RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1894/2020 **ATAS/421/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 mai 2021

9ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Isabelle PONCET	recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1970, titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce, a travaillé en qualité de comptable auprès de plusieurs employeurs. Dès 2016, elle a été employée à 60 % dans une fiduciaire.

2. Le 25 juillet 2016, l'assurée a subi un accident, qui a entraîné une fracture en diabolo de la 5ème vertèbre lombaire.

   L'assurance-accidents a pris en charge les suites de cet accident, notamment en versant des indemnités journalières pour l'incapacité de travail de l'assurée, totale du 21 février 2017 au 9 avril 2017, de 50 % du 10 avril au 12 juin 2017, puis à nouveau totale dès le 28 août 2018.

3. Le 22 février 2017, l'assurée a subi une corpectomie L5 avec mise en place de cage expansible et fixation L4-S1 par vis pédiculaires, pratiquée par le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

4. Le 28 août 2018, le Dr B_____ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et à une greffe autologue.

5. L'assurée a été licenciée avec effet au 13 décembre 2018.

6. Dans un rapport du 8 janvier 2019, le Dr B_____ a posé les diagnostics de fracture de la 5ème vertèbre lombaire et de pseudarthrose. L'incapacité de travail était totale depuis le 28 août 2018. Les limitations fonctionnelles étaient liées à la position assise prolongée et au port de charges.

7. Le 14 mars 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

8. L'assurance-accidents a mandaté le professeur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, afin d'examiner l'assurée.

   Dans son expertise du 13 mai 2019, ce médecin a résumé le dossier de l'assurée, dont il a rapporté les plaintes. Dans l'anamnèse professionnelle, il a précisé qu'elle travaillait à 60 % car c'était le seul emploi qu'elle avait trouvé, mais qu'elle avait recherché un poste à plein temps. Après avoir consigné ses observations cliniques et étudié les documents radiologiques, il a retenu que l'assurée avait encore des douleurs de type mécanique en position assise, à la charge et à la marche. Elle était en phase d'amélioration lente grâce au programme de rééducation. Les diagnostics en lien avec l'accident étaient une fracture vertébrale de L4 type A2.3 de la classification AO, un status après ostéosynthèse vertébrale de L4 en février 2017, une pseudarthrose de L4, un status après reprise d'ostéosynthèse en août 2018, et des douleurs résiduelles après ostéosynthèses vertébrales répétées. L'incapacité de travail était totale pour l'heure. Une reprise progressive d'activité amenant à une capacité de travail égale à celle qu'elle avait avant l'accident, soit 60 % dans un

travail sédentaire, devrait être possible dans un délai d'environ quatre mois, soit une année après la deuxième opération.

9. Dans un rapport du 22 mai 2019, le Dr B_____ a indiqué que l'assurée n'avait plus de trouble neurologique, mais qu'elle présentait encore un syndrome vertébral avec des douleurs sur la musculature fessière. Le diagnostic était celui de lombalgies après fracture L5 et pseudarthrose. Le traitement chirurgical de la pseudarthrose n'avait pour l'instant pas apporté d'amélioration significative. Le traitement n'était pas terminé, et l'incapacité de travail totale se poursuivait. L'assurée avait des difficultés à maintenir la position assise ou debout prolongée, des symptômes de fatigue musculaire et de douleurs apparaissant après environ trente minutes.

10. Le 13 août 2019, le Dr B_____ a signalé une amélioration de l'état de l'assurée, moins algique après la rééducation dès juin 2019. Depuis le 5 août 2019, sa capacité de travail était de 50 % dans son activité de comptable.

11. Dans une note du 18 septembre 2019, l'OAI a retenu un statut d'active pour l'assurée.

12. Dans un complément d'expertise du 24 octobre 2019, le Prof C_____ a résumé les nouveaux éléments médicaux et réinterrogé l'assurée sur ses plaintes. À la suite de son examen clinique, il a confirmé les diagnostics déjà posés et a conclu à une incapacité de travail de 40 %, le rendement étant par ailleurs complet. Cette incapacité de travail était vraisemblablement définitive. Le traitement antalgique n'était pas terminé et permettrait principalement une augmentation du confort, mais pas nécessairement de la capacité de travail. La limitation du taux d'activité était due aux douleurs résiduelles et à une fatigabilité. L'activité habituelle était possible à 60 %. Il n'existait pas d'activité mieux adaptée.

