

GE_GERICHTE A/2079/2014 vom 1. Juli 2015

GE Cour de justice, 2015-07-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2079_2014

FR: GE_GERICHTE A/2079/2014 du 1 juillet 2015

IT: GE_GERICHTE A/2079/2014 del 1 luglio 2015

Erwägungen

E. 4

janvier 2013 selon lequel, après analyse du rapport d'expertise, l'incapacité de travail était totale dans toute activité dès le 21 juillet 2006, mais que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 60 % dès le 2 novembre 2011. S'élevant à 37 %, son degré d'invalidité ne permettait plus le maintien de la rente. 32. Représentée par son avocat, l'assurée a interjeté recours le 10 juillet 2014, concluant à l'annulation de la décision en tant qu'elle limitait le droit à une rente entière d'invalidité au 31 janvier 2012. Contestant l'appréciation faite par le SMR, elle a soutenu que l'amélioration de son état de santé dès le 31 janvier 2012 était purement imaginaire. Les experts mandatés par l'intimé avaient admis une invalidité totale dès le 21 juillet 2007, soit après le délai légal d'attente d'un an, avant de la réduire de façon incompréhensible à 37 % suite à une amélioration purement imaginaire de son état de santé. Se référant aux rapports circonstanciés des Drs H_____ et C_____, elle considérait être invalide à 100 % déjà sur le plan somatique. Pour le surplus, elle a relevé que le rapport d'expertise de la CRR concluait que sur le plan psychiatrique, elle était totalement incapable d'exercer la moindre activité, ce qui avait été confirmé par le rapport d'évaluation du stage. Enfin, la position de la Dresse M_____, interpellée par l'intimé, était totalement incompréhensible et incohérente. 33. Dans sa réponse du 11 août 2014, l'intimé a indiqué qu'il s'était fondé sur l'expertise de la CRR, qui remplissait toutes les conditions permettant de lui conférer pleine valeur probante. Sur le plan psychiatrique, les conclusions de l'expert, qui retenait une incapacité de travail de 40 %, étaient claires et bien motivées. Les éléments apportés par la recourante ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas, de sorte que l'intimé a conclu au rejet du recours. 34. Par réplique du 28 août 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions, faisant valoir que si les experts de la CRR n'avaient pas contesté les diagnostics posés par le Dr H_____, leur erreur était d'avoir minimisé de manière incompréhensible l'importance et les douleurs résultant des diagnostics en question. En outre, l'évolution clinique très défavorable, intervenue depuis l'expertise et attestée par le Dr H_____ le 24 juin 2014, la rendait non seulement incapable de reprendre son activité dans la restauration, elle faisait également obstacle à l'exercice d'une activité adaptée, surtout en raison de malaises et de chutes fréquentes (pièce 5 recourante). Sur le plan psychiatrique, elle contestait l'appréciation de la Dresse M_____ qui avait modifié ses conclusions suite à l'expertise. 35. Le 2 septembre 2014, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger. 36. Par courrier du 6 février 2015, la chambre de céans s'est adressée à la Dresse M_____ en lui rappelant ses appréciations successives des 2 novembre 2011, 21 mars et 23 novembre 2012. Au regard de celles-ci, elle l'a invitée à motiver, du point de vue médical, la modification de ses conclusions, à savoir le passage d'une capacité de travail de 50% au moins dans un environnement protégé (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 2 novembre 2011) à une

capacité de travail de 60% dans une activité adaptée sur le premier marché du travail (cf. courrier du 23 novembre 2012). Par ailleurs, dans la mesure où la Dresse M_____ avait mentionné, en date du 21 mars 2012, que les critères de gravité établis pour le trouble somatoforme persistant n'étaient pas transposables à un autre diagnostic, la chambre de céans l'a également invitée à indiquer sur quels critères précis elle s'était fondée pour affirmer, le 23 novembre 2012, que les critères de gravité n'étaient pas remplis.!

37. Le 20 février 2015, la Dresse M_____ a mentionné, concernant le premier point, qu'il s'agissait d'une « maladresse » d'avoir retenu un taux de 40% d'incapacité de travail dans sa réponse du 23 novembre 2012 plutôt que de reprendre la formulation employée dans son rapport du 2 novembre 2011, qui faisait état d'une capacité de 50% au moins. Cependant, sur le plan médical, il n'y avait pas de différence significative entre une capacité de 50% au moins et une incapacité de 40%, ce à plus forte raison que dans le cadre de mesures mises en œuvre dans un environnement protégé, la recourante devrait être soumise régulièrement à des réévaluations, tant par le personnel encadrant les mesures de réinsertion que par le psychiatre traitant.!

