

VD_GERICHTE ZD17.040397 vom 4. November 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-11-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.040397

FR: VD_GERICHTE ZD17.040397 du 4 novembre 2019

IT: VD_GERICHTE ZD17.040397 del 4 novembre 2019

Erwägungen

E. 4

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi

- 31 - relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). b/aa) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office

- 32 - fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). b/bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation

professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

E. 5

Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être

- 33 - raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte

asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

- 34 - constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 6

Les atteintes à la santé à prendre en considération dans l'examen du droit à une rente d'invalidité peuvent être d'ordre somatique ou de nature psychique (et autres affections psychosomatiques assimilées). a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2), soit tous les syndromes sans pathogénèse claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281 consid. 6 et 10.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

- 35 - appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative,

dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être

- 36 - attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

E. 7

a) En l'espèce, au terme des mesures d'instruction médicale, l'intimé a considéré que si la recourante a présenté des incapacités de travail invalidantes lui ouvrant d'abord le droit à un quart de rente d'invalidité puis à une rente complète, son état de santé s'est amélioré à partir du mois de février 2013, de sorte que dès cette date elle dispose d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui justifie la suppression de toute rente d'invalidité trois mois après le début de l'amélioration, soit au 30 avril 2013. Pour sa part, la recourante fait valoir qu'elle est en incapacité totale de travail dans toute activité et qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2012, non limitée dans le temps. Elle se réfère

- 37 - en cela à l'expertise privée du Dr B. _____ qu'elle a produite en procédure. b) Pour rappel, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en septembre 2011 pour des cervicalgies avec une cervicarthrose en C5-C6 et un tendon enflammé au bras gauche. Elle est suivie par un rhumatologue, le Dr L. _____ et a fait l'objet d'une première expertise en mai 2012 confiée par l'assureur perte de gain au Dr K. _____, également rhumatologue, qui a posé les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales, de discopathie C5-C6 et C6-C7 ainsi que de tendinopathie du sus-épineux gauche et conclu que la capacité de travail dans l'activité de vendeuse était de 50 % et que, dans une activité adaptée évitant les mobilisations cervicales et la position statique prolongée, les travaux de force et répétitifs impliquant les membres supérieurs, la capacité de travail était d'au moins 75 %. Par la suite, l'assurée a été opérée dans le Service de neurochirurgie du A. _____ pour une discectomie C5/C6 mais des paresthésies ont subsisté. En février 2013, le Dr

L._____ constatait la persistance des douleurs cervicales de caractère musculaire ; il relevait aussi l'accentuation des douleurs de la périhanche gauche. En avril 2013, il faisait état de l'apparition de lombalgies et de la chronicisation des douleurs. En octobre 2013, les Drs T._____ et H._____ ont examiné la recourante au SMR. Dans leur rapport du 25 novembre suivant, ils ont posé les diagnostics de cervicobrachialgies persistantes, de status après une cure de hernie discale C5-C6 par discectomie et mise en place d'une cage intersomatique, de possible périarthrite de la hanche gauche, de lombalgies chroniques et de probable conflit sous-acromial de l'épaule gauche, avec tendinopathie du sus-épineux. L'examen clinique est décrit comme rassurant et amène l'expert rhumatologue à s'interroger sur l'intensité des douleurs exprimées par l'assurée. L'expert psychiatre n'a pas constaté de trouble psychique selon la CIM-10 ; il a soigneusement expliqué pour quelles raisons il ne retenait pas d'état dépressif, en relevant notamment que la recourante présentait certes une tristesse, mais en relation directe avec les douleurs ressenties, et qui variait en fonction de l'intensité de celles-ci. Les experts ont conclu à une diminution