13. Dans un rapport du 17 janvier 2020, le Dr B_____ a fait état d'une nette amélioration avec le programme Myback. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée devait pouvoir changer souvent de positions, et limiter les mouvements de rotation ainsi que le port de charges au-delà de 10 kg. À la question de savoir si l'assurée était capable d'exercer une activité professionnelle, le Dr B_____ a indiqué : « D'après discussion avec elle le 2 septembre 2019, 100 % dans son ancienne profession ».

14. Le docteur D_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a rappelé les conclusions du Prof C_____ et du Dr B_____ dans son avis du 11 mars 2020. L'ancienne activité de comptable était la mieux adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du dos. Les incapacités de travail avaient toutes été médicalement justifiées. La capacité de travail était redevenue entière dès le 2 août 2019.

15. Le 12 mars 2020, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, à teneur duquel il envisageait de lui refuser toute prestation. Il a retenu qu'elle avait présenté une incapacité de travail de 100 % du 21 février au 9 avril 2017, puis de 50 % du

10 avril au 12 juin 2017. Cette incapacité de travail avait duré moins de douze mois et n'ouvrait donc pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'assurée avait présenté une nouvelle incapacité de travail dès le 27 août 2018, mais selon les pièces versées au dossier, elle avait recouvré une pleine capacité de travail dès le mois d'août 2019, soit à l'échéance du délai de carence d'un an. D'éventuelles mesures d'ordre professionnel ne permettraient pas d'augmenter sa capacité de gain.

16. Par pli du 11 mai 2020, l'assurée, par son conseil, a contesté le projet de décision de l'OAI. Elle lui a fait grief de ne pas avoir indiqué sur quelles pièces il se fondait. L'expertise réalisée par le Prof C_____ retenait une incapacité de travail de 40 %. L'assurance-accidents n'avait pas contesté ces conclusions, et continuait à prendre en charge les frais médicaux en lien avec l'accident du 25 juillet 2016. C'était ainsi à tort que l'OAI avait retenu une pleine capacité de travail dès le mois d'août 2019. En l'état, elle ne requérait pas de mesures professionnelles, mais réservait ses droits en fonction de l'évolution de son état de santé. Elle sollicitait l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 27 août 2018, puis d'une demi-rente dès le 24 octobre 2019.

17. Par courrier du 13 mai 2020, l'OAI a relevé que l'assurée n'amenait aucun élément médical circonstancié remettant en question son préavis de décision. Il lui a imparti un délai au 21 mai 2020 pour produire un tel document, faute de quoi il maintiendrait sa position.

18. Par décision du 22 mai 2020, l'OAI a confirmé les termes de son projet.

19. Par recours du 25 juin 2020 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), l'assurée a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 22 mai 2020 et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 28 août 2019, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants, plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour expertise au sens des considérants.

    Elle a reproché à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue, en se contentant de se référer « aux pièces du dossier » sans les citer, et en rendant une décision exempte de motivation, ce qui l'avait empêchée de se déterminer sur celle-ci. Cette irrégularité était suffisamment grave pour justifier l'admission du recours et un renvoi à l'intimé. En outre, l'intimé avait établi les faits de manière manifestement inexacte et arbitraire en retenant que le dossier permettait d'établir une capacité de travail de 100 %. S'il entendait contester les conclusions du Prof C_____, il aurait dû motiver son point de vue et proposer une nouvelle expertise. Enfin, la recourante sollicitait le renvoi de la cause à l'intimé afin que ce dernier détermine son taux d'invalidité, calcule le montant de sa rente et lui notifie une nouvelle décision motivée.

20. Dans sa réponse du 28 juillet 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu s'agissant de la violation du droit d'être entendue alléguée par la recourante

qu'il l'avait invitée le 13 mai 2020 à lui transmettre tout document médical pertinent. La recourante n'ayant pas produit de nouvelle pièce, une décision conforme au projet avait été rendue le 22 mai 2020. Cette décision se fondait essentiellement sur l'avis du SMR du 11 mars 2020, lequel avait retenu une pleine capacité de travail dès le 2 août 2019 en suivant les indications du Dr B_____. Une violation du droit d'être entendue de la recourante ne pouvait être admise. De surcroît, cette dernière avait la possibilité de s'exprimer dans le cadre de la procédure de recours, et la chambre de céans disposait d'un plein pouvoir de cognition, de sorte qu'un éventuel vice devrait être considéré comme guéri. L'intimé a souligné que la décision litigieuse comportait une erreur de plume concernant la date de la reprise du travail, puisqu'il s'agissait du 2 septembre 2019 et non du 2 août 2019. La décision devait être modifiée dans ce sens, mais confirmée dans son résultat.