Pour le surplus, la Dresse M_____ a indiqué en substance qu'il était erroné de lui faire dire ce qu'elle n'avait pas dit, à savoir que la capacité de travail de 60% se rapportait à une activité adaptée sur le premier marché du travail. En effet, son courrier 23 novembre 2012 ne mentionnait nullement ce dernier élément. Même sans l'avoir reprécisé, cette capacité de travail de 60% était valable dans le contexte de mesures de réinsertion professionnelle, par l'intermédiaire d'activités dans un environnement protégé, associées à un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, comme elle l'avait souligné dans les conclusions du rapport d'expertise du 2 novembre 2011. S'agissant de la deuxième question, la Dresse M_____ a répondu que de son point de vue médical, les critères de gravité du trouble somatoforme n'étaient pas transposables tels quels à un autre diagnostic psychiatrique. Du reste, elle s'était déjà prononcée en ce sens dans sa réponse à l'OAI du 21 mars 2012. Cependant, après avoir pris connaissance de l'arrêt du Tribunal fédéral cité dans le courrier de l'OAI du 26 juillet 2012, lequel assimilait les troubles de conversion aux troubles somatoformes, elle avait reconsidéré sa réponse du 12 mars 2012 en se fondant sur les critères applicables à ces derniers, à savoir que l'effort de volonté était non exigible dans des cas exceptionnels, soit par la présence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, soit par le cumul d'autres critères présentant une certaine acuité et constance, ces autres critères étant : - Affection corporelle chronique ou processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ;!

- Perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ;!

- État psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire de la maladie) ;!

- Échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. !

Comme elle l'avait déjà formulé dans son rapport du 23 novembre 2011, ces critères n'étaient pas remplis pour la recourante. 38. À la lumière des réponses données par la Dresse M_____ aux questions de la chambre de céans, le SMR a considéré par avis du 4 mars 2015 que si les troubles psychiques de la recourante n'étaient pas incapacitants, faute de remplir les critères de sévérité, ils ne pouvaient pas être pris en compte par l'OAI. Dès lors, il n'était pas possible d'envisager l'exercice d'une activité uniquement dans un environnement protégé. Ainsi, les précisions données le 20 février

2015 par la Dresse M_____ permettaient de confirmer les précédentes conclusions du SMR.![endif]>![if> 39. Par acte du 12 mars 2015, l'intimé a estimé qu'il convenait de nier chez la recourante l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail ne fût pas exigible de sa part. En effet, la Dresse M_____ avait confirmé que le trouble de la personnalité présenté par l'intéressée n'était pas incapacitant. D'autre part, le diagnostic de trouble dépressif récurrent était considéré comme étant en rémission et sans influence sur la capacité de travail. Enfin, la recourante ne réunissait pas en sa personne plusieurs des critères jurisprudentiels pour apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, applicables par analogie au cas d'espèce. Partant, c'est bien une pleine capacité de travail, et non seulement une capacité de travail réduite à 60% qui était raisonnablement exigible dans le cas de la recourante.![endif]>![if> 40. Dans ses observations datées du même jour, la recourante a rappelé que la Dresse M_____ avait indiqué, dans son expertise du 2 novembre 2012, que le trouble de la personnalité – histrionique – n'avait en soi pas de valeur incapacitante, mais prédisposait aux épisodes de dissociations et à l'expression douloureuse et entraînait des obstacles à une activité professionnelle. ![endif]>![if> À la lumière de cette première appréciation de l'experte psychiatre, la recourante a soutenu que les facteurs de « personnalité histrionique » d'une part, et de « trouble dissociatif moteur et sensoriel » d'autre part, formaient un tout indissociable entraînant une incapacité de travail totale dans une activité ordinaire sur le premier marché du travail et une incapacité de travail de 50% dans une activité en environnement protégé. Enfin, le revirement opéré par la Dresse M_____ à l'invite de l'OAI, sur la base des critères jurisprudentiels applicables aux troubles somatoformes douloureux, ne résistait pas à l'examen. En effet, on se trouvait indéniablement en présence d'une situation psychiatrique pour laquelle un effort de volonté n'était absolument pas exigible. 41. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 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 1 er 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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.![endif]>![if> 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). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1 er janvier 2004, le 1 er janvier 2008 et le 1 er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 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 2007, et, après le 1^{er} janvier 2008, respectivement 2012, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et 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).

