

GE_GERICHTE A/1392/2016 vom 29. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1392_2016

FR: GE_GERICHTE A/1392/2016 du 29 mai 2017

IT: GE_GERICHTE A/1392/2016 del 29 maggio 2017

Erwägungen

E. 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 F45.5, 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).

E. 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 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).

E. 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. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011

consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n°1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). 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 » 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, les 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 (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 12. On rappellera que dans le contexte de troubles somatoformes douloureux, les états dépressifs constituent, selon la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient en principe faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine). Aussi, si on ne peut pas nier d'emblée qu'un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne entraîne des effets invalidants, il faut, pour que ceux-ci soient admis, qu'il ne

s'agisse pas d'une simple manifestation d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, mais bien d'une atteinte dépressive indépendante, séparée du syndrome douloureux psychogène (arrêt du Tribunal fédéral 9C_521/2012 du 17 janvier 2013 consid. 3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 4.1).

13. a. 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).

13. b. 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).

14. 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. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). 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. cc).

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 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).
Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). 15. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).
16. En l'occurrence, il convient de déterminer en premier lieu le statut de la recourante. Cette dernière conteste la méthode d'évaluation de l'invalidité retenue par l'intimé et allègue avoir eu l'intention, avant d'être atteinte dans sa santé, d'augmenter son taux d'activité à 100% dès que sa fille aurait terminé sa scolarité post obligatoire, soit au plus tard à la fin de l'année 2010. Elle rappelle avoir travaillé à temps complet avant la naissance de sa fille, avoir repris une activité professionnelle dès que l'âge de celle-ci le lui a permis, être divorcée et bénéficier de peu de moyens financiers. Elle soutient ainsi que sa situation économique nécessitait une reprise du travail à temps complet une fois sa fille devenue indépendante. Elle fait également valoir qu'elle s'est déclarée apte à travailler à temps complet auprès de l'assurance chômage. La chambre de céans rappelle que la recourante a choisi de cesser toute activité lucrative suite à la naissance de son enfant, en 1991, se consacrant pendant neuf ans aux tâches ménagères et éducatives. Suite à sa séparation, elle a entrepris une formation en 2000 et a travaillé à 80% à partir du mois de septembre 2002. Malgré son divorce intervenu en 2005, et bien que sa fille fût alors âgée de 14 ans, la recourante n'a pas augmenté son taux d'activité. Ceci permet de conclure que sa situation financière n'exigeait pas la reprise d'un emploi à temps complet. D'ailleurs, il ressort du rapport du Dr G _____ du 2 mars 2010 qu'elle souhaitait travailler à 80% et que son travail lui permettait d'entretenir sa fille aux études. En outre, le rapport d'enquête ménagère du 13 avril 2015 mentionne expressément que la recourante aurait continué à travailler à 80% sans atteinte à la santé, ce qui résultait d'un choix personnel. Enfin, s'il est

exact que la recourante s'est déclarée apte à travailler à temps complet à l'OCE, elle était en incapacité de travail à 50% durant toute la période de son droit aux prestations et n'a donc pas recherché un emploi à un tel taux d'activité. Compte tenu de tout ce qui précède, il apparaît, en se fondant sur le critère de la vraisemblance prépondérante, que la recourante n'aurait pas travaillé à temps complet si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. C'est donc à juste titre que l'intimé a considéré que la recourante avait un statut mixte, consacrant 80% à son activité professionnelle et 20% à l'accomplissement de ses travaux habituels.

17. Concernant l'évaluation du degré d'invalidité dans la sphère professionnelle, l'intimé a retenu une capacité de travail, dans l'activité habituelle, de 0% dès le 17 octobre 2008, de 50% dès le 1^{er} décembre 2008, de 0% dès le 1^{er} mai 2010 puis, dans une activité adaptée, de 70% dès le 1^{er} février 2011. Sur cette base, il a accordé à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre au 30 novembre 2008 et du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2011, ainsi qu'un quart de rente du 1^{er} mai 2011 au 31 octobre 2012. À l'issue du reclassement professionnel, soit à compter du 1^{er} mai 2014, le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. La recourante conclut à la confirmation de la décision litigieuse s'agissant de la période antérieure au mois de mai 2011, mais requiert l'octroi d'une demi-rente du 1^{er} mai 2011 au 31 octobre 2012 et d'une rente entière dès le 1^{er} mai 2014. Dans son écriture du 16 novembre 2016, l'intimé a maintenu ses conclusions concernant la phase courant jusqu'à la fin de la mesure de reclassement, soit jusqu'au 30 avril 2014, mais admis qu'un complément d'instruction était indiqué s'agissant de la période postérieure. 18. En ce qui concerne la période courant dès le 1^{er} mai 2014, la recourante a signalé l'existence de troubles psychiques depuis le début du mois de mai 2014, ce qui a été confirmé par la Dresse J_____ (cf. note interne de l'intimé du

