

GE_GERICHTE ATAS/924/2015 vom 1. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_924_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/924/2015 du 1 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/924/2015 del 1 dicembre 2015

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

A/810/2015 - 14/24 - Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante, en particulier sur l'évolution de son état de santé à partir du mois d'août 2013.

E. 6

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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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 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

A/810/2015 - 15/24 - 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. 7

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 au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre 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; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

E. 8

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force

formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas

A/810/2015 - 16/24 - (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

E. 9

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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité

où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 10

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

A/810/2015 - 17/24 - 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). En particulier, dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA, la tâche du médecin consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 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 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. 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces

A/810/2015 - 18/24 - différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 11

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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.

E. 12

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 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant

de calculer le taux d'invalidité (méthode

A/810/2015 - 19/24 - générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

E. 13

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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. Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable.

E. 14

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

A/810/2015 - 20/24 - 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). 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. 15

a) À titre liminaire, la chambre de céans relève que le dossier de la procédure contient suffisamment d'éléments pour lui permettre de trancher le litige qui lui est soumis. Par conséquent, il ne sera fait droit à aucune des demandes d'instructions formulées par la recourante. b) En l'espèce, l'intimé considère que la capacité de travail de la recourante a été considérablement diminuée depuis le 5 octobre 2010. Se fondant sur l'avis du SMR et sur l'expertise de la Dresse J_____, il retient une incapacité de travail de 100% du 5 octobre 2011 au 31 août 2012, de 60% du 1er septembre 2012 au 5 mai 2013, de 100% du 6 mai au 25 août 2013, de 60% dès le 26 août 2013, de 30% dès le 1er octobre 2013 et de 20% dès le 24 septembre 2014. Compte tenu de ces éléments, l'intimé a fixé le début du droit à la rente six mois après le dépôt de la demande de prestation par la recourante, le 1er novembre 2012 (art. 29 al. 1 LAI), et lui a octroyé un trois-quarts de rente d'invalidité du 1er novembre 2012 au 31 décembre 2013. Le droit à la rente était supprimé dès le 1er janvier 2014, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Enfin, dans la mesure où la recourante était en mesure de travailler dans son activité habituelle et que celle-ci était adaptée à son état de santé, aucune mesure professionnelle ne se justifiait. Pour sa part, la recourante soutient être en incapacité totale de travailler depuis le 5 octobre 2011, sans que son état de santé ne se soit modifié. Elle s'appuie principalement sur les rapports de ses médecins traitants, soit les Drs E_____, C_____ et K_____ et conteste la valeur probante de l'expertise de la Dresse J_____. c) Dans le cadre de l'instruction qu'il a mené, l'intimé a mis en œuvre deux expertises, par l'intermédiaire des Drs H_____ et J_____. La chambre de céans considère que l'expertise du Dr H_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle se fonde sur un examen clinique de la recourante et sur l'étude approfondie de son dossier médical, tient compte des plaintes exprimées et contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. L'appréciation du Dr H_____ permet de comprendre les

A/810/2015 - 21/24 - troubles dont souffre la recourante et leurs conséquences sur sa capacité à exercer son activité habituelle. Il ressort de cette expertise que l'état de santé de la recourante s'est amélioré environ six mois après son opération du 5 octobre 2011, de sorte qu'elle pouvait, par la suite, mettre à profit une capacité de travail résiduelle de 40% dans son activité habituelle. La recourante n'émet aucune critique à l'égard de cette expertise, se contentant de conclure à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée depuis le 5 octobre 2011. Contrairement à ce qu'elle soutient, aucun des rapports émis par ses médecins traitants ne permet de parvenir à la conclusion qu'elle présente une incapacité totale de travailler depuis le 5 octobre 2011, sans que son état de santé ait varié. Pour le surplus, le Dr C_____ a contesté les conclusions de l'expertise du Dr H_____ dans ses rapports du 7 octobre 2013 et du 13 avril 2015, en raison des symptômes de la recourante et de la médication qu'elle doit prendre, ce qui empêcherait la reprise de toute activité. Non seulement les conclusions du Dr C_____ ne sont pas motivées de manière suffisante, mais il apparaît que les éléments avancés par ce dernier pour contester les conclusions du Dr

H_____ ont été pris en compte dans le cadre de son expertise, de sorte qu'aucun élément ne permet de s'écarter de l'expertise précitée. S'agissant de la Dresse E_____, ses rapports ne sont ni suffisamment étayés, ni motivés à satisfaction de droit. De plus, comme pour le Dr C_____, les éléments qu'elle met en avant ont déjà été pris en considération dans le cadre de l'expertise. Ainsi, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr H_____. À la suite d'une aggravation de l'état de santé de la recourante en mai 2013 et de l'opposition de la recourante au projet de décision rendu par l'intimé, ce dernier a confié une seconde expertise à la Dresse J_____. Ladite expertise répond également aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante, dans une même mesure que l'expertise du Dr H_____. L'appréciation du cas par la Dresse J_____ permet de comprendre les atteintes affectant la recourante et l'amélioration de l'état de santé de cette dernière, dès le mois d'août 2013, notamment par la suppression de son traitement médicamenteux à base de dérivés morphiniques. Il ressort de cette expertise que l'incapacité de travail de la recourante est de 100% du 5 octobre 2011 au 31 août 2012, de 60% du 1er septembre 2012 au 5 mai 2013, de 100% du 6 mai au 25 août 2013, de 60% dès le 26 août 2013, de 30% dès la fin octobre 2013 et de 20% depuis le 23 septembre 2014. La recourante reproche à cette expertise son manque d'objectivité et lui oppose l'expertise du Dr H_____ et les rapports des Drs E_____, C_____ et K_____. Contrairement à ce que soutient la recourante, l'expertise du Dr H_____ ne contredit pas celle de la Dresse J_____. En effet, le Dr H_____ n'a jamais conclu à une incapacité de travail totale allant au-delà de six mois après l'intervention chirurgicale du 5 octobre 2011. On relèvera encore que pour l'essentiel, l'expertise de la Dresse J_____ porte sur une période postérieure au 9 avril 2013.