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.!

5. À titre liminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige.!

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2 et les références). En l'espèce, la décision querellée refuse à la recourante aussi bien le droit à des mesures professionnelles que celui à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2012. Cela étant, le recours dont est saisi la chambre de céans ne concerne que le refus d'octroyer une rente au-delà de cette date. Partant, l'objet du litige ne porte que sur cet aspect de la contestation, singulièrement sur la survenance (ou non) d'une amélioration de l'état de santé de la recourante en novembre 2011. 6.

Il convient de relever préalablement que selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid.). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88 a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, 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. !

Par ailleurs, l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression

des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 415 ss consid. 2; VSI 2001 p. 156 consid. 1). 7. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 1 er janvier 2008). 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. 28 al. 2 LAI). 8. 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 malade, 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). 9. 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. A 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). a) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux

cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3).

!endif> Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et 131 V 49 consid. 1.2). À cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

b) Le Tribunal fédéral a confirmé que les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie ainsi que les troubles moteurs dissociatifs ont ceci de commun qu'ils génèrent des symptômes ne se rattachant pas à une lésion organique ou structurelle. À cela s'ajoute le fait que tant l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (F44.6) que les troubles moteurs dissociatifs (F44.4) sont classés parmi les troubles dissociatifs [de conversion] (F44.-). Rappelant qu'il avait déjà admis l'applicabilité de sa jurisprudence constante en matière de troubles somatoformes douloureux aux cas d'anesthésie dissociative et atteintes sensorielles (F44.6) (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4), le Tribunal fédéral a considéré que le fait de réserver le même traitement juridique aux troubles moteurs dissociatifs était également correct sous l'angle de la classification internationale des maladies (CIM-10 ; Arrêt du Tribunal fédéral

9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). On relèvera cependant que si dans le dernier arrêt cité, l'assuré souffrait certes de troubles moteurs dissociatifs à la colonne cervicale, il ne présentait ni comorbidité psychiatrique, ni affection corporelle chronique (consid. 5). Il en va de même dans l'arrêt I 9/07 précité, en ce sens qu'il n'y était pas fait mention d'un diagnostic autre qu'une anesthésie dissociative et atteintes sensorielles d'un point de vue psychiatrique. Dans un arrêt plus récent, le Tribunal fédéral a estimé, dans le cas d'une assurée atteinte de fibromyalgie, qu'on ne pouvait qualifier de comorbidité psychiatrique importante la dysthymie et la personnalité à traits histrioniques qui complétaient la liste des diagnostics posés. Le Tribunal fédéral a ajouté qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de cette appréciation portée par les premiers juges, puisque ni la dysthymie ni les traits de la personnalité relevés par le psychiatre ne présentaient un caractère de gravité tel qu'ils devaient être assimilés à de véritables atteintes à la santé psychique. En effet, ce praticien avait indiqué que seul persistait « tout au plus un très léger fond dysthymique sub-clinique, tandis que les traits de personnalité histrionique « décompensés » relevaient non pas d'un grave trouble de la personnalité hystérique, mais d'un « aménagement assez réussi permettant à l'intéressée de fonctionner » (arrêt du Tribunal fédéral 9C_683/2008 du 25 février 2009 consid. 3.2.2). En revanche, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était douteux que les critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes douloureux puissent être appliqués dans le cadre de troubles dissociatifs de conversion mixtes. En effet, le psychiatre du COMAI avait estimé que ce dernier diagnostic se distinguait de celui de troubles somatoformes douloureux sous plusieurs aspects. D'autre part, selon le Tribunal fédéral, il était non moins douteux que les critères précités aient vocation à s'appliquer pour évaluer non pas les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assurée du point de vue du droit à une rente d'invalidité, mais sur l'aptitude de celle-ci à effectuer les actes de la vie quotidienne sous l'angle du droit à une allocation pour impotent. Cela étant, le jugement cantonal entrepris n'apparaissait pas contraire au droit en tant qu'il reconnaissait le droit à une allocation pour impotent. En effet, indépendamment de l'examen des critères jurisprudentiels précités, la juridiction cantonale avait retenu que le caractère invalidant de l'atteinte à la santé présentée par l'assurée – trouble de conversion – n'était pas contesté, puisque celle-ci avait été mise au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité, compte tenu d'une incapacité de travail totale de travail dans toute activité et d'une incapacité non moins totale d'effectuer les tâches ménagères (arrêt du Tribunal fédéral 9C_676/2008 du 12 janvier 2009 consid. 4.3.1 à 4.3.3). Enfin, dans un autre cas, le Tribunal fédéral a également laissé ouverte la question de l'applicabilité de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à des troubles dissociatifs de conversion mixtes dès lors que l'impression clinique de l'expert psychiatre avait déjà permis à celui-ci de conclure à l'existence d'une pleine capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3).

10. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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).

!endif>![if> 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 LPG), 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 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). 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). 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 n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

b) Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui – eu égard également aux critères pertinents – lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur

pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). 11. En l'espèce, la recourante conteste la suppression de la rente au 31 janvier 2012, motif pris qu'il n'y a pas eu d'amélioration de son état de santé. L'intimé, quant à lui se fonde sur l'expertise de la CRR de 2011 et les rapports du SMR pour justifier sa décision.

Dans la mesure où l'intimé a octroyé à la recourante une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, l'a supprimée, il s'agit d'un cas de révision. Par conséquent, les conditions d'une révision de la rente doivent être remplies : il faut en particulier que le taux d'invalidité de la recourante ait subi une modification notable entre le moment de l'attribution et le moment de la suppression. 12. a) La recourante présente diverses atteintes à la santé qui ont fait l'objet d'investigations médicales et, notamment, d'une expertise pluridisciplinaire par la CRR.

La recourante a été examinée en date des 25 et 26 octobre 2011 par les Drs J_____, spécialiste FMH en chirurgie, K_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, L_____, spécialiste FMH en neurologie et I. M_____, psychiatre et psychothérapeute, cheffe de clinique. Les trois derniers cités ont rendu leurs conclusions respectivement les 27 octobre 2011 (expertise rhumatologique), 28 octobre 2011 (expertise neurologique) et 2 novembre 2011 (expertise psychiatrique) avant de se livrer à un entretien de synthèse consigné au rapport du 29 novembre 2011. La chambre de céans constate que ce rapport comporte une anamnèse personnelle familiale, personnelle et sociale, une analyse complète du dossier médical et des documents d'imagerie, une description du status sur la base des examens cliniques et du dossier médical ainsi que les données subjectives. Une évaluation en ateliers professionnels a également été effectuée. Sur le plan rhumatologique, le Dr K_____ retient qu'en s'en tenant uniquement au système ostéo-articulaire, il ne peut admettre, comme seule anomalie, que les modifications discales C6-C7 (après double opération et mise en place d'une cage intersomatique) et, dans une mesure nettement moindre, C5-C6. Pour le reste, le rachis lombaire, principal site de souffrance selon l'anamnèse, ne présente aucune anomalie. En faisant abstraction du comportement parasite (boiterie robotique difficilement intelligible au plan médical, manifestations inhabituelles telles que contorsions subites, secousses ou lâchages, notamment lors de l'examen du rachis cervical ou de la région pelvienne), tous les mouvements sont amples et ne montrent aucun signe suggérant une lésion spécifique, en particulier un conflit disco-radulaire lombo-sacré. S'il est vrai que la recourante présente des cervico-brachialgies gauches chroniques (M53.1) en lien avec la mise en place d'une prothèse cervicale le 7 février 2006 et l'ablation ultérieure de celle-ci (spondylodèse par cage et plaques) en 2009 et que ces douleurs ont une répercussion sur la capacité de travail, l'expert considère que la douleur alléguée paraît démesurée au regard du comportement qu'elle adopte en sa présence. Il estime également que pour une personne autonome dans sa vie, ses déplacements et la gestion de son ménage, les projets professionnels de la recourante paraissent peu investis, en ce sens qu'il ne comprend pas pourquoi elle pourrait, selon ses propres dires, travailler au plus trois heures par jour, mais