E. 7

mai 2014), puis par la Dresse P_____, laquelle a retenu des diagnostics psychiatriques ayant des répercussions sur la capacité de travail, fixée à 50%, et fait état d'acouphènes, de fatigabilité ou encore de difficultés d'attention, d'adaptation, de résistance et de concentration (cf. rapport du 25 août 2014). Faute de toute instruction sur le plan psychiatrique, l'intimé n'a pas été informé, avant de rendre la décision litigieuse, que d'autres diagnostics avaient depuis lors été posés, soit un épisode dépressif sévère, un trouble somatoforme douloureux et un trouble délirant (cf. rapport de la Dresse R_____ du 21 avril 2016), atteintes ayant entraîné une totale incapacité de travail à partir du 15 octobre 2015 pour la première fois (cf. certificat médical de la Dresse R_____ du 26 octobre 2015). Eu égard à la jurisprudence fédérale, il y a lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance (au moins) prépondérante au moyen des indicateurs standards. La chambre de céans constate, à la lumière de cette jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, que la présente cause est insuffisamment instruite pour lui permettre de trancher, ce qui est au demeurant admis par l'intimé. Par conséquent, la décision du 23 mars 2016 doit être annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire. 19. Quant à la période du 1^{er} mai 2011 au 31 octobre 2012, la recourante conteste le calcul du degré d'invalidité sans remettre en cause l'évaluation de sa capacité de travail. La chambre de céans observe cependant que les pièces produites à cet égard divergent notablement. En effet, le Dr K_____ a considéré que la capacité de travail était de 70% dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2011 (rapport du 10 novembre 2011), alors que la Dresse J_____ a estimé qu'elle était nulle dans l'activité habituelle mais de 50% dans une activité adaptée dès le 2 août 2011

(certificat du 12 juillet 2011) et que le Prof. L_____ a conclu à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, sans préciser à partir de quelle date (rapport du 13 juin 2012). Quant aux diagnostics retenus, il sied de relever que la situation médicale concernant l'épaule droite n'est pas claire puisque certains troubles ont été constatés par des médecins, sans être par la suite confirmés ou expressément exclus par d'autres spécialistes. Ainsi, le Dr E_____ a fait état d'une capsulite rétractile et d'une arthrose acromio-claviculaire débutante (cf. rapport du 13 août 2009), le Dr K_____ a diagnostiqué une arthrose acromio-claviculaire, mais pas de capsulite rétractile (cf. rapport du 10 novembre 2011) et le Prof. L_____ n'a pas confirmé ces troubles, mais a signalé une tendinopathie résiduelle du sus-épineux (cf. rapport du 13 juin 2012). La Dresse J_____ a quant à elle constaté une dysfonction scapulo-thoracique (cf. rapport du 25 juin 2015) puis a fait état d'un conflit sous-acromial (cf. rapport du 22 novembre 2016). En outre, elle a signalé que la recourante avait été adressée à la consultation de la douleur aux HUG et avait subi des infiltrations, sans qu'aucun rapport ne soit produit à cet égard (cf. rapport du 5 novembre 2016). En ce qui concerne les troubles ORL, les acouphènes ont été signalés dès le mois de mai 2014, mais la Dresse R_____ les fait remonter à la même époque que les problèmes d'épaule (cf. rapport produit le 7 octobre 2016). Des investigations supplémentaires ont été jugées nécessaires, mais ne semblent pas avoir été menées (cf. rapport des HUG du 15 janvier 2015). En outre, si la Dresse R_____ n'a pas été en mesure de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante avant le début de sa prise en charge, il n'en demeure pas moins qu'elle a relevé, à réitérées reprises, que le trouble somatoforme douloureux résultait de l'accident initial et des douleurs qui s'en étaient suivies (cf. rapport du 21 avril 2016) et que le grave était dépressif s'était certainement installé lorsque la recourante avait constaté qu'elle ne retrouverait plus son état antérieur (rapport produit le 7 octobre 2016). Entendue par la chambre de céans, la psychiatre traitant a déclaré que les diagnostics remontaient à la période qui avait suivi l'opération (étant observé que la dernière date du 29 juillet 2010) et que la recourante souffrait déjà certainement avant son suivi d'un trouble délirant interférant sur sa capacité de travail, trouble qui n'avait toutefois pas été diagnostiqué par la précédente psychiatre. Compte tenu de tout ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur les atteintes à la santé présentées par la recourante entre le 1^{er} mai 2011 et le 31 octobre 2012 et sur leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail. L'instruction complémentaire devra donc également porter sur cette période. 20. En ce qui concerne les autres périodes, et bien qu'elles ne soient pas remises en cause par la recourante, la chambre de céans constate que la décision entreprise est difficilement compréhensible à de nombreux égards. 21. Se référant à l'art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'intimé a noté que le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. Il a rappelé que la recourante avait déposé sa demande de prestations le 11 novembre 2008 et considéré que la naissance du droit à la rente était survenue le 18 octobre 2008, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an. Or, selon la jurisprudence, lorsque le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 et lorsque la demande a été déposée avant le 1^{er} juillet 2008 (cf. ATF 138 V 475 consid. 3 ; Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire : application des délais de péremption), en dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), la rente peut alors être versée dès que l'année d'attente

