi souligner que les conclusions de la Dresse K_____, s'agissant à tout le moins de la période postérieure à l'expertise du Dr I_____, sont d'autant plus plausibles que celui-ci admettait la possibilité d'une évolution négative en cas de rupture sentimentale, qui a bien eu lieu dans l'intervalle. Le fait que la Dresse K_____ n'ait pas expressément rapporté la teneur des entretiens avec les médecins traitants de la recourante ne saurait lui être reproché, contrairement à ce que semble soutenir le SMR, dès lors qu'il n'apparaît pas que ces discussions auraient influé de manière décisive sur ses conclusions. De plus, s'il est certainement judicieux pour un expert de s'entretenir avec les médecins traitants d'un assuré, il ne s'agit pas là d'une exigence de validité d'une expertise. Partant, l'absence de comptes-rendus à ce sujet ne suffit pas non plus à nier la valeur probante d'une expertise. Enfin, l'absence de dosages médicamenteux n'est pas déterminante – il n'est du reste pas inutile de souligner ici que le Dr I_____ n'en a pas non plus réalisé. Partant, le rapport de la Dresse K_____, convaincant et bien motivé, doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. La chambre de céans se ralliera ainsi à ses conclusions, aux termes desquelles la capacité de travail de la recourante au plan psychiatrique était de 80 % dans toute activité en 2015 et jusqu'à juillet 2016 ; puis nulle d'août 2016 jusqu'en 2017. La capacité de travail était à nouveau nulle depuis 2019. La chambre de céans tiendra cependant compte de l'incapacité de travail totale du 25 mai au 26 juin 2016 en raison des troubles gynécologiques.

E. 9

Pour fixer la date de début du droit à la rente, il faut déterminer à quelle date s'est achevée la période de carence d'une année prévu à l'art. 28 LAI, soit la date à laquelle la recourante a présenté une incapacité de travail moyenne de 40 %

A/894/2019 - 19/21 - pendant une année. On rappellera que cette période commence à courir dès que l'assuré subit un taux d'incapacité de travail de l'ordre de 20 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3a). Selon les chiffres 2017 et 2018 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIIAI) publiée par l'OFAS, dans sa version au 1er juillet 2020, le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente est effectué en jours (base : 365 jours). La formule suivante s'applique : (a jours à x % d'incapacité de travail) + (b jours à y % d'incapacité de travail) + (c jours à z % d'incapacité de travail) +... = 365 jours à 40 % au moins d'incapacité de travail. La jurisprudence a repris cette formule (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1018/2010 du 12 mai 2011 consid. 4.1, pour un exemple de calcul cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 632/05 du 25 octobre 2006 consid. 4.4). Cette

formule s'applique ainsi dans le cas d'espèce, a correspondant aux jours d'incapacité de travail à 20 % et b aux jours d'incapacité de travail complète : $a \text{ jours} + b \text{ jours} = 365 \text{ jours}$
 $b \text{ jours} = 365 \text{ jours} - a \text{ jours} (a \times 20 \%) + ([365 - a] \times 100 \%) = 365 \times 40 \%$
 $20a + 365 \times 100 - 100a = 14'600$ (soit 365×40)
 $20a + 36'500 - 100a = 14'600$
 $21'900$ (soit $36'500 - 14'600$)
 $- 80a = 0$
 $21'900 = 80a$
 $a = 273.75$, soit $21'900 / 80$ (273 jours)
 $b = 92$ jours (soit $365 - 273$).

Compte tenu d'une première période d'incapacité de travail à 100 % de 33 jours, du 25 mai au 26 juin en raison des problèmes somatiques, la période restante de 59 jours d'incapacité de travail à 100 % pour la valeur b s'est achevée le 28 septembre 2016. La recourante a ainsi droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2016. S'agissant de 2018, aucune incapacité n'a pu être établie à satisfaction de droit. Il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré, et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a et arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2015 du 19 janvier 2016 consid. 5.3). Partant, à défaut d'incapacité de travail démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante pour l'année 2018, la recourante ne peut prétendre à une rente durant cette période. L'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif - comme c'est le cas en l'espèce -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201). Suivant cette disposition, si la capacité de

A/894/2019 - 20/21 - gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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 (al. 1). 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 (al. 2) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1). Le droit à la rente de la recourante prend ainsi fin trois mois après la fin de l'incapacité de gain établie jusqu'à fin 2017, soit le 31 mars 2018. Il renaît également trois mois après que l'incapacité de gain est à nouveau établie dès 2019 conformément aux conclusions de l'expertise judiciaire. La recourante a ainsi à nouveau droit à une rente entière depuis le 1er avril 2019.

E. 10

Eu égard aux éléments qui précèdent, le recours est partiellement admis.

E. 11

La recourante, qui n'est pas représentée, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

E. 12

La procédure en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 200.-.

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.