de façon discontinue, dans la gestion d'un établissement public. L'expert retient finalement que si l'on peut admettre que l'atteinte cervicale impose certaines limites quant aux efforts qu'on peut attendre de la recourante, aussi bien en termes de maintien de la posture (une heure avant de changer de position) que de port de charges (pas de charges supérieures à 5 kg de façon répétée), il n'en considère pas moins qu'une activité tenant compte de ces limitations pourrait être exercée à plein temps dès le début de l'année 2010, soit cinq mois après la seconde intervention sur le rachis cervical. Du point de vue neurologique, le Dr L_____ ne retient pas de limitation professionnelle. Il précise que l'examen détaillé du 26 octobre 2011 montre des signes de la lignée anxieuse mais ne relève pas d'anomalie objective pouvant expliquer les plaintes de la recourante, dont le schéma de marche très atypique (marche dysrythmique ponctuée de ralentissements et de mouvements latéraux, accompagnés de bons réflexes de rattrapage) fait évoquer une composante fonctionnelle. Ses réflexes ostéo-tendineux sont « normovifs » et présents, sa force conservée. Sur le plan psychique, la Dresse M_____ n'objective aucune anomalie ou lésion susceptible d'expliquer le tableau clinique ou tout au moins l'intensité des douleurs. Dans son contact, l'assurée frappe ainsi par son côté démonstratif, l'entretien étant ponctué de soupirs profonds, de grimaces, de mouvements mal coordonnés et brusques de « pantin désarticulé » qui concourent à une impression de théâtralité. L'hyper-expressivité émotionnelle de la recourante ainsi que le côté « bruyant » de sa personnalité, sa tentative permanente de s'adapter à l'interlocuteur, de lui plaire comme un bon sujet d'examen permettent, selon l'experte, de retenir le diagnostic de personnalité histrionique (F 60.4). Elle précise que ce trouble de la personnalité n'a pas en soi de valeur incapacitante, sauf que dans le cas particulier, il est associé à un épisode de trouble dissociatif moteur et sensoriel (F 44.4-44.6) que l'experte motive par la survenue brusque et inexplicée de phénomènes de lâchage des membres inférieurs, de paralysies intermittentes, de troubles de la vue, de modifications de l'ouïe et de l'odorat, phénomènes tous fugaces qui inspirent peu d'inquiétude et un relatif détachement à la recourante, malgré le caractère « bruyant » des symptômes (paralysie transitoire, trouble sensitif, etc.). Sur la base de ces éléments, l'experte psychiatre explique que le trouble de la personnalité (histrionique) prédispose aux épisodes de dissociations et à l'expression douloureuse et, en fin de compte, entraîne des obstacles à une activité professionnelle. La Dresse M_____ en conclut, dans un premier temps, que la capacité de travail était actuellement nulle sur le premier marché du travail, mais que sous forme de mesures de réinsertion dans environnement protégé, elle serait de 50% au moins. Sur question de l'intimé, l'experte psychiatre a confirmé par courrier du 21 mars 2012 que c'étaient bien les manifestations du trouble dissociatif qui étaient responsables de l'incapacité de travail. Suite à une nouvelle interpellation de l'intimé rappelant à l'experte l'assimilation, par la jurisprudence, du syndrome de conversion au trouble somatoforme douloureux, elle a répété, en date du 23 novembre 2012, que le trouble de la personnalité seul n'avait pas de valeur incapacitante. Pour le surplus, elle a indiqué que les critères de gravité jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes douloureux n'étaient pas remplis dans l'hypothèse où seul le syndrome de conversion avait une influence sur la capacité de travail. Au regard de ces éléments, la Dresse M_____ a affirmé que l'association du trouble de la personnalité au syndrome de conversion conférait à la première pathologie une valeur incapacitante à 40% (diminution de la résistance et du rendement, fatigabilité, difficultés relationnelles). Enfin, sur question de la chambre de céans, la Dresse M_____ a précisé que c'était par « maladresse » que son courrier du 23 novembre 2012 mentionnait un taux d'incapacité de 40% en lieu et place d'une « capacité