- 38 - de la capacité de travail de 25 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (travail sédentaire ou semi sédentaire, dans lequel l'assurée peut alterner les positions debout et assise, sans port de charges supérieures à 5 kg, pas de soulèvement de charges, ni de mouvements au-delà de l'horizontale, pas de travaux penchés en avant ou en porte-à-faux), mais uniquement en raison des douleurs présentées par l'assurée. En définitive, les experts T._____ et H._____ ont conclu à une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à compter du 1er février 2013, date à laquelle la recourante s'est inscrite à l'assurance-chômage à 50 %. L'assurée ayant subi une nouvelle intervention dans le service de neurochirurgie du A._____ en 2015 et vu la persistance des douleurs annoncées par ses médecins, l'OAI a ordonné une nouvelle expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) en 2016, qu'il a confiée aux Drs D._____ et S._____. L'expert psychiatre a conclu à l'absence de trouble psychiatrique invalidant. Quant à l'expert rhumatologue, il a posé les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de syndrome lombovertébral et cervicobrachial récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie et arthrose facettaire postérieure L5-S1 modeste), de status post discectomie L5-S1 pour hernie discale L5-S1 le 30 janvier 2015 et de status post discectomie C6-C6 et mise en place d'une cage le 06 septembre 2012. L'expert rhumatologue a également posé les diagnostics suivants, sans influence sur la capacité de travail, à savoir un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgiforme (diminution du seuil de tolérance à la douleur), des omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie ainsi qu'un status post infections urinaires multiples. Les experts ont examiné l'assurée et ont fondé leur appréciation aussi sur le bilan radiologique, qu'ils ont considéré comme rassurant. L'expert rhumatologue a relevé que les diagnostics posés rejoignaient ceux des Drs L._____ et K._____ mais que ceux-ci ne faisaient pas mention de la diminution du seuil de la douleur. Il a considéré que le traitement avait été conduit dans les règles de l'art et a estimé, d'entente avec l'expert psychiatre qui ne retenait aucune diminution de la capacité de travail d'un point de vue

- 39 - psychiatrique vu l'absence de trouble, que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (avec diminution des mouvements en porte-à-faux, et le port de charge de plus de 5 kg), la capacité de travail exigible était de 100 % dès le 1er janvier 2013, soit trois mois après la première intervention chirurgicale de l'assurée. C'est ainsi

qu'en cours d'échange d'écritures, le Dr B. _____ a réalisé une expertise privée. Son rapport est daté du 1er février 2018. A titre préliminaire, on observe que lorsque le Dr B. _____ écrit « questionnaire de la Cour des assurances sociales », cela ne signifie pas que c'est la Cour de céans qui l'a mandaté pour l'expertise : il s'agit bien d'une expertise privée, réalisée sur mandat de la recourante, respectivement de son conseil. D'emblée, il faut relever que le rapport d'expertise du Dr B. _____ contient des appréciations qui ne sont pas du ressort d'un expert médical. Tel est le cas lorsqu'il examine le critère de la cohérence. Il expose que la cohérence est documentée notamment par la concordance des médecins traitants qui, contrairement aux médecins-conseils, n'ont pas une vision limitée par les conditions de leur examen alors que les médecins traitants ont un survol large des pathologies possibles et de leur évolution dans le temps permettant un avis documenté, circonstancié et fiable « n'en déplaie aux jurisprudences affirmant le contraire ». Ce commentaire n'est pas de la compétence d'un expert. La jurisprudence du Tribunal fédéral doit être appliquée que l'on soit d'accord avec elle ou non. D'ailleurs, les examens pratiqués par les médecins-conseils le sont dans les mêmes conditions que ceux effectués par un expert. Dès lors, il n'est pas très cohérent pour un expert d'estimer que l'avis des médecins traitants doit primer et, dans le cas présent, d'expliquer que la recourante n'a pas bénéficié d'un traitement adéquat par les médecins traitants, dont un rhumatologue comme lui, et d'insister en disant que la réponse médicale n'a pas été à la hauteur. De même, l'expert se prononce sur le statut de l'assurée (l'enquête économique sur le ménage retient un statut d'active à 80 % et ménagère à 20 %) en disant

- 40 - que cette répartition est une erreur. Ce n'est évidemment pas à un expert médical de se prononcer sur cette question. A cela s'ajoute que la recourante – qui certes a déclaré à l'enquêtrice qu'elle aurait souhaité travailler un jour à 100 % si un poste s'était libéré - travaillait depuis 2005 au taux de 80 %. Il est douteux qu'en 6 ans, elle n'ait pas eu la possibilité d'augmenter son taux d'activité si elle l'avait réellement voulu. Par ailleurs, lorsque le Dr B. _____ fait état d'une « incapacité définitive au sens juridique », on ignore ce qu'il entend par là. Le Dr B. _____ expose encore qu'il estime peu important le bilan radiologique aussi bien dans l'évaluation des capacités fonctionnelles que de la réalité de la douleur compte tenu de la primauté de la douleur lombaire. Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les examens radiologiques constituent un moyen pertinent pour établir objectivement une atteinte et résoudre la question de la concordance entre les lésions objectivées et les limitations fonctionnelles alléguées par la recourante (cf. par exemple TF 8C_816/2012 arrêt du 4 septembre 2013, consid. 6) . Par ailleurs, pour justifier l'incapacité totale de travail de la recourante, le Dr B. _____ retient que celle-ci souffre d'un déconditionnement global, soit un déconditionnement physique, une kinésiopathie et un état anxio-dépressif chronique. Or, ni le déconditionnement ni la kinésiopathie sont considérés comme des maladies au sens de la LAI. Quant à l'état anxio-dépressif, il faut relever que deux expertises réalisées par des psychiatres FMH ont conclu à l'absence de trouble psychiatrique au sens de la CIM-10 et par conséquent à l'absence également de limitations fonctionnelles sur ce plan. A cela s'ajoute que le Dr B. _____, qui n'est pas psychiatre et se prononce par conséquent sur un sujet qui n'est pas de son domaine de compétence, fait référence au domaine bio-psycho-social alors que le droit des assurances sociales – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux et socioculturels (voir ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016). Enfin, quand il évoque un « syndrome