est achevée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2011 du 14 mai 2012 consid. 4.1). Dans ce cas, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable. En l'occurrence toutefois, la recourante, en incapacité de travail à 100% depuis le 17 octobre 2007, a déposé sa demande de prestations après la fin du mois de juin 2008, de sorte que la décision attaquée apparaît erronée s'agissant du moment de la naissance du droit à la rente.

22. En outre, l'intimé a indiqué que le SMR était d'avis que la recourante avait présenté une incapacité de travail de 100% du 17 octobre 2007 au 16 novembre 2008, de 50% à partir du 1^{er} décembre 2008, et à nouveau de 100% du 1^{er} mai 2010 au 31 janvier 2011. La recourante ne contestant pas la décision entreprise à ce sujet, tout porte à croire qu'elle a effectivement exercé son activité professionnelle à 50% entre le 1^{er} décembre 2008 et le 30 avril 2010, ce qui résulte d'ailleurs de l'appréciation du Dr K_____, lequel a considéré que la recourante avait travaillé au-dessus de ses forces dans un emploi inadapté lorsqu'elle avait repris son travail habituel à 50% en novembre 2008 (cf. rapport le 10 novembre 2011). Cependant, eu égard aux nombreux rapports émis, aux contradictions que ceux-ci comportent et à l'incertitude concernant une éventuelle mise à profit de la capacité résiduelle de travail par la recourante, il eût été judicieux que l'intimé précise clairement les rapports sur lesquels il entendait se baser et motive davantage sa décision. En effet, il est rappelé que le Prof. H_____ et le Dr K_____ ont estimé que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis octobre 2007 (cf. rapports du 14 août 2011, respectivement du

E. 10

novembre 2011), alors que le Prof. L_____ a considéré que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle avait été de 100% dès le 17 octobre 2007 (premier accident), 50% dès le 16 juillet 2008 (six mois après la première intervention), 100% dès le 2 février 2010 (deuxième accident) et 50% dès le 30 janvier 2011 (six mois après la deuxième opération). En outre, la Dresse D_____ a attesté d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 16 novembre 2008 et de 50% dès le 17 novembre 2008 (cf. rapport du 19 novembre 2008) et le Dr F_____ a retenu une incapacité de travail de 50% dès le 2 février 2010 et de 100% dès le 28 mai 2010 (cf. rapports des 22 février et 22 mars 2010 et feuille accident LAA). Il semblerait donc que l'intimé se soit en réalité fondé sur les conclusions de la Dresse D_____ et du Dr F_____, ainsi que sur une partie de celles du Prof. L_____, et que la recourante a effectivement travaillé à 50% du 17 novembre 2008 au 27 mai 2010.

23. Il s'impose donc de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il en complète l'instruction, notamment en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire. C'est le lieu de rappeler qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3). Cela étant, l'état de santé de la recourante devra comporter, outre les volets rhumatologique et psychiatrique, des volets en ORL et en orthopédie.

24. Il incombera notamment aux experts de se prononcer sur tous les diagnostics et limitations fonctionnelles, l'influence des différentes atteintes sur la capacité de travail et l'évolution de cette dernière, à la lumière des indicateurs standard développés par le Tribunal fédéral au consid. 4 de l'ATF 141 V 281 en matière de trouble somatoforme douloureux, en motivant

suffisamment leur appréciation. **!**[endif]>!**if**> Cas échéant, l'intimé devra ensuite procéder à une nouvelle enquête ménagère afin que soit pris en considération l'ensemble des atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles de la recourante. Il est en effet relevé à cet égard que le rapport d'enquête ménagère du 13 avril 2015 ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante, dès lors que seules les douleurs à l'épaule ont été mentionnées. 25. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 23 mars 2016 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision motivée. **!**[endif]>!**if**> 26. La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; 89H al. 1 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). **!**[endif]>!**if**> La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé. **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.