de 50% au moins » (cf. rapport d'expertise du 2 novembre 2011), ajoutant que sur le plan médical, il n'y avait pas de différence significative entre une capacité de 50% au moins et une incapacité de 40% dans un environnement protégé. En effet, même si son courrier du 23 novembre 2012 ne l'avait pas reprécisé, elle n'avait jamais apprécié la capacité de travail de la recourante autrement qu'en fonction d'un tel environnement. Quant aux critères jurisprudentiels de gravité du trouble somatoforme douloureux, ils n'étaient pas – de son point de vue médical – transposables tels quels à un autre diagnostic psychiatrique. Il s'ensuit que l'experte psychiatre n'a pas modifié les conclusions de son rapport d'expertise du 2 novembre 2011. Dans son rapport du 4 mars 2015, le SMR considère en revanche que dans la mesure où les critères jurisprudentiels de sévérité des troubles somatoformes persistants – qu'il juge applicables aux troubles de conversion – ne sont pas remplis, les troubles psychiques de la recourante ne sauraient être incapacitants. Et le SMR d'en déduire qu'il n'existerait pas de possibilité d'envisager une activité uniquement dans un environnement protégé. Cette approche se révèle schématique et réductrice à l'excès. Il n'est certes pas contesté que le Tribunal fédéral a retenu l'applicabilité de sa jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux aux cas d'anesthésie dissociative et atteintes sensorielles (F44.6 ; arrêt du Tribunal fédéral I 9/07 du 9 février 2007) et qu'il l'a même étendue aux troubles moteurs dissociatifs (F44.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007). Cette assimilation a néanmoins ses limites, comme l'attestent les arrêts 9C_676/2009 du 12 janvier 2009 et 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 où la question de l'applicabilité de la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à des troubles dissociatifs de conversion mixtes a été laissée ouverte, notamment au regard d'avis médicaux se prononçant contre une telle application (arrêt 9C_676/2008 précité consid. 4.3.1 à 4.3.3). On sera tenté d'objecter que les cas où le Tribunal fédéral ne s'est pas prononcé concernaient des troubles dissociatifs de conversion mixtes (F44.7). Toutefois, en se fondant sur le raisonnement de la Haute Cour, qui postule de traiter de manière égale les cas d'anesthésie dissociative et les troubles moteurs dissociatifs, notamment parce qu'ils relèvent de la même catégorie de la CIM-10, celle des troubles dissociatifs de conversion (F44.- ; arrêt 9C_903/2007 précité, consid. 3.4), on ne voit pas pourquoi le médecin serait entendu sur l'applicabilité de la jurisprudence évoquée aux cas de troubles dissociatifs de conversion mixtes, et qu'il ne le serait pas en présence d'une anesthésie dissociative ou de troubles moteurs dissociatifs. Or, force est de relever qu'en l'espèce, la Dresse M_____ a indiqué à deux reprises que de son point de vue médical, les critères jurisprudentiels de gravité du trouble somatoforme douloureux, n'étaient pas transposables tels quels à un autre diagnostic psychiatrique. En second lieu, il convient de relever que dans les arrêts I 9/07 et 9C_903/2007 précités, les troubles dissociatifs en cause n'étaient accompagnés d'aucune comorbidité psychiatrique, contrairement à ce qui est le cas en l'espèce. En troisième lieu, la particularité de la situation de la recourante réside dans le fait que si le trouble de la personnalité – histrionique – n'a pas en soi de valeur incapacitante, c'est son association au syndrome de conversion qui lui confère une valeur incapacitante à 100%, respectivement à 40% dans un environnement protégé (cf. courriers de la Dresse M_____ des 21 mars et 23 novembre 2012 et du 20 février 2015). Or, force est de constater que l'intimé, par la formulation de ses questions du 26 juillet 2012 à l'experte, ne tient pas compte de la particularité évoquée puisque la première question, relative à la valeur incapacitante, se rapporte uniquement au trouble de la personnalité et que la seconde concerne exclusivement l'hypothèse dans laquelle seul le syndrome de conversion aurait une influence sur la capacité de travail. Pour le surplus, cette seconde question impose à l'experte de se