- 41 - de sensibilisation centrale », le Dr B. _____ n'explique pas en quoi il serait handicapant. c) En définitive, la Cour de céans considère que l'expertise du Dr B. _____ – de surcroît mandaté par la recourante -, n'a pas de valeur probante au sens de la jurisprudence. Il en va autrement de l'expertise des Drs T. _____ et H. _____ du SMR (rapport du 25 novembre 2013), sur laquelle s'est fondé l'intimé pour rendre la décision contestée. En effet, l'OAI s'est référé aux conclusions de ces experts, motivées et convaincantes, pour retenir que la recourante dispose, depuis le 1er février 2013, d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qu'ils ont retenues. En l'absence de trouble psychiatrique, ces experts se sont dits interpellés par la divergence entre l'examen clinique, qu'ils ont qualifié de rassurant, et les plaintes intenses qu'a exprimées la recourante. A noter que les experts D. _____ et S. _____ (rapports des 27 juin et 4 juillet 2016) ont également relevé ce point. Si les diagnostics, les limitations fonctionnelles associées et la capacité de travail exigible divergent légèrement entre les deux rapports d'expertise, il n'en demeure pas moins que les appréciations des experts se superposent largement, notamment en ce qui concerne le point central, à savoir la divergence entre leurs constats (examens cliniques et radiologiques) et l'intensité des douleurs exprimées par la recourante. On relèvera en outre que l'intimé s'est finalement fondé sur l'expertise la plus favorable à la recourante en ce qui concerne la capacité de travail exigible, étant précisé que le domaine des activités légères retenues par l'intimé pour déterminer le revenu avec invalidité tient compte des limitations fonctionnelles plus importantes retenues par les experts du SMR. La décision ne prête par conséquent pas le flanc à la critique sur ce point. Pour le surplus, on observe que les diagnostics retenus par les experts T. _____ et H. _____ ont été posés conformément aux règles de l'art. Plus particulièrement, l'analyse d'un point de vue psychiatrique, qui aboutit à l'absence d'un trouble, répond aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. ATF 141 V 281 consid. 2) quand bien même l'expertise date de 2013 alors que la nouvelle jurisprudence date de 2015. L'appréciation psychiatrique émane d'un

- 42 - spécialiste en psychiatrie et s'appuie sur les critères d'un système de classification reconnu (CIM ou ICD-10). Les experts montrent qu'ils ont tenu compte de l'ensemble du dossier médical, notamment des avis du Dr L. _____, rhumatologue de la recourante, et du Dr K. _____, précédent expert rhumatologue, tout en expliquant pourquoi leur appréciation diverge de celle du rhumatologue traitant, en ce sens que le Dr L. _____ s'est fondé sur les douleurs exprimées par sa patiente pour considérer que la capacité de travail de celle-ci était moindre, voire nulle, même dans une activité adaptée ; les anamnèses sont détaillées par chacun des experts et la recourante a pu exprimer ses plaintes lors des différents entretiens. Les diagnostics sont motivés et leur impact sur la capacité de travail de la recourante est argumenté. Les limitations fonctionnelles, les périodes d'incapacité de travail et la capacité de travail exigible sont également soigneusement exposés par chacun des experts. Enfin, les conclusions finales résultent d'une discussion consensuelle entre les deux experts. Au vu de l'ensemble des éléments exposés ci-dessus, il y a lieu de considérer que l'expertise du 25 novembre 2013 du SMR a pleine valeur probante. Ceci étant, l'intimé était justifié à se fonder sur ses conclusions pour retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1er février 2015 et à procéder au calcul du degré d'invalidité tel qu'il l'a fait – calcul non critiqué par la recourante, à juste titre – et, au vu du degré d'invalidité de 6 % en résultant, de nier le droit de la recourante à une rente d'invalidité trois mois après l'amélioration de son état de santé (art. 88a al. 1 RAI).

E. 8

a) 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 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de

- 43 - procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3). b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir d'ordonner une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

E. 9

a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, ils doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. N'obtenant pas gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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