21. Par réplique du 28 août 2020, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours. L'intimé méconnaissait le contenu du droit d'être entendu lorsqu'il affirmait que la motivation de sa décision pouvait être déduite de la lecture du dossier. En effet, une simple référence au dossier ne pouvait être qualifiée de motivation. Ce droit avait bien été violé, et la possibilité de s'exprimer dans une procédure de recours ne suffisait pas à guérir cette violation. Le Dr B_____ avait certes indiqué qu'elle aurait souhaité reprendre son ancienne profession dès le 2 septembre 2019, mais l'expertise du Prof C_____ était postérieure à cet avis. L'intimé n'expliquait toujours pas pourquoi il s'écartait de son expertise d'octobre 2019, suivie par l'assurance-accidents. Elle a répété que s'il entendait le faire, il lui incombait de motiver sa position et de proposer une nouvelle expertise, à laquelle elle ne s'opposait pas.

22. Le 25 novembre 2020, l'intimé a transmis à la chambre de céans deux rapports d'imagerie, respectivement datés des 2 et 17 mars 2020, ainsi qu'un nouveau rapport d'expertise établi le 13 octobre 2020 par le Prof C_____ à l'attention de l'assurance-accidents.

    Dans ce rapport, ce médecin a notamment relevé que la recourante avait retrouvé un emploi en tant que comptable à 70 % dès le 28 septembre 2020. Il a noté que si la situation algique globale n'avait guère évolué depuis la dernière expertise, l'activité de la recourante était de beaucoup plus haute intensité. Il a conclu que dans l'activité de comptable, le taux d'incapacité (recte : capacité) était de 90 % avec un rendement de 80 %, soit une capacité de travail de 72 %.

23. Par courrier du 11 février 2021, la chambre de céans a invité le Dr B_____ à préciser si les indications de son rapport du 17 janvier 2020, aux termes desquelles la recourante présentait désormais une capacité de travail complète dans son ancienne profession, se rapportaient au taux d'activité de 60 % exercé avant l'accident ou à une activité exercée à 100 %. Elle l'a également prié de se déterminer, cas échéant, sur l'expertise du Prof C_____ du 24 octobre 2019.

24. Par courrier du 16 février 2021, le Dr B_____ a précisé à la chambre de céans qu'il rejoignait les conclusions du Prof C_____, à savoir que la recourante avait une capacité de travail réelle de 60 % et qu'elle n'était pas capable de fournir un travail avec le même rendement au-delà, en raison de douleurs chroniques. Son rapport du 17 janvier 2020 devait être compris en ce sens qu'elle pouvait reprendre son activité habituelle au taux contractuel de 60 %.

25. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture aux parties le 22 février 2021.

26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était pendant devant la chambre de céans à cette date, il reste soumis à l'ancien droit, conformément à l'art. 83 LPGA.

3. Le recours, déposé dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA).

4. Le litige, tel que circonscrit par les conclusions du litige, porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

5. Il convient en premier lieu d'examiner le grief de la recourante ayant trait à la violation de son droit d'être entendue.

   La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution [Cst. - RS 101]) le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents

considérants de la décision. En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_877/2014 du 5 mai 2015 consid. 3.3 et les références).

La violation du droit d'être entendu, de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, cette violation est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3).

En l'espèce, si la motivation de la décision litigieuse est succincte, on comprend néanmoins qu'elle se fonde sur le rapport du Dr B_____ du 17 janvier 2020 tel que l'intimé l'a compris. Il n'y a ainsi pas de violation du droit d'être entendu, qui serait en toute hypothèse réparée eu égard à la pleine cognition de la chambre de céans.

6. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

7. a. La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier. Pour déterminer la méthode applicable à un cas particulier, il faut selon la jurisprudence non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3).

b. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28*a* al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pourcent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4). L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c. Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il convient de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

d. La comparaison des revenus est inutile lorsque l'activité adaptée correspond à la profession exercée avant l'atteinte à la santé. Dans un tel cas, le degré d'invalidité est établi au moyen de la comparaison en pourcent. Le revenu hypothétique sans invalidité est évalué à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage moindre. Le degré d'invalidité découle alors de la différence de pourcentage (Christoph FREY / Nathalie LANG, Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, n. 17 ad art. 16 ATSG et les références).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation

professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents

pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9. En l'espèce, il convient en préambule de confirmer que c'est à juste titre que l'intimé a reconnu un statut d'active à la recourante. En effet, comme cela ressort de ses déclarations à l'expert, c'est en raison de difficultés liées au marché du travail que celle-ci n'a pas exercé d'emploi à plein temps avant son accident, et non par choix.

   En ce qui concerne la capacité de travail de la recourante, le Prof C_____ a confirmé dans son complément d'expertise du 24 octobre 2019 que si l'activité habituelle de comptable restait la mieux adaptée à l'atteinte à la santé, elle n'était alors plus exigible qu'à un taux de 60 %, eu égard aux douleurs persistantes et à la nécessité d'alterner les positions.

   Tant l'expertise initiale du Prof C_____ de mai 2019 que le complément établi par ses soins en octobre 2019 satisfont aux critères jurisprudentiels en matière de rapports médicaux rappelés ci-dessus. Ce spécialiste a en effet fondé ses conclusions sur une analyse du dossier de la recourante, complétée par une anamnèse précise. Il a posé ses diagnostics à l'issue d'un examen clinique détaillé, a tenu compte des plaintes de la recourante et a motivé ses conclusions. Ses deux rapports doivent donc se voir reconnaître une pleine valeur probante.

   Il n'existe du reste aucun avis médical contradictoire qui susciterait des doutes quant aux conclusions de cet expert. En effet, si les indications du Dr B_____ dans son rapport du 17 janvier 2020 contenaient une certaine ambiguïté, et pouvaient être interprétées en ce sens que la recourante serait désormais capable de travailler à 100 % en tant que comptable, ce spécialiste a précisé dans son courrier à la chambre de céans du 16 février 2021 que la mention « 100 % dans son ancienne profession » devait être comprise en ce sens que la recourante pouvait reprendre son activité au taux exercé avant l'accident, soit 60 %, et qu'il se ralliait à l'avis du Prof C_____ sur ce point.

   L'intimé ne produit quant à lui aucun nouvel avis médical s'écartant des conclusions du Prof C_____ et du Dr B_____.

   La chambre de céans retiendra dès lors que la recourante était en mesure de reprendre son activité de comptable à un taux de 60 % dès septembre 2019, conformément à l'appréciation de sa capacité de travail par le Prof C_____ et de la date fixée par le Dr B_____.

   Son degré d'invalidité doit ainsi être déterminé selon la méthode de comparaison en pourcent, dès lors que l'activité habituelle reste exigible à un taux moindre. Le degré d'invalidité correspond ainsi à la différence dans la capacité de travail dans l'activité de comptable avant et après l'atteinte à la santé, soit 40 %.

   La recourante a ainsi droit à un quart de rente, correspondant à un taux d'invalidité de 40 % dès le 1er septembre 2019, date retenue par le Dr B_____, soit six mois

après le dépôt de sa demande de prestations du 14 mars 2019, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI.

S'agissant des nouveaux éléments médicaux transmis à la chambre de céans par l'intimé, et en particulier du dernier rapport du Prof C_____, semblant conclure à une amélioration de la capacité de travail qui pourrait avoir une incidence sur le degré d'invalidité de la recourante, la chambre de céans rappelle que la décision fixe la limite temporelle de l'état de fait déterminant. Selon la jurisprudence, le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_777/2013 du 13 février 2014 consid. 5.2.2.). Cette éventuelle amélioration, postérieure à la décision litigieuse, ne doit ainsi pas être prise en considération dans la présente procédure, mais pourra cas échéant donner lieu à une révision du droit aux prestations (art. 17 LPGA).

10. Le recours est admis.

    La recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

    La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants.
3. Dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1er septembre 2019.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de dépens de CHF 1'500.-.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Eleanor McGREGOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le