déterminer à la lumière des critères applicables aux troubles somatoformes, alors même qu'elle avait préalablement signalé que de son point de vue, ces critères n'étaient pas transposables. Compte tenu des réponses données par l'experte le 23 novembre 2012, l'intimé parvient logiquement à la conclusion qu'il n'existe pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée et qu'en l'absence d'autres critères présentant une certaine acuité et constance (affection corporelle chronique, perte d'intégration sociale, état psychique cristallisé, échec des traitements conformes aux règles de l'art), la présomption que ces troubles peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible n'a pas été renversée, d'où une capacité de travail qui ne serait pas seulement de 40%, mais complète dans une activité adaptée (cf. observations de l'intimé du 12 mars 2015). Ce raisonnement n'est toutefois pas acceptable dans la mesure où il revient à occulter l'interaction existant d'un point de vue médical entre les troubles dissociatifs et le trouble de la personnalité. Si dans l'arrêt 9C_683/2008 précité (cf. supra consid. 9b du présent arrêt), le Tribunal fédéral avait estimé, dans le cas d'une assurée atteinte de fibromyalgie, qu'on ne pouvait qualifier de comorbidité psychiatrique importante la dysthymie et la personnalité à traits histrioniques qui complétaient la liste des diagnostics posés, c'était parce que ni la dysthymie ni les traits de la personnalité relevés par le psychiatre ne présentaient un caractère de gravité tel qu'ils devaient être assimilés à de véritables atteintes à la santé psychique. En effet, ce praticien avait indiqué que seul persistait « tout au plus un très léger fond dysthymique sub-clinique, tandis que les traits de personnalité histrionique décompensés relevaient non pas d'un grave trouble de la personnalité hystérique, mais d'un aménagement assez réussi permettant à l'intéressée de fonctionner ». En l'espèce, la situation est manifestement différente puisque le trouble de la personnalité histrionique prédispose aux épisodes de dissociation et qu'il entraîne des obstacles à une activité professionnelle sur le premier marché du travail avec, en particulier, une incapacité d'établir des relations adéquates avec un éventuel employeur (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 2 novembre 2011, p. 6). Par ailleurs, il importe de relever que le Tribunal fédéral a tout récemment modifié sa jurisprudence en matière de troubles somatoformes et d'affections assimilées et qu'un point central de ce changement de pratique concerne précisément la renonciation à la présomption du caractère surmontable des douleurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015, consid. 3.6). Bien que cette nouvelle jurisprudence ne modifie en rien la portée de l'art. 7 al. 2 LPGA, en ce sens qu'il appartient toujours à la personne assurée de prouver que son incapacité de gain n'est pas objectivement surmontable (même arrêt, consid. 3.7.2), il n'en demeure pas moins que l'incapacité de travail et de gain doit être déterminée en fonction de critères objectifs permettant d'apprécier si, nonobstant les pathologies diagnostiquées, un assuré est en mesure d'exercer une activité adaptée et, dans l'affirmative, à quel taux. En conséquence, il n'y a plus lieu de procéder à un examen distinct ayant pour objet de déterminer le caractère surmontable des douleurs (même arrêt, consid. 3.7.3). De plus, le critère de l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne revêt plus la primauté qui était la sienne selon l'ancienne jurisprudence (cf. ATF 139 V 547 consid. 9.1.1) ; désormais, la présence d'une telle comorbidité n'est pertinente qu'en tant qu'elle déploie des effets dans le cas particulier, notamment comme indicateur mesurant à quel point un assuré est privé de ses ressources/aptitudes personnelles pour exercer une activité adaptée et à quel taux (arrêt 9C_492/2014 précité, consid. 3.7.3 et 4.3.1.3). Si les qualificatifs employés sous l'ancienne jurisprudence précisaient la nécessité que cette comorbidité fût « importante par sa gravité, son acuité et sa durée », tel n'est plus le cas sous l'empire de la nouvelle, qui réunit les

anciens critères de « comorbidité psychiatrique » ou « corporelle » en un seul indicateur, l'objectif étant d'effectuer une appréciation d'ensemble des interactions (« Wechselwirkungen ») et autres liens existant entre le trouble douloureux en tant que tel et l'ensemble des comorbidités (même arrêt, consid. 4.3.1.3). S'il est vrai que la portée des changements de jurisprudence ne connaît de restrictions qu'en relation avec des décisions déjà entrées en force (cf. ATF 121 V 157 consid. 4b), ce qui n'est pas le cas de la décision querellée, il importe tout de même de relever que l'expertise pluridisciplinaire de la CRR n'a pas été réalisée selon les nouveaux critères fixés par le Tribunal fédéral, de sorte qu'il paraît malaisé a priori, de tirer des arguments choisis de cette nouvelle jurisprudence en dehors de la méthode et du système que celle-ci met en place pour les évaluations médicales futures. Il n'empêche : la critique à l'encontre de l'ancienne jurisprudence que l'arrêt 9C_492/2014 comporte – lequel pointe du doigt des schématismes incompatibles avec la libre appréciation des preuves et l'application du droit d'office (cf. consid. 3.4.2.2) – est parfaitement d'actualité et s'inscrit au cœur des réserves émises par l'experte psychiatre à l'encontre d'une application des anciens critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes au trouble dissociatif en cause. De plus, compte tenu de l'interaction médicalement objectivée in casu entre le trouble de la personnalité – non incapacitant en soi – et les troubles dissociatifs, il se justifie de lever le doute exprimé par le Tribunal fédéral – en 2009 déjà – sur l'applicabilité de cette jurisprudence aux troubles dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_676/2008 du 12 janvier 2009 consid. 4.3.1 à 4.3.3) en renonçant au raisonnement par analogie opéré par le Tribunal fédéral dans l'arrêt 9C_903/2007 précité. Il s'ensuit que c'est à tort que le rapport SMR du 4 mars 2015 indique – sur la base de considérations purement juridiques – qu'il n'existe pas de possibilité d'envisager une activité uniquement dans un environnement protégé. Partant, ledit rapport ne permet pas de mettre en doute les conclusions de la Dresse M_____ dans leur véritable teneur. b) Sur le plan somatique, les divers rapports dus à la plume du Dr H_____ et datés des 12 septembre 2007, 21 février 2008, 26 janvier 2010, 2 décembre 2010, tous pris en compte par les experts, ont pour point commun de faire état d'une incapacité de la recourante de reprendre une activité professionnelle. Ce point de vue s'est maintenu par la suite, soit dans des courriers adressés au conseil de la recourante les 5 mai 2011 (pièce 2 recourante) et 24 juin 2014 (pièce 5 recourante). Cela étant, force est de constater que le courrier du 5 mai 2011 fait état d'un état « globalement assez stationnaire » depuis le 20 octobre 2010 et qu'il ne met en exergue aucun élément médical objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par les experts. Il en va de même du courrier du 24 juin 2014 qui relate principalement les douleurs de la recourante « qui connaît toujours la même situation », les traitements antalgiques qu'elle a suivis (thérapie neurale, clonidine) ainsi que ses malaises et chutes déjà appréciés par les experts (cf. notamment pièce 85 intimé, p. 11 et 30). Par ailleurs, le Dr H_____ précise que son confrère, le docteur O_____, n'a retrouvé aucun déficit neurologique objectif sur le plan clinique et qu'il n'a pas visualisé de complications post-opératoires sur les examens d'imagerie (IRM cervical du 22 octobre 2013). Quant à la discopathie protrusive relevée par le Dr O_____ au-dessus du niveau opéré et pour laquelle il ne retient pas d'indication chirurgicale, elle n'explique pas, selon ce praticien, la symptomatologie importante décrite par la recourante. Ainsi, les constatations du Dr O_____ rejoignent celles de l'expert L_____, étant rappelé que ce dernier n'a pas relevé d'anomalie objective pouvant expliquer les plaintes de l'intéressée. Force est donc de constater que les rapports médicaux figurant au dossier ne permettent pas de remettre en cause les conclusions claires et motivées du rapport d'expertise de la CRR, qui revêt pleine

valeur probante. Pour le surplus, les documents produits ne font pas mention de faits nouveaux, survenus postérieurement à l'expertise, qui justifieraient d'autres investigations médicales, notamment sous forme d'une expertise pluridisciplinaire. Par conséquent, la chambre de céans fera siennes les conclusions des experts de la CRR qui, au terme de leur entretien de synthèse, retiennent que la recourante présente, pour des motifs psychiatriques, une incapacité de travail complète depuis juillet 2011 sur le marché ordinaire du travail.

13. Compte tenu de ce qui précède, et vu en particulier le caractère inchangé de l'incapacité de gain de la recourante en novembre 2011, l'intimé n'était pas fondé à limiter le droit de cette dernière à une rente d'invalidité au 31 janvier 2012 (art. 88a RAI a contrario). En conséquence, il est dit que l'intimé doit poursuivre au-delà du 31 janvier 2012 le versement de la rente entière d'invalidité octroyée dès le 1^{er} avril 2010.

14. Bien fondé, le recours est admis. 15. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens fixée en l'espèce à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5

10.03). 16. Au vu du sort du litige, un émolument de CHF 1'000.- est mis à la charge de l'intimé (art. 69al. 1 bis LAI). 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.