A/810/2015 - 22/24 - Quant à la Dresse E_____, elle conteste l'objectivité de ladite expertise, se disant étonnée par la prétendue amélioration de l'état de santé de la recourante relevée par la Dresse J_____, alors que le Dr H_____ estimait la capacité de travail à 40% en avril 2013. Une telle critique ne saurait permettre à elle seule de s'écarter des conclusions de la Dresse J_____. Non seulement la Dresse E_____ n'expose aucun élément objectif ayant été ignoré dans l'expertise, mais elle se contente de substituer l'appréciation du Dr H_____ à celle de l'experte. De plus, le fait que la Dresse E_____ se rallie aux conclusions du Dr H_____ apparaît contradictoire avec ses rapports antérieurs et ses conclusions en rapport avec la capacité de travail de la recourante. En ce qui concerne le Dr C_____, son rapport du 13 avril 2015 ne permet pas de remettre en question l'expertise de la Dresse J_____, pour les mêmes motifs qu'exposés dans le cadre de l'analyse de la valeur probante de l'expertise du Dr H_____. En outre, l'argumentation du Dr C_____ est contradictoire, dans la mesure où il considère à la fois que la recourante n'est pas apte à travailler, en raison de sa médication contenant des dérivés morphiniques, et que cette dernière a fait des efforts pour ne plus être dépendante de ce traitement. On relèvera encore que le Dr C_____ reproche à l'experte de s'écarter de la littérature médicale, sans expliciter son argument. En tout état de cause, cette critique tombe à faux, dans la mesure où il appartient précisément à un expert appelé à se prononcer sur l'état de santé d'un assuré, de procéder à une analyse factuelle du cas, et non de se contenter de rapporter des éléments théoriques issus de la littérature médicale. S'agissant enfin du certificat du 8 avril 2015 établi par la Dresse K_____, il s'appuie exclusivement sur les déclarations de la recourante et le ressenti de son auteur. En réalité, les reproches formulés à l'endroit de l'experte par la recourante et son médecin ne sont étayés ou rendus vraisemblables par aucun élément objectif figurant au dossier, de sorte qu'ils ne peuvent pas être pris en compte. Par ailleurs, on notera encore que la Dresse K_____ n'a retenu aucun diagnostic

psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail et susceptible de nécessiter des investigations complémentaires aux expertises rhumatologiques ordonnées par l'intimé.

d) Compte tenu de ce qui précède, il convient de se fonder sur les expertises des Drs H_____ et J_____, ainsi que sur les avis du SMR validant leurs conclusions, pour établir la capacité de travail de la recourante. Il en découle que depuis le 5 octobre 2011, la recourante a présenté les incapacités de travail suivantes, dans toutes activités : - 100% du 5 octobre 2011 au 31 août 2012 ; - 60% du 1er septembre 2012 au 5 mai 2013 ; - 100% du 6 mai au 25 août 2013 ; - 60% dès le 26 août 2013 ;

A/810/2015 - 23/24 - - 30% dès la fin du mois d'octobre 2013 ; - 20% dès le 23 septembre 2014. Dans la décision querellée, l'intimé a alloué à la recourante un trois-quarts de rente du 1er novembre 2012, soit six mois après le dépôt de la demande de prestation (art. 28 et 29 al. 1 LAI), au 31 décembre 2013. Compte tenu des périodes d'incapacité de travail exposées précédemment et du fait que l'intimé les a admises, il apparaît que ce dernier n'a pas tenu compte de l'aggravation de l'incapacité de travail de la recourante intervenue entre le 6 mai et le 25 août 2013, ce qu'il avait pourtant fait dans son projet de décision du 5 février 2014. En l'occurrence, la recourante a droit à un trois-quarts de rente, fondé sur un degré d'invalidité de 60%, du 1er novembre 2012 (art. 28 et 29 al. 1 LAI) au 31 août 2013. Dès le 1er septembre 2013, soit à l'issue d'un délai de trois mois dès la péjoration de son état de santé (art. 88a al. 2 RAI), la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, jusqu'au 30 novembre 2013. En effet, dans la mesure où l'état de santé de la recourante s'est amélioré dès le 26 août 2013 et où la capacité de travail de la recourante était de 70% dès la fin du mois d'octobre 2013, le droit à la rente de la recourante prend fin au 30 novembre 2013 (art. 88a al. 1 RAI). Or, un degré d'invalidité de 30% (100% - 70%) n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par conséquent, la décision querellée devra être partiellement annulée et réformée dans le sens de ce qui précède. Il convient encore de préciser que dans la mesure où la recourante est capable de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle, aucune mesure professionnelle ne se justifie.

E. 16

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée 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 matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 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/810/